

**KJENNETEGN VED
LANGTIDSSYKMELDTE PERSONER
som
kommer tilbake i yrkesaktivitet
etter arbeidsrettet rehabilitering**



Attføringscenteret i Rauland

IRENE ØYEFLATEN
Hovedfagsoppgave
Høsten 2005



Seksjon for helsefag
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

FORORD

Etter mange år som fysioterapeut ved Attføringscenteret i Rauland (AiR) har jeg erfart at det ikke nødvendigvis er medisinsk diagnose eller omfang av plager som hindrer brukeren i å være yrkesaktiv. Mitt inntrykk er at langtidssykefravær i stor grad handler om hvordan personen mestrer og forstår sin egen situasjon. Disse personlige erfaringene var bakgrunnen for at nettopp kjennetegn hos langtidssykmeldte personer ble tema i denne hovedfagsoppgaven.

Nå settes det strek etter en lang, men svært lærerik prosess. Temaet har til tider vært mer omfattende og komplekst enn jeg forventet og uten god støtte fra Hege R. Eriksen og Holger Ursin, hadde jeg vel ennå sittet ved PC'n. Dere hadde begge tro på prosjektet fra dag 1. Takk til dere begge!

En varm takk til ledelsen ved AiR som satset på meg og til fysioterapiavdelingen som velvillig stilte opp og tok ansvar etter hvert som studiene tok mer og mer av min tid. Takk også til alle kollegaer for støtte og oppmuntring underveis, ikke minst mine kritikere og korrekturlesere Astrid Kvaal og Anne-Kristin Erikstein. Forsøkspersonene ved AiR som deltok i studien fortjener også en stor takk.

Tusen takk til alle ved Institutt for biologisk og medisinsk psykologi ved UiB for at dere alltid gjorde det så hyggelig å komme til Bergen. Spesiell takk til Nina Konglevoll for teknisk assistanse og hjelp med mulige og umulige oppgaver. Ønsker også å takke Linda Sandal, Torill Tveito, Vivian Fosse, Camilla Ihlebæk, Liv Magnussen og Erling Svensen for innspill og bidrag.

Min medstudent Pernille Botolfsen ved UiO fortjener en stor klem for velvillig assistanse med litteratur og datatrøbbel. Du har vært til uvurderlig hjelp.

En spesiell takk til familie og venner som har støttet meg og hatt tro på meg, ikke minst Hedda som det siste året har "holdt ut" med en til tider svært fraværende mor.

Til slutt en varm takk til min veileder Hege Randi Eriksen, for lærerike diskusjoner og stadige nye utfordringer. Du har lært meg utrolig mye og jeg håper denne oppgaven er et bevis på det!

FORORD

INNHold

SAMMENDRAG	1
1.0 INNLEDNING	2
1.1 Bakgrunn	2
2.0 SUBJEKTIVE HELSEPLAGER	4
2.1 Medisinske diagnoser	4
2.2 Prevalens	5
2.3 Komorbiditet	6
2.3.1 Somatisering	8
2.3.2 Sensitivisering	8
2.4 Sykdomsforståelse / sykdomsadferd	9
2.4.1 Smerte-relatert frykt	10
3.0 SYKEFRAVÆR OG TRYGDEKOSTNADER	12
3.1 Forekomst av plager og risikofaktorer	13
4.0 STRESS, KRAV OG BELASTNINGER	16
4.1 Cognitive activation theory of stress (CATS)	16
4.1.1 Krav	17
4.1.2 Stressopplevelse	18
4.1.3 Mestring, håpløshet og hjelpeløshet	18
4.1.4 Stress respons / aktivering	22
5.0 TILTAK	23
5.1 Fysisk aktivitet / trening / øvelsesterapi	24
5.2 Kognitiv adferdsterapi	25
5.3 Multidisiplinære tiltak	27
5.4 Tiltak i arbeidslivet	29
5.4.1 Aktiv sykmelding	30
5.4.2 Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv	31
6.0 PROBLEMOMRÅDE	32
6.1 Rehabilitering av langtidssykmeldte personer	32
6.2 Problemstilling	33
7.0 METODE	
7.1 Utvalg	34
7.1.1 Flyt skjema I	35
7.1.2 Flyt skjema II	36
7.1.3 Representativitet	37
7.2 Beskrivelse av tiltaket	38
7.3 Prosedyrer	40

7.4 Instrumenter	41
7.4.1 Demografiske mål	41
7.4.2 SHC	42
7.4.3 IPQ-R	42
7.4.4 GPSES	43
7.4.5 UCL	43
7.4.6 Coping	43
7.4.7 Håpløshet	44
7.4.8 Livets stige	44
7.4.9 FABQ	44
7.5 Rekoding / kategorisering av variabler	45
7.6 Normalmateriale	46
7.7 Etske overveielser	47
7.8 Statistiske analysemetoder	49
8.0 RESULTATER	51
8.1 Hva kjennetegner den langtidssykmeldte brukeren ved inntak til AiR?	51
8.1.1 Sosio-demografiske data	51
8.1.2 Subjektive helseplager og sykdomsforståelse	56
8.1.3 Forsøkspersonene sammenlignet med ”normalmateriale”	59
8.2 Prediksjon av forløp og prognose	63
8.2.1 Arbeids- og sykmeldingsforhold ved 3 mnd. registrering	63
8.2.2 Arbeids- og sykmeldingsforhold ved 1 års registrering	66
8.2.3 Prediksjon av tilbakegang til yrkesaktivitet	69
8.3 Hva forklarer variansen i prediktorene?	71
8.4 I hvilken grad var det endringer på de ulike måleinstrumentene etter oppholdet?	73
8.4.1 Korrelasjonsanalyser	82
9.0 DISKUSJON	84
9.1 Kjennetegn ved den langtidssykmeldte brukeren	84
9.2 Prediksjon av forløp og prognose	92
9.3 Hva forklarer variansen i prediktorene	97
9.4 Endringer på de ulike måleinstrumentene etter oppholdet	100
10.0 KONKLUSJON	107
REFERANSER	108
OVERSIKT OVER VEDLEGG	126
Vedlegg 1 - 7	

SAMMENDRAG

Hensikten med denne studien var å undersøke om mestring, helseplager, sykdomsforståelse og smerte-relatert frykt hos 135 langtidssykmeldte forsøkspersoner (\bar{x} 10.5 mnd. sykmeldt ved inntak), hadde betydning for tilbakegang til yrkesaktivitet etter 4 ukers rehabiliteringsopphold ved Attføringscenteret i Rauland (AiR). Forsøkspersonene svarte på ulike instrumenter fra et spørreskjema før opphold, ved hjemreise og etter 1 år. Svar fra spørreskjemaet ble koblet til demografiske opplysninger fra AiR sin pasientjournal og egenrapportert jobbstatus etter 3 måneder og etter 1 år.

Forsøkspersonene rapporterte initialt mer subjektive helseplager og mindre aktiv mestringsstil enn personer fra et "normalmateriale" de ble sammenlignet med. Det var stor grad av komorbiditet, i gjennomsnitt rapporterte hver forsøksperson 12 helseplager. Tretthet var hyppigste plage og ble rapportert av 84 % av forsøkspersonene. Hele 68 % betraktet stress som årsak til plagene sine. Flere kvinner enn menn betraktet familieproblemer, bekymring og egen følelsesmessig tilstand som årsak til sine plager.

60 % av de langtidssykmeldte forsøkspersonene var tilbake i yrkesaktivitet etter 3 måneder. Etter 1 år hadde andelen tilbake i yrkesaktivitet økt til 70 %. Smerte-relatert frykt for arbeid, "pseudonevrologiske plager" (tretthet, depresjon, svimmelhet o.l.) og lav grad av instrumentell mestring (aktiv mestringsstil) var prediktorer for å ikke være tilbake i yrkesaktivitet etter 3 måneder, etter å ha justert for kjønn, alder og alle faktorer i modellen som var signifikante i første del av analysen. Etter 1 år var frykt for arbeid fortsatt viktigste prediktor for fravær, men også høy grad av instrumentell mestring var blitt risikofaktor. Subjektive helseplager, sykdomsforståelse sammen med alder og år på skole forklarte hele 48 % av variansen i frykt for arbeid. Skåre på subjektive helseplager endret seg statistisk signifikant fra pretest til posttest, og resultatet holdt seg etter 1 år. Det var tilsvarende endringer i sykdomsforståelse og frykt for fysisk aktivitet. Mestringsstil og frykt for arbeid endret seg imidlertid ikke fra pretest til posttest, men endret seg signifikant etter 1 år. Selv om disse endringene ikke skjedde i løpet av rehabiliteringsoppholdet kan dette likevel være forårsaket av prosesser igangsatt under oppholdet. Funnene peker på at rehabilitering bør rettes både mot subjektive helseplager og mot komplekse psykososiale forhold, spesielt de kognitive mekanismer som ligger under frykten for å vende tilbake til arbeid.

1.0 INNLEDNING

Sykefraværet og antall personer på uføretrygd i Norge har vært stadig økende. Det mangler fortsatt kunnskap om hvorfor mange sykmeldte ikke kommer tilbake i jobb. Hensikten med denne oppgaven var å få mer kunnskap om langtidssykmeldte personer under rehabilitering og hva som predikerte tilbakegang til yrkesaktivitet. Undersøkelsen ble gjennomført ved Attføringscenteret i Rauland (AiR), i perioden 2002 – 2003. Institusjonen tilbyr arbeidsrettet rehabilitering til langtidssykmeldte personer og har siden starten i 1986 hatt tilbakeføring til yrkesaktivitet som overordnet målsetting.

Målet med undersøkelsen var å gi svar på hva som kjennetegnet de sykmeldte forsøkspersonene ved inntak og de personene som kom tilbake til yrkesaktivitet, målt ved 3 måneder og 1 år etter opphold på AiR. Det ble lagt spesiell vekt på rapportering av helseplager, fortolkning av plager og hvordan dette virket inn på adferd, mestring og jobb. Arbeidsmarkedet (NOU 2000:27), psykososialt arbeidsmiljø, krav fra omgivelsene, samhandling, sosial støtte og andre omgivelsesfaktorer synes å være viktige medvirkende faktorer i sykefraværsutviklingen og mulighetene for deltagelse i arbeidslivet (Linton 2001a), men ligger utenfor rammene til denne undersøkelsen.

1.1 BAKGRUNN

I NOU 2000:27, ”Sandmanrapporten” om sykefravær og uførepensjonering, vises det til at sykefravær og antallet nye uføretrygdede har økt kraftig mot slutten av 90-tallet. Det har i første rekke vært langtidssykefraværet som har økt. Økningen har vært størst i diagnosegruppen muskelskjelettlidelser, tett etterfulgt av diagnosegruppen psykiske lidelser. Årsaksforholdene er komplekse og sammensatte og antas å involvere både medisinske, sosio-demografiske og psykologiske forhold (Haldorsen, Indahl & Ursin 1998a). Yrke, utdanning, inntekt, kjønn, alder, sivilstand, diagnose og sykmeldingslengde er noen av faktorene som synes å spille en rolle ved fravær, (se Haldorsen, Indahl & Ursin 1998a; Brage, Bjerkedal & Bruusgaard 1997; Natvig, Bruusgaard & Eriksen 2001; Gjesdal & Bratberg 2002; Gjesdal & Bratberg 2003; SHUS-rapport nr.4/2001). Det finnes i dag en hel del kunnskap om hvilke forhold som predikerer langvarig sykefravær og uførepensjonering. Økningen i sykefraværet kan skyldes endringer i fraværskulturen, eller endrede krav i arbeidslivet (Ihlebak, Eriksen & Ursin 2002; NOU 2000:27). I tillegg kan samfunnsmessige endringer og økonomiske

konjunkturer tenkes å påvirke fraværet og sykdomspanoramaet (Morken m.fl. 2003; NOU 2000:27). Økt fravær synes ikke å være forklart av at folk er sykere enn før, (se Allan & Waddell 1989). Det er satset betydelige ressurser på forsøksvirksomhet for å forebygge sykefravær og bedre arbeidsmiljø, men det mangler fortsatt dokumentasjon på at forsøkene har ført til redusert fravær eller lavere uføretilgang enn det en ellers kunne forvente (NOU 2000:27). Likevel er det etter hvert enighet om at dette sammensatte og komplekse problemområdet krever en multidisiplinær tilnærming (Oliver & Cookson 2001; Guzman m.fl. 2001; Lindh, Lurie & Sanne 1997). Undersøkelser viser at ulike typer tverrfaglig intervensjon har en viss effekt, bl.a. på livskvalitet, aktivitetsnivå og problemhåndtering, men begrenset effekt på sykefravær (Eriksen m.fl. 2002a; Haldorsen m.fl. 1998a; Haldorsen m.fl. 2002; Skouen m.fl. 2002; Hagen, Eriksen & Ursin 2000; Hagen, Grasdahl & Eriksen 2003; Tveito, Hysing & Eriksen 2004). Det arbeides derfor fortsatt med å finne effektive tiltak og rett behandling til rett gruppe brukere (Skouen m.fl. 2002), der overordnet mål er å holde folk i arbeid.

2.0 SUBJEKTIVE HELSEPLAGER

2.1 MEDISINSKE DIAGNOSER

Subjektive helseplager uten såkalte objektive tegn utgjør en stor andel av både kortvarig og langvarig sykefravær. Hele 59 % av sykefraværet i Norge skyldes diagnoser som er basert på pasientens egen opplevelse (Tellnes & Bjerkedal 1989). Helseplager uten objektive funn er en utfordring for klinisk diagnostikk og samhandling (Malterud & Taksdal 2001; Richardson & Engel, Jr. 2004; Undeland & Malterud 2002). Den danske sosiologen Gannik hevder at diagnosesystemet er foreldet som grunnlag for ytelser fra trygdesystemet, fordi det er så mange andre forhold som medvirker til om en person kan forsørge seg selv eller ikke (Gannik 1999). Dette er et dilemma som også reflekteres i veiledningen til ICPC – klassifikasjonen (International Classification of Primary Care), et diagnosesystem som blir brukt ved AiR og i primærhelsetjenesten. Her står det at legen alltid må foreta et vanskelig valg når det gjelder hvor mye vekt de skal legge på pasientens symptomer ved klinisk vurdering av mulig sykdomsdiagnose (Bentsen & Hjortdahl 1991). ICPC som diagnosesystem representerer en biopsykososial tilnærming for å romme ”hele mennesket” i primærhelsetjenesten (Bentsen & Hjortdahl 1991). Også WHO sin innføring av ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) i 2001 var et forsøk på å utfylle diagnosesystemet (her: ICD-10, International Classification of Diseases), der dette ikke ivaretok kompleksiteten. ICF skulle bygge bro mellom en medisinsk modell og en sosial modell ved å fokusere på funksjonsevne og aktiviteter i samspill med miljøfaktorer (WHO 2001:20; Sosial og helsedirektoratet 2004:19-20). Det synes likevel å være en klar konflikt mellom disse strømningene mot en mer helhetlig forståelse av sykdom og funksjon og de klare kriteriene som fortsatt gjelder for trygdeytelser. I veileder til trygdemedisin står det at legen skal fremlegge medisinske fakta som i trygdelovgivningen er definert som sykdom, skade og lyte (Mæland 2003). I denne undersøkelsen er ICPC – diagnose registrert på alle brukere og testbatteriet inneholder et skjema som måler subjektive helseplager, ”Subjective Health Complaints” (SHC) (Eriksen, Ihlebæk & Ursin 1999a), (se 7.5.2). Instrumentet omfatter ikke diagnoser eller forslag til diagnosesetting. Hensikten var å skåre subjektive plager slik de er erfart og rapportert av folk flest (Eriksen, Ihlebæk & Ursin 1999a). Termen subjektiv er valgt for å tydeliggjøre at helseplagene blir erfart av den enkelte, ikke for å evaluere det subjektive som mindre gyldig enn det såkalt objektive (Eriksen, Ihlebæk & Ursin 1999a). Flere ulike benevnelser er blitt benyttet for å tydeliggjøre forskjeller mellom symptomer, plager og medisinske diagnoser.

Engelskspråklig litteratur skiller mellom ”illness” og ”disease” (Boorse 1977), som på norsk svarer til forskjellen mellom det å rapportere subjektive plager/lidelser, og det å ha en sykdom i formell medisinsk forstand. Syndrom er en betegnelse som beskriver konstellasjoner av symptomer og funn (Søvik 2001). Medisinsk uforklarte symptomer, ”Medically unexplained symptoms” (se Ballas & Staab 2003; Burton 2003), er en annen mye brukt betegnelse på tilstander som faller utenfor tradisjonelle medisinske diagnoser. Termen medisinsk uforklart henspiller likevel på en biomedisinsk forståelse av sykdom og konsekvensene av en slik forståelse vil være stadig leting etter organiske funn og psykologiske forstyrrelser som årsak til helseplagene (Sharpe 1996). En biopsykososial forståelse synes bedre egnet som tilnærming til slike helseplager enn en tradisjonell biomedisinsk modell (Adler 2004). Det argumenteres videre for at det kan være uheldig å bruke symptombegrepet når det er snakk om vanlige helseplager de fleste mennesker kjenner fra tid til annen, helseplager de færreste går til lege med (Eriksen & Ursin 2004). Fokus på symptomer kan føre til en uheldig søken etter medisinsk diagnose som forklaring på alle typer plager, og vil erfaringsmessig føre til stadige medisinske utredninger og en runddans i behandlingsapparatet for å få hjelp. Subjektive helseplager kan være en bedre og mer nøytral term for slike medisinsk uforklarte symptomer (Eriksen & Ursin 2002c). I denne oppgaven velges termen plager, framfor symptomer.

2.2 PREVALENS

Prevalensen av subjektive helseplager er høy i ”normalbefolkningen” (Ihlebak, Eriksen & Ursin 2002). I en nordisk studie rapporterte 75 % av respondentene en eller flere subjektive helseplager siste 30 dager. Mer enn 50 % hadde opplevd tretthet, 42 % hodepine, 37 % bekymring, 35 % korsryggsmerter og 33 % smerter i armer og skuldre (Eriksen m.fl. 1998). Også i en norsk tverrsnittsstudie fant Ihlebæk og medarbeidere (2002) svært høy prevalens av subjektive helseplager. 80 % rapporterte muskelskjelettplager, 65 % ”pseudonevrologiske plager” (tretthet, depresjon, svimmelhet o.l.), 60 % gastrointestinale plager, 54 % luftveisplager og 34 % rapporterte allergiske plager (Ihlebak, Eriksen & Ursin 2002). Kvinner hadde økt risiko for å rapportere muskelskjelettplager, ”pseudonevrologiske plager” og allergi (Ihlebak, Eriksen & Ursin 2002). Intensiteten av plager former et kontinuum uten et naturlig skille mellom hva som må defineres som ”normalplager” og hva som er sykdom (Ihlebak, Eriksen & Ursin 2002). Man kan derfor fra et statistisk ståsted hevde at det er

normalt å ha en eller flere plager, siden så mange mennesker opplever dette (Eriksen & Ihlebæk 2002c).

2.3 KOMORBIDITET

Det er ved en rekke helseplager påvist stor grad av komorbiditet, det vil si flere samtidige plager. Over halvparten av respondentene i den nordiske studien rapporterte to eller flere subjektive helseplager (Eriksen m.fl. 1998). Innenfor diagnosegruppene muskelskjelettlidelser og psykiske lidelser finnes en rekke ”nye” syndrombetegnelser eller merkelapper. Aktuelle eksempler er utbrenthet, kronisk tretthetssyndrom, kronisk muskelsmertesyndrom og fibromyalgi. Kjennetegn ved disse er manglende enighet om årsakssammenheng og diagnostiske rutiner (Ballas & Staab 2003; Burton 2003). Det er heller ikke almann enighet om årsaker til langvarige korsryggsmerter (Richardson & Engel, Jr. 2004). Korsryggsmerter er ikke bare akutt eller kronisk, men kan variere over tid og være en del av et mer generalisert smerteproblem (van Tulder, Koes & Bombardier 2002). Også gastrointestinale plager føyer seg inn i rekken av helseplager uten kjent årsakssammenheng (Burton 2003). Oversiktsstudier konkluderer med mange fellesnevner og likhetstrekk i symptombildet ved slike subjektive helseplager (Aaron & Buchwald 2003; Burton 2003; Richardson & Engel, Jr. 2004). Disse likhetstrekkene gjelder hvilke plager som blir rapportert, risikofaktorer, prognose og mangel på definerte effektive behandlingstiltak (Richardson & Engel, Jr. 2004). Fellesnevner er også hyppig og utbredt bruk av helsetjenester og redusert livskvalitet (Richardson & Engel, Jr. 2004). Komorbiditet synes å vanskeliggjøre tilbakegang til yrkesaktivitet etter sykefravær (Von Korff m.fl. 2005), og øker risikoen for å bli uføretrygdet hos personer med ryggplager (Hagen, Tambs & Bjerkedal 2002).

Hos personer med langvarige korsryggplager sees ofte komorbide trekk. Mange rapporterer utbredte muskelskjelettplager i tillegg til ryggproblemer (Natvig, Bruusgaard & Eriksen 2001; van Tulder, Koes & Bombardier 2002). Depresjon er utbredt ved kroniske korsryggplager, mens angst oftere blir assosiert med smerte ved akutte ryggplager (Waddell 1993a).

Somatiske plager er hovedårsak til legekonsultasjoner i primærhelsetjenesten. Minst 33 % av somatisk plager er uten medisinsk forklaring (Kroenke 2003). Av disse er opptil 25 % av plagene av kronisk karakter (Kroenke 2003). Også personer med depresjon og angst

presenterer ofte somatiske plager ved legebesøk. Risikoen for psykologisk komorbiditet øker med antall somatiske plager (Ciccone & Natelson 2003; Kroenke 2003). En tredjedel av pasienter henvist til nevrolog hadde ingen identifiserbar organisk lidelse, men av disse hadde hele 70 % symptomer på depresjon og angst (Carson m.fl. 2000). Depresjon og angst er ofte assosiert med lidelser som funksjonell dyspepsi (Haug m.fl. 1995), irritabel tarm, fibromyalgi og kronisk tretthetssyndrom (Henningsen m.fl. 2003; Kroenke 2003).

Fibromyalgi er et syndrom som inkluderer en rekke plager utover generaliserte smerter (Lorenzen 1994). Plager som ofte er tilstede ved fibromyalgi er søvnvansker, tretthet og nedsatt utholdenhet ved anstrengelser (Van Houdenhove 2003), hodepine, depresjon og irritabel tarm (Yunus m.fl. 1988). Også ved kronisk tretthetssyndrom er symptombildet komplekst (Krupp m.fl. 1991). Nedsatt hukommelse eller konsentrasjonsevne, sår hals, ømme kjertler, verkende eller stive muskler, smerter i flere ledd, hodepine, dårlig søvn og langvarig økt tretthet etter anstrengelser er plager som ofte forekommer (Afari & Buchwald 2003). Minst fire slike plager må være tilstede for å kunne kalle tilstanden kronisk tretthetssyndrom (Fukuda m.fl. 1994). Blant personer med kronisk tretthetssyndrom hadde hele 70 % plager forenlig med fibromyalgi (Adler 2004). Mens hos kvinner med fibromyalgi fylte 58 % også kriteriene for kronisk tretthetssyndrom (White m.fl. 2000). Også gastrointestinale plager overlapper med fibromyalgi (Chang 1998). 60 % av pasienter med gastrointestinale plager hadde i tillegg tegn på fibromyalgi, mens opptil 50 % av pasienter med en opprinnelig fibromyalgidiagnose hadde gastrointestinale plager i form av funksjonell dyspepsi og 70 % i form av irritabel tarm (Chang 1998).

Det er vanlig å rapportere tretthet ved fibromyalgi og kronisk tretthetssyndrom, men tretthet rapporteres også ved somatoforme lidelser, depresjon (Adler 2004; Korszun 2000) og gastrointestinale plager som irritabel tarm (Adler 2004; Chang 1998). Forstyrret søvnmønster er ofte tilstede både ved fibromyalgi, kronisk tretthetssyndrom og depresjon (Fischler 1999; Korszun 2000). Personer med kronisk tretthetssyndrom rapporterer imidlertid ikke om søvnighet som en del av trettheten (Unger m.fl. 2004), mens ved fibromyalgi kan det synes som om dårlig søvnkvalitet i stor grad forklarer rapportering av tretthet (Nicassio m.fl. 2002).

Uhensiktsmessig stress respons eller manglende mestring er en mulig forklaringsmodell både for fibromyalgilignende tilstander og kronisk tretthetssyndrom (Egle m.fl. 2004; Van

Houdenhove & Egle 2004). Kronisk stress synes også å være en av flere medvirkende psykologiske faktorer ved funksjonell dyspepsi (Wilhelmsen 2002).

På grunn av komorbiditet og så stor grad av overlapp av plager mellom de ulike lidelsene, er det blitt foreslått at en rekke av disse syndromene kun er forskjellige manifestasjoner av de samme somatiske og psykologiske forhold (Burton 2003; Ursin & Eriksen 2001; Wessely m.fl. 1999). Det er mulig at deler av dette sykdomspanoramaet er normalvariasjoner av subjektive helseplager beskrevet hos store deler av befolkningen (Eriksen, Ihlebæk & Ursin 1999a). Det faktum at plagene overlapper, indikere at det kan være en felles underliggende sensitiviseringsprosess, som igjen kan føre til somatisering (Ursin 1997; Wilhelmsen 2002).

2.3.1 Somatisering

Subjektive helseplager som ikke sammenfaller med ”objektive kriterier” i medisins verden, har ofte blitt forbundet med psykologiske eller psykosomatiske faktorer (Burton 2003). Slike medisinsk uforklarte plager blir ofte assosiert med somatiseringstilstander, eller en somatoform lidelse. I ICD 10 blir somatisering definert som presentasjon av plager med vedvarende ønske om medisinsk undersøkelse. Negative funn og forsikringer om ingen organiske årsaker til plagene, har ingen effekt på pasienten (World Health Organisation 1986). Men kriteriene for å tilfredsstille krav til en somatiseringsdiagnose er svært streng og prevalensen svært lav, 0.2 % - 2% hos kvinner og mindre enn 0.2 % hos menn (American Psychiatric Association 1994; Burton 2003). Somatiseringsbegrepet alene forklarer ikke hvorfor så mange personer med subjektive helseplager søker medisinsk hjelp og blir langvarig sykmeldt for sine plager.

2.3.2 Sensitivisering

Det er blitt argumentert for at det er normalt og vanlig å ha subjektive helseplager, og at det ikke finnes noe gitt skille mellom det som oppfattes som akseptabelt og der det søkes medisinsk hjelp. Sensitivisering synes å være en psykobiologisk mekanisme som kan forklare de individuelle forskjellene i toleranse av subjektive helseplager (Eriksen & Ursin 2004; Ursin m.fl.1993). Ved gjentatte stimuli kan nervesystemet enten reagere med tilvenning (reduisert respons), eller med sensitivisering (økt respons). Dette er den enkleste tilpasningen i nervesystemet (Eriksen & Ursin 2004). Sensitiviseringsprosesser kan være tilstede på flere nivåer i vår organisme: på cellenivå (Rygh 2002), på det psykologiske nivå (Overmier 2002),

og på et mellommenneskelig nivå (Brosschot 2002). Sensitivisering i perifere nociceptorer som igjen fører til sensitivisering i det sentrale nociceptive systemet, er foreslått som en mulig forklaringsmodell for fibromyalgi (Ursin m.fl.1993). Tilsvarende mekanismer synes å være tilstede ved uspesifikke gastrointestinale plager (Wilhelmsen 2002), og ved kronisk tretthetssyndrom (Ursin m.fl. 1993).

2.4 SYKDOMSFORSTÅELSE / SYKDOMSADFERD

På samme måte som helsepersonell har medisinske modeller for sykdom, vil pasienten ha sin personlige forståelse av helse og sykdom (Burton 2003). Denne forståelsen vil være knyttet til de plagene personen opplever, hva hun eller han betrakter som årsak til plagene og forventninger til prognose. Personens egne tanker om varighet, om det finnes effektiv behandling og rundt mulige konsekvenser av lidelsen, synes å influere på effekt av behandling og på hvordan det vil gå videre med personen (Scarloo m.fl. 1998; Weinman m.fl. 1996). Hvordan ulike personer oppfatter sin egen sykdom er en viktig faktor for å forstå totalbildet. Sykdomsoppfatning henger blant annet sammen med mestring, deltagelse og sykdomsrelatert funksjonshemming (Weinman & Petrie 1997). Weinman og medarbeidere (1996) har utarbeidet et spørreskjema som prøver å måle kognitive representasjoner av plager. Skjemaet er brukt i denne oppgaven (se 7.5.3). Begrepet sykdomsforståelse "Illness perceptions", blir beskrevet som kognitive forestillinger basert på tidligere erfaringer og kunnskap om tilsvarende medisinske fenomen (Scarloo m.fl. 1998). Disse forestillingene blir brukt som fortolkning av helsetrussel for å regulere egen sykdomsadferd. Frykt for sykdom og dens konsekvenser vil ha betydning for sykdomsforståelsen (Brosschot 2002). Personens egen opplevelse av plagene varierer både mellom sykdomstilstander og mellom personer (Eriksen m.fl. 1999b). Det faktum at kvinner rapporterer mer helseplager enn menn (Eriksen m.fl. 1998; Ihlebæk, Eriksen, & Ursin 2002) kan skyldes reelle kjønnsforskjeller i grad av plager, men kan også være forårsaket av ulik sykdomserfaring og sykdomsforståelse hos kvinner og menn (O'Neill & Morrow 2001). Vi vet fortsatt lite om hvilken kulturell mening ulike plager representerer (O'Neill & Morrow 2001).

Salmon og medarbeidere (1996) har sammenlignet hva pasienter selv tror kan være opphav til egne plager hos pasienter med muskelskjelettplager, luftveisproblemer og gastrointestinale plager. Stress ble av alle tre gruppene oppfattet som en viktig årsak til plagene (Salmon,

Woloshynowych & Valori 1996). Blant andre mulige oppgitte årsaker til plager var livsstil, bekymring, omgivelser og ulike strukturelle forhold i egen kropp. Tro på årsakssammenheng varierte her mellom de ulike lidelsene (Salmon, Woloshynowych & Valori 1996).

Selv om kronisk tretthetssyndrom regnes som en medisinsk uforklart tilstand, rapporterte pasienter med tretthetssyndrom mer negative tanker om sine plager og alvorligere konsekvenser av sine plager enn en medisinsk veldefinert gruppe som reumatoid artritt (Moss-Morris & Chalder 2003). Scharloo og medarbeidere (1998 & 2000) har funnet sammenheng mellom god sykdomsforståelse, aktiv mestring og helse hos pasienter med henholdsvis reumatoid artritt, kronisk obstruktiv lungesykdom og psoriasis. Også hos hjertepasienter er det funnet sterk sammenheng mellom sykdomsforståelse og mestringsforventning ("self-efficacy"). Jo større konsekvenser pasienten forventet som følge av sin hjertelidelse, desto lavere var evnen til å mestre tilstanden (Lau-Walker 2004).

Personer med stor grad av helseangst synes å opprettholde sin bekymring på tross av negative prøvesvar og forsikringer fra legehold (Burton 2003). Selv når "faresignalene" opphører har unngåelsesadferden en tendens til å vedvare (Overmier 2002). Slik adferd er persistent og synes å henge nøye sammen med sensitivisering. Frykt og sensitivisering sees ofte ved unngåelsesadferd. Pasientens egen forståelse har betydelig innflytelse på hvordan de reagerer på smerte. Sykdomsforståelse og sykdomsadferd henger derfor nøye sammen (Waddell 1993a).

2.4.1 Smerte-relatert frykt

"Fear avoidance-beliefs", det vil si smerte-relatert frykt er basert på forestillinger om smerte som signal på vevsskade og en ide om at aktivitet som forårsaker smerte bør unngås (Geisser m.fl. 2003). Konfrontasjon og unngåelsesadferd er postulert som ytterpunktene i hvordan frykt for smerte kan bli møtt. Dette henger igjen nøye sammen med sykdomsforståelse (Vlaeyen & Linton 2000) og mestring (Geisser m.fl. 2003). Waddell og medarbeidere (1993b) utarbeidet et spørreskjema basert på teorier rundt frykt og adferd som er brukt i denne oppgaven (se 7.5.10). Waddell fant at frykt for at arbeidsoppgaver skal være skadelige ("fear avoidance beliefs -work") forklarte 23% av variansen i nedsatt funksjon i dagliglivet, og 26 % ved tapt arbeidsevne. "Fear avoidance beliefs" for fysisk aktivitet forklarte i tillegg 9 % av variansen i total funksjonsevne (Waddell m.fl. 1993b). Teorien om frykt og

unngåelsesadferd er inkorporert i en biopsykososial modell for hvordan kognitive, affektive og adferdsmessige forhold påvirker funksjonsnedsettelse hos ryggpasienter (Waddell m.fl. 1993b). Smerte-relatert frykt er funnet å være en viktig psykososial faktor for nedsatt arbeidsevne og jobbfunksjon ved kronisk rygg (Fritz m.fl. 2001), og synes å forklare utvikling av kroniske tilstander (Indahl 2004; Buer & Linton 2002; Fritz, George & Delitto 2001; Vlaeyen & Crombez 1999; Vlaeyen & Linton 2000). Smerte-relatert frykt har visse likhetstrekk med katastrofetenkning (Buer & Linton 2002) og sensitivisering (Waddell m.fl. 1993b). En tverrsnittstudie viser at smerte-relatert frykt og katastrofetenkning også er tilstede blant folk flest (Buer & Linton 2002). Mens høy grad av smerte-relatert frykt influerer på dagliglivets aktiviteter, synes katastrofetenkning å henge sammen med økt smerteintensitet (Buer & Linton 2002). Smerte-relatert frykt er en kognitiv prosess som kan resultere i unngåelsesadferd (Pfungsten m.fl. 2001; Asmundson m.fl. 1999). Flere undersøkelser bekrefter at frykten for smerte er mer invalidiserende enn smerten i seg selv (Crombez m.fl. 1999; Vowles & Gross 2003), og at redusert frykt var viktigere for rapportert funksjonsevne enn redusert smerte (Woby m.fl. 2004). Smerte-relatert frykt er funnet både hos ryggpasienter og andre pasientgrupper med kroniske smertetilstander (Ursin 2003; Vowles & Gross 2003), men synes ikke å ha samme betydning for nedsatt funksjonsevne hos nakkepasienter som hos ryggpasienter (George, Fritz & Erhard 2001). Høy grad av frykt for at arbeidsoppgaver skal være skadelig er funnet å være en viktig prediktor for tilbakegang til yrkesaktivitet ved akutt rygg (Fritz & George 2002). Hos personer med kronisk tretthetssyndrom har katastrofetenkning vist sammenheng med vedvarende kronisk tretthet (Petrie m.fl. 1995). Katastrofetenkning påvirker funksjonsnivå og henger nøye sammen med sykdomsforståelse.

Subjektive helseplager, komorbiditet og sensitivisering samt hvordan personer selv forstår sine plager, synes kort oppsummert å ha større betydning for utvikling av sykefravær enn medisinsk diagnose. Fravær fra arbeid kan i sin ytterste konsekvens forstås som unngåelsesadferd.

3.0 SYKEFRAVÆR OG TRYGDEKOSTNADER

Det har fram til 3. og 4. kvartal i 2004 vært en negativ sykefraværsutvikling i Norge (Trygdeetaten 2005). Tall fra Rikstrygdeverket (RTV) viser at over 250.000 personer (ca. 8 % av befolkningen), mottok sykepenger eller rehabiliteringspenger/attføringspenger ved utgangen av 2003. Antall personer på uføretrygd passerte 300.000 (10.4 % av befolkningen) ved årsskiftet 2003/2004. Prosentvis økning fra året før var henholdsvis 11.5 % flere sykmeldte og 7.6 % flere uføre (Trygdeetaten 2004). Andelen kvinner har økt mest i begge grupper (Gjesdal & Bratberg 2002; SHUS-rapport nr 4/2001; Brage, Nygård & Tellnes 1998). Prosentvis fordeling mellom ulike sykmeldingsdiagnoser har vært relativt stabil siste 3 år med plager fra muskelskjelettsystemet som den største andelen, henholdsvis 50 % hos menn og 41 % hos kvinner. Deretter følger psykiske lidelser fordelt på 16% menn og 18% kvinner. Psykiske lidelser utgjorde 16.8 % av alle sykmeldingstilfeller i 1997-1998, mens langtidsfravær med årsak i samme lidelser utgjorde hele 31.5 % av fraværet (Nystuen, Hagen & Herrin 2001). Kvinner sykmeldt pga. svangerskap og fødsler utgjør 10 %, mens menn oftere har hjerte- og karlidelser, 6 % mot 3 % kvinner (Trygdeetaten 2004). Manglende yrkesaktivitet pga. sykefravær vil ha både helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser for den enkelte, men virker også inn på personens nærmeste omgivelser og på arbeidsplass/arbeidsgiver (NOU 2000:27). De økonomiske konsekvensene for samfunnet er enorme. I 2003 utgjorde utbetalingene fra RTV over 76 milliarder kroner (Trygdeetaten 2004<http://www.trygdeetaten/>).

Den sterke veksten i antall langtidssykmeldte og trygdede skyldes samvirkning av flere faktorer (NOU 2000:27). Et strammere arbeidsmarked, arbeidsmiljøforhold, økte krav i arbeidslivet og mangel på egen kontroll kan føre til høyere sykefravær (NOU 2000:27). Det er pekt på flaskehalsen i tiltaksapparatet i form av lange ventelister og manglende relevante rehabiliteringstilbud for sykmeldte. Både trygdekontor og arbeidskontor har bl.a. gjennom den såkalte ”arbeidslinja” satset på å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid, uten at dette har vist målbar effekt (NOU 2000:27).

Uavhengig av sosiale og økonomiske forhold, har det vært forbedring av helsetilstanden siste 20 – 30 år (Rapport 2003:1 Folkehelseinstituttet; NOU 2000:27). Men på tross av dette vurderer et økt antall personer at de har helseplager (NOU 2000:27). Dette kan både skyldes at terskelen for å rapportere om redusert helse er lavere, og/eller at arbeidslivets helsekrav har

økt (NOU 2000:27). Det er videre blitt hevdet at økningen i sykefravær kan skyldes endringer i fraværskulturen, eller endrede krav i arbeidslivet (Ihlebak, Eriksen & Ursin 2002; NOU 2000:27).

Det er flere felles trekk ved fraværutviklingen i Norge og resten av Europa (NOU 2000:27). Definisjonen av langtidssykefravær varierer imidlertid fra nasjonale og internasjonale undersøkelser, og er oftest avhengig av hvilke regler for trygdeutbetalinger som gjelder. I de fleste norske studier blir sykmelding >8 uker brukt som inklusjonskriterium på langtidsfravær (Gjesdal & Bratberg 2003). Internasjonalt er det vanlig å referere til subakutte plager (4-12 uker) og kroniske plager (>3 mnd.) (Karjalainen m.fl. 2000; Guzmán m.fl. 2001).

3.1 FOREKOMST AV PLAGER OG RISIKOFAKTORER

Epidemiologiske undersøkelser viser at en rekke subjektive helseplager er vanlig blant folk flest (Ihlebak, Eriksen & Ursin 2002; Natvig, Bruusgaard & Eriksen 2001; Eriksen m.fl. 1998). Plagene øker med alderen (Brage, Bjerkedal & Bruusgaard 1997), og det er kvinner som rapporterer mest utbredte plager (Natvig, Bruusgaard & Eriksen 2001). Den høye forekomsten av sykefravær og uføretrygding innen enkelte yrker gjelder både for kvinner og menn og kan skyldes yrkesspesifikke konsekvenser av sykdom og morbiditet (Brage, Bjerkedal & Bruusgaard 1997). Andre undersøkelser finner at de yrkesmessige forskjellene i helseplager kan være forklart av kjønnsforskjeller (Ihlebak & Eriksen 2003).

En undersøkelse blant 2435 personer i kraftindustrien viste at det var 10 % av de ansatte som sto for 82 % av sykefraværet. Disse personene var kjennetegnet av lavt utdanningsnivå og fysisk krevende arbeid. De hadde også en rekke helsemessige risikofaktorer, som røyking, lav jobbtilfredsstillelse, dårlig søvn, stress rapportert i arbeidet og lavt fysisk aktivitetsnivå på fritiden. De rapporterte også flere helseplager (Tveito m.fl. 2002). Tilsvarende tall på landsbasis viste at i 1997 sto 5 % av de sysselsatte for 80 % av det totale fraværet som varte utover arbeidsgiverperioden (NOU 2000:27).

Kunnskap om risikofaktorer for å utvikle helseplager favner fra psykososiale forhold på jobb (Linton 2001a) til livsstilsfaktorer. Brage og medarbeidere (1996 og 1997) fant at røykere rapporterte mer muskelskjelettplager enn ikke røykere. Hvilke forhold som predikerer

langvarig sykefravær og uførhet viser et sammensatt bilde. I Haldorsens undersøkelser (1998) varierte de dårlige prognostiske tegnene avhengig av hvilket materiale som ble studert, men både medisinske, sosio-demografiske og psykologiske forhold ble funnet å ha betydning for tilbakegang til arbeid hos personer med korsryggplager (Haldorsen m.fl. 1998a).

Smerteintensitet var prognostisk tegn for tilbakegang til arbeid både etter kort og lang multidisiplinær intervensjon ved kroniske ryggplager (Bendix m.fl. 1998a). Bendix og medarbeidere (1998) fant videre at høy alder og lang sykmelding var prognostiske tegn for manglende tilbakegang til arbeid. Dette fant også Gjesdal (2003) som prediktor for uføretrygd. Likeså synes deltidsarbeid og tidligere løs tilknytning til arbeidslivet å være av betydning for å komme tilbake i arbeid (Bendix m.fl. 1998a; Gjesdal & Bratsberg 2003).

Psykososiale problemer og generaliserte muskelsmerter blir både nasjonalt og internasjonalt regnet som risikofaktorer for langvarig sykefravær (Natvig, Eriksen & Bruusgaard 2002; Waddell 1998; Skouen m.fl. 2002; Haldorsen m.fl. 2002). Sosial støtte på arbeidsplassen, jobbtilfredshet, krav og stress ble rapportert som viktige psykososiale faktorer på jobb og synes å være en av flere risikofaktorer ved utvikling av ryggplager (Linton 2001a).

Organisasjonsmessige endringer i form av nedbemanning har vist økning i sykefravær og økt dødelighet pga. hjertelidelser (Vahtera m.fl. 2004). Psykososiale forhold i privatlivet er ikke funnet å ha samme betydning for å utvikle plager (Hoogendoorn m.fl.2000). Psykiske lidelser synes å gi dårligere prognose ved sykefravær. I Gjesdals arbeid (2003), gjaldt dette spesielt menn. Sanne og medarbeidere (2003) fant nivåforskjeller i angst og depresjon mellom ulike yrker. Menn med lavt utdanningsnivå var oftest deprimert (Sanne m.fl. 2003). Blant sykmeldte 40-åringar var psykiatriske diagnoser høyere i gruppen uføretrygdene enn blant de sykmeldte og rehabiliterings-/attføringsmottakere (SHUS-rapport nr. 4/2001). Hos arbeidsledige personer med ryggplager viste høy grad av angst og depresjon økt risiko for å ikke komme i arbeid etter arbeidsrettet rehabilitering (Watson m.fl. 2004). Distress, (forstått som økt kroppsoppmerksomhet, depresjon og angst) har sammenheng med sykefravær både hos personer med akutte og kroniske korsryggplager (Grotle m.fl. 2004). Selv etter å ha justert for en rekke andre mulige risikofaktorer viste nedsatt søvnkvalitet å predikere langtidsfravær (Eriksen, Natvig & Bruusgaard 2001). Komorbiditet er en annen risikofaktor for ikke å komme i arbeid (Von Korff m.fl. 2005). I Tveitos undersøkelse (2002) rapporterte de sykmeldte flere helseplager, og hos personer med ryggplager var smerteutbredelse utover det å ha korsryggplager prediktor for langvarig sykefravær (Natvig m.fl. 2001). Nedsatt arbeidsevne synes å være assosiert med komorbid psykiatrisk lidelse (Kessler & Frank 1997),

dvs. at personer med en kombinasjon av psykiske og somatiske plager kan ha større risiko for å falle ut av arbeid.

Det er funnet klar sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og dårlig helse (Kristenson m.fl. 2004). Sosioøkonomiske faktorer kunne i stor grad forklare omfang av plager hos 29 % av personer henvist til spesialistvurdering hos reumatolog (Maiden m.fl. 2003). I helseundersøkelsen for 2002 og helse- og levekårsundersøkelsen for 1998 fremkommer store sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil (Rognerud, Strand & Dalgard 2002). Lav sosioøkonomisk status er i stor grad assosiert med depressive plager (Turner & Lloyd 1999). Lav utdanning er funnet å være assosiert med varighet og tilbakefall ved ryggplager (Dioenne m.fl. 2001), og det var en betydelig høyere andel som rapporterte psykiske plager blant de med lavere utdanningsnivå (Rognerud, Strand & Dalgard 2002). Kjennetegn var her å være uten fortrolige venner, å være uten inntektsgivende arbeid/skole og å ha lav mestringsfølelse (Rognerud, Strand & Dalgard 2002). Lav utdanning og inntekt hadde større betydning for menns helse enn for kvinners, og ga 2,5 gang så høy dødelighet hos menn sammenlignet med kvinner (Folkehelseinstituttet, Rapport 2002:6). Rapporten viser videre at det de siste årene har vært en sterk økning i antall enslige i Norge. Flere enslige befinner seg i de lavere inntektsgruppene og har hatt dårligere helse enn andre grupper (Rapport 2002:6). Lav inntekt, kort utdanning og det å være enslig slo også ut både for lengden på sykefraværet og overgang til uførhet i løpet av en 3 års-periode (SHUS-rapport nr. 4/2001).

Også sykdomsforståelse og smerte-relatert frykt har betydning for tilbakegang til arbeid. Pasienter med hjerteinfarkt som trodde sykdommen ville få alvorlige konsekvenser, kom senere tilbake i jobb uavhengig av sykdommens alvorlighetsgrad (Petrie m.fl. 1996). Katastrofetenkning viste samme påvirkning på funksjonsevne og arbeid hos personer med kronisk tretthetssyndrom (Petrie, Moss-Morris & Weinman 1995). Smerte-relatert frykt er funnet å ha sammenheng med sykefravær både hos personer med akutte og kroniske korsryggplager (Fritz & George 2002; Grotle m.fl. 2004) og anses som en viktig faktor for tidlig identifikasjon og spesifikke tiltak (Boersma & Linton 2005).

Epidemiologiske undersøkelser og kunnskap om prediktorer for sykefravær og uførhet viser at en stadig negativ sykefraværsutvikling skyldes samvirkning av flere faktorer. Både psykososiale problemer og sosioøkonomiske forhold kan være viktige årsaker til rapporterte helseplager og økt sykefravær (Eriksen & Ursin 2004).

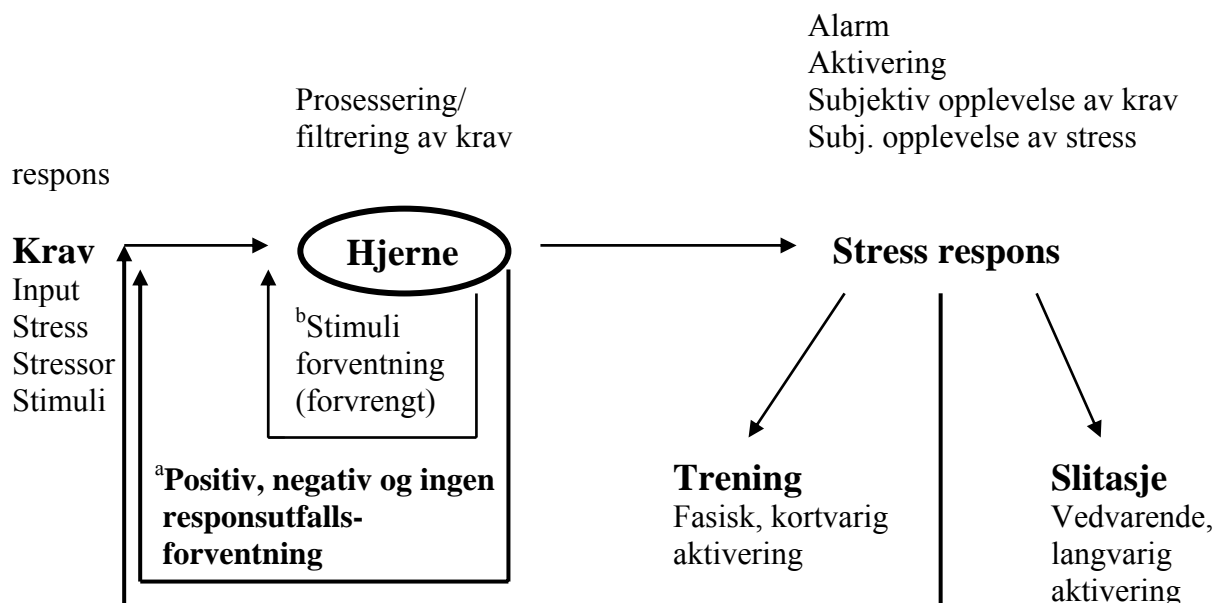
4.0 STRESS, KRAV OG BELASTNINGER

Stress, krav og belastninger blir ofte rapportert i forbindelse med subjektive helseplager (Mikkelsen m.fl. 1999). Økte krav i arbeidslivet og mangel på egen kontroll kan medvirke til økt sykefravær (NOU 2000:27). Mange sykmeldte opplever også det å gå sykmeldt som en belastning. Prevalensen av subjektive helseplager er høyere hos personer som rapporterer høye krav og lav mestringsevne (Eriksen & Ursin 1999c). Mestring er nært knyttet til begrepet stress.

4.1 “COGNITIVE ACTIVATION THEORY OF STRESS” (CATS)

I historisk perspektiv knyttes stressbegrepet til Hans Selye, ofte kalt ”stressens far”. Han definerte belastningen som fører til stress for stressor, og brukte stress om selve stress responsen (Selye 1956). I hans tidlige forskning basert på forsøk med rotter, ble stress betraktet som skadelig. Han innså senere at stress ikke nødvendigvis var negativt, og understreket at det bare er den type stress som oppleves som ubehaglig som er sykdomsfremkallende. Han hevdet videre at alle organismer normalt sett blir utsatt for stressorer, og at stress (respons) var en naturlig del av kroppens adaptasjonssystem (Selye 1974). Flere forskere har i ettertid videreutviklet hans opprinnelige stressteori.

Det er enighet om at stress er et komplekst begrep, men det er ingen enighet blant forskere om en felles definisjon (Levine & Ursin 1991). Stress har som oftest blitt definert enten som stimuli eller respons (Lazarus & Folkman 1984). Levine og Ursin identifiserte interaksjon mellom tre ulike nivåer; stress stimuli, evaluering av stimuli og stress respons (Levine & Ursin 1991). Kunnskap om dette kompliserte feed-back systemet er senere videreutviklet i kognitiv aktiveringsteori om stress, CATS (Cognitive Activation Theory of Stress) (Ursin & Eriksen 2004). I CATS operasjonaliseres og defineres fem ulike sider ved begrepet; stress stimuli (krav), bearbeiding/filtrering av stimuli, stress responsen, den subjektive opplevelsen både av stimuli og stressrespons og feedback fra stressrespons. De fem aspektene kan måles hver for seg (Ursin & Eriksen 2004), (se Figur 1).



Figur 1

CATS – modellen (etter Ursin & Eriksen, 2004). (^aPositiv responsforventning = mestring, negativ responsforventning = håpløshet, ingen responsforventning = hjelpeløshet, ^bstimuliforventning = forsvar).

Utover å ha sitt utspring i Ursins stressforskning (Levine & Ursin 1991), er modellen basert på forventningsteori (Ursin 1988; Bolles 1972). Modellen har også elementer fra både læringsteori og kognitiv psykologi (Eriksen & Ursin 2004; Bandura 1977).

4.1.1 Krav

Det er vanlig å omtale stress stimuli som krav eller belastninger. I arbeidsmiljøsammenheng omfatter dette fysiske og psykososiale arbeidskrav/belastninger. Fysiske krav rommes av en rekke faktorer ofte omtalt som ergonomiske arbeidsmiljøfaktorer: monotont arbeid, tunge og gjentatte løft, lys, lyd og kjemisk påvirkning (Bernard m.fl. 1997). Psykososial arbeidsbelastning inkluderer blant annet høyt arbeidstempo, redusert jobb kontroll, uklart ansvar, lav sosial støtte og konflikter (Theorell & Karasek 1996; Bernard m.fl. 1997). Individet utsettes også til enhver tid for krav og belastninger på en rekke andre områder i livet. Det kan være krav fra omgivelsene, men også krav som individet stiller til seg selv. Psykologiske og følelsesmessige belastninger er de hyppigste rapporterte stress stimuli (Levine & Ursin 1991; Ursin & Eriksen 2004). Det finnes ingen målbare fysiske kjennetegn på hvilke krav som produserer uhenksom stress respons. Ulike mennesker vil oppleve

samme type belastning forskjellig og utfallet er påvirket av tidligere erfaringer og forventninger til resultatet (Ursin & Eriksen 2004).

4.1.2 Stressopplevelse

Alle stimuli blir evaluert og filtrert av hjernen. Stimuli som oppfattes som negative eller truende vil bli rapportert som stress. Denne opplevelsen kan enkelt måles ved hjelp av spørreskjema eller intervju (Ursin & Eriksen 2004). Tidligere erfaringer fra lignende situasjoner er avgjørende for hvordan hjernen tolker kravene og for hvordan responsen blir. Disse erfaringene blir i modellen beskrevet som forventninger. Forventninger er knyttet til kognitive prosesser i hjernen som lagrer og bearbeider informasjon om at et stimulus leder til et annet stimulus, eller at en respons leder til et bestemt resultat. Disse læringsprosessene er beskrevet i læringsteori (Bandura 1977), og er essensielle i CATS-modellen (Ursin 1988; Ursin & Eriksen 2004). CATS refererer til to ulike filtre som evaluerer forventningene. Stimulusforventning er relatert til forsvarsmekanismer, mens responsforventning er relatert til mestring, hjelpeløshet og håpløshet (Ursin & Eriksen 2004).

4.1.3 Mestring, håpløshet og hjelpeløshet

Mestring blir i CATS definert som positiv responsforventning (Ursin & Eriksen 2004). Denne definisjonen av mestringsbegrepet er lagt til grunn til denne oppgaven. I litteratur om stress kan mestring ellers ha svært ulik betydning, og har etter hvert blitt en paraplybetegnelse som dekker ulike teoretiske tilnærminger og fortolkninger (Kristenson m.fl. 2004).

Tradisjonelt sett har mestring utspring i to ulike tradisjoner; dyreforsøk og psykoanalytisk ego psykologi (Lazarus 1984). Lazarus mener erfaringer fra dyreforsøk gir begrenset kunnskap og baserer sin forståelse på den psykoanalytiske tradisjonen. Men også Lazarus baserer sin definisjon av mestring på stressteori og kognitiv prosesstenkning. Han hevder at krav og belastninger produserer stress, men at individer og grupper er forskjellige hva sårbarhet og sensitivitet angår, både med tanke på fortolkninger og reaksjoner. Mestring defineres av Lazarus som stadig skiftende kognitive og adferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke eksterne og/eller interne krav som overstiger personens ressurser (Lazarus 1984). Mestring forstås her som en prosess eller interaksjon mellom individ og miljø, der det er individets strategi for å få kontroll over situasjonen som er viktig, ikke resultatet. Modellen viser til tre hovedtyper av mestringsstrategier: *Problemfokuserte* strategier omfatter handlinger som er

rettet mot å gjøre noe med selve stresskilden. *Emosjonsfokusede* strategier har som mål å regulere de følelsesmessige konsekvensene av hendelsen. *Vurderingsfokusede* strategier omfatter forsøk på å forstå eller finne en mening med situasjonen (Lazarus 1984).

Også Antonovskys salutogenetiske teori handler om mestring. Han var opptatt av hva det var hos enkeltmennesket som gjorde at noen holdt seg friske på tross av ytre påkjenninger eller stressorer. Han søkte etter generelle motstandsressurser, "Generalized Resistance Resources" (GRR) hos individet og utviklet begrepet "Sense of Coherence" (SOC) som han knyttet opp mot tre komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Teorien knytter seg i grove trekk både mot en kognitiv forståelse og en personlighetsforståelse av mestring (Antonovsky 1987). Teorien kan minne om Lazarus sine vurderingsfokusede og emosjonsfokusede strategier.

Hos Bandura er "Perceived self-efficacy" et annet uttrykk for mestring. Begrepet referer til personens tro på og forventninger til egne evner om å løse en gitt oppgave (Bandura 1997). Hans teorier baserer seg på sosial læringsteori, der adferd bestemmes av et gjensidig (resiprokt) forhold mellom personfaktorer, omgivelsesfaktorer og kognitive ferdigheter (Bandura 1977). Mens Lazarus er opptatt av personens mestringsstrategier, fokuserer Bandura i likhet med CATS-modellen på personens mestringsforventninger. Schwarzer og Jerusalem (1995) har utviklet et instrument som kartlegger "self-efficacy", og som er brukt i denne oppgaven (se 7.5.5).

"Empowerment" har dukket opp som en del av en medisinsk diskurs rundt hvordan pasienten selv kan håndtere og ta ansvar for egen sykdom (Salmon & Hall 2003). Begrepet henger sammen med kontroll og mestring. SKUR (Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering) bruker "empowerment" som definisjon på mestring (Sandstrand 2002). SKUR er opptatt av de samfunnsmessige forhold som hindrer den enkelte å ta styring over eget liv. "Empowerment" handler i dette perspektivet om tilføring og mobilisering av makt for å bekjempe diskriminering og komme ut av undertrykking (Sandstrand 2002). Mestring forstått som "empowerment" vektlegger mestringsressurser og tydeliggjør både personfaktorer og omgivelsesfaktorer. Det er utviklet intervensjonsprogrammer basert på "empowerment" (Anderson m.fl. 1995; Finfgeld 2004; Thesen & Malterud 2001; Kristenson m.fl. 2004). "Empowerment" kan være en viktig dimensjon i arbeidet med mestring og

helseforebyggende arbeid (Kristenson m.fl. 2004). Sosial ulikhet synes også å spille en viktig rolle innen dette perspektivet.

Det er vanlig å dele mestringsteorier inn i handling og resultat. Teorier om mestring som omfatter mestringsstrategier har fokus på selve handlingen. I CATS er det imidlertid forventninger til resultatet som gjelder ved at individet etablerer en positiv responsforventning om å kunne mestre, (se figur 1) (Ursin & Eriksen 2004). Stress responsen eller alarmen, er avhengig av vår egen forventning til å dempe alarmen, eller våre evner til å løse problemene eller kravene (Eriksen m.fl. 1999b; Eriksen & Ursin 1999). Troen på egne evner og ressurser blir viktig for hvordan den enkelte mestrer. Etersom opplevd mestring ikke gir en ubehagelig stress respons, kan det synes som om mestring er selvforsterkende. Opplevd mestring fører til positive forventninger som igjen fører til ny mestring. Dette kan beskrives som en positiv eller god sirkel. Individet kan være uten forventninger om at det er noen sammenheng mellom det vi gjør og det som skjer. Når individet ikke har noen forventninger, dvs. ingen responsforventning, kalles det hjelpeløshet (se figur 1). ”Lært hjelpeløshet” har vært forstått som en kognitiv modell for depresjon og angst (se Carroll m.fl. 2002; Eriksen m.fl.1999b). Individet har etablert det som kalles en negativ responsforventning, når det tror at resultatet blir negativt uansett hva man velger å gjøre. Dette kalles håpløshet (se figur 1). Begge disse situasjonene vil påvirke stress responsen eller alarmen negativt, og kan føre til plager og sykdom. Dersom også disse filtreringsmekanismene er selvforsterkende, kan man beskrive dette som en negativ eller ond sirkel. I denne oppgaven er håpløshet kartlagt ved hjelp av et instrument utviklet av Everson og medarbeidere (1996), (se 7.5.8).

Aktiv og passiv mestring er en vanlig inndeling i ulike mestringsmåter (Carroll m.fl. 2002). Aktiv mestring blir vurdert som mest hensiktsmessig mestringsstil i forhold til positive forventninger og helse (se Eriksen, Olf & Ursin 1997). Både mestringsstil og mestringsforventning er kartlagt i denne oppgaven (se 7.5.6 og 7.5.7). Personer med passiv mestringsstil er funnet å ha mer fordøyelsesproblemer, angst, smerter og helseproblemer enn personer med aktiv mestring (Eriksen, Olf & Ursin 1997). Passiv mestring refererer også til strategier som innebærer å gi ansvar og kontroll til andre (Carroll m.fl. 2002). Nedsatt funksjonsevne pga. smerter i nakke og rygg er funnet å henge sammen med passiv mestring (Carroll m.fl. 2002). Individet vil som oftest ha en kombinasjon av aktiv og passiv mestringsstil (Carroll m.fl. 2002). Det er flere teorier knyttet til mestringsstil. Den kan for eksempel sees som en del av personens adferdsmønster, eller som individtrekk og

personlighetstype. Det er blitt hevdet at noen individer er optimister av natur, mens andre har grunnleggende pessimistiske karaktertrekk (Cassidy 1999). Watson & Pennebaker (1989) beskriver dette fenomenet som negativ og positiv affekt. Affekt kan både sees i sammenheng med humørsvingninger og stabile karaktertrekk. Positiv affekt assosieres med energi, fornøydhet og entusiasme. Personer dominert av negativ affekt har en tendens til å være misfornøyd og oppleve mer distress i enhver situasjon og rapporterer oftere alle typer helseproblemer. Negativ affekt blir assosiert med nevrotiske karaktertrekk. Men selv om personer med negativ affekt klager over helseproblemer, er de likevel ikke funnet å ha dårligere helse eller økt dødelighet enn andre (Watson & Pennebaker 1989). Innen psykoanalyse og noen psykologiske retninger er det noen som mener at en persons mestringsstil er stabil og en del av personens personlighet (Miller 2000). Dette er en lite optimistisk retning med tanke på endring av mestringsadferd. Retningen baserer seg på genetiske personlighetsteorier og tidlig læring, og at dette ikke kan avlæres (Miller 2000). Cassidy viser til forskning som peker imot et slikt syn. Han hevder i tråd med CATS, at mestringsstil i et kognitivt læringsperspektiv er åpent for endring og modifisering (Cassidy 1999). Det er derfor ikke sikre holdepunkter for at en persons affekt eller mestringsstil kan betraktes som stabile karaktertrekk med betydning for helse og sykdom.

CATS beskriver også et annet sett av forventninger enn responsforventninger.

Stimulusforventning er en kognitiv filtermekanisme som forvrenger forventningene til de krav som stilles (se figur 1). En slik forvrenging kalles forsvar. Forsvar kan bl.a. gi seg utslag i benektning av truende innhold i stimuli og krav. Personer som i stor grad bruker forsvarsmekanismer synes å vise høy aktivering av den sympatiske delen av det vegetative nervesystemet (Eriksen m.fl. 1999b). Også forsvarsmekanismer kan redusere opplevelsen av stress, og hos Lazarus blir forsvar beskrevet som en mestringsstrategi (Lazarus & Folkman 1984). Det kan imidlertid være farlig å redusere frykt ved hjelp av forsvarsmekanismer, og i CATS er forsvar og mestring definert som helt ulike fenomen. Forsvar er forventninger relatert til stimuli, mens mestring er forventninger relatert til respons (Ursin & Eriksen 2004).

4.1.4 Stress respons / aktivering

De fleste organsystemer aktiveres ved opplevd stress. Aktivering påvirker hjernen, vegetative prosesser, muskelskjelettsystemet, alle endokrine systemer og immunsystemet (Ursin 1988). Nye fysiologiske målemetoder er stadig blitt utviklet for å bedre forståelsen av hvordan stress virker på ulike individer i ulike situasjoner (Ursin & Eriksen 2004). Når det blir et misforhold mellom det som forventes og det som faktisk skjer, aktiveres en stress respons/alarm (se figur 1). Alarmen vil bli oppfattet ubehagelig, men anses som en nødvendig reaksjon for å finne løsninger og gjenopprette balanse mellom forventningene og det som skjedde (Ursin & Eriksen 2004). Aktivering av stress respons/alarm kan være kortvarig eller vedvarende. Kortvarig aktivering som sees hos mestrende individer ser ikke ut til å representere noen helserisiko. Ikke-mestrende individer er kjennetegnet ved vedvarende aktivering, uten tilstrekkelige hvilepauser for restitusjon. Vedvarende aktivering kan føre til sykdom (Levine & Ursin 1991; Eriksen m.fl. 1999). Individets erfaringer med egen stress respons virker tilbake på hjernen og lagres der. Denne ”feedbacksløyfen” henger nøye sammen med tidligere erfaringer og evaluering av stress stimuli (Ursin & Eriksen 2004).

Kort oppsummert er det altså slik at ulike personer vil oppleve de samme krav og belastninger svært forskjellig. Tidligere erfaringer vil ha betydning for stress respons og egne forventninger til mestring. Fordi prevalens av helseplager synes høyere hos personer som rapporterte høye krav og lav mestringsevne, kan mestring være en mulig faktor for prediksjon av helseplager og sykefravær.

5.0 TILTAK

Tiltak for å redusere sykefravær kan igangsettes på ulike nivå. Forebyggende tiltak deles inn i primær, sekundær og tertiær forebygging. Primærforebyggende tiltak settes inn i forhold til ”friske” personer (van Tulder, Koes & Bombardier 2002), og kan være helsefremmende individrettede tiltak. Primærforebyggende tiltak vil i tillegg være organisasjonsrettede tiltak på arbeidsplassen, dvs. endringer i organisering eller drift som kan føre til helseplager, ulykker eller stress (Mikkelsen 2002). Sekundær og tertiærforebyggende tiltak er ofte individrettede tiltak som henholdsvis skal styrke den enkeltes ressurser for å tåle arbeidslivets belastninger, eller forhindre tilbakefall etter at helseproblemer har oppstått (Mikkelsen 2002). Intervensjon i form av et rehabiliteringsopphold kan være hensiktsmessig der forebyggende tiltak eller annen intervensjon ikke har hatt ønsket effekt. Rehabilitering skal også forhindre tilbakefall etter at helseproblemer har oppstått. En intervensjon kan igangsettes enten tidlig eller sent i et sykmeldingsforløp. Mye tyder på at tidlig arbeidsrettet intervensjon er viktig for å forhindre langvarig sykefravær og funksjonsnedsettelse (Gjesdal & Bratsberg 2003; Marhold m.fl. 2001). Rehabiliteringstiltak bør igangsettes allerede etter 6 uker når man vet at fraværet skyldes ryggplager og andre vanlige helseproblem og personen fortsatt ikke er i tilbake i normal aktivitet (Waddell & Burton 2001). Det har i Norge vært naturlig å igangsette tiltak ved 8 uker pga. ordningen med sykmelding II (Ursin 1999). De fleste med helseproblemer blir imidlertid bra av seg selv i løpet av 3 måneder, som en følge av et naturlig forløp (Frank m.fl. 1996). Det er både unødvendig og uheldig med tiltak for personer som ikke har behov for det. Kartlegging av prognostiske faktorer har derfor betydning for om og når tiltak skal igangsettes eller ikke. Slik kunnskap kan være avgjørende, fordi vi vet at langvarig sykefravær øker kompleksiteten og gjør rehabiliteringen både dyrere og vanskeligere (Waddell & Burton 2001).

Effekt av tiltak kan måles på en rekke måter. Tilbake i arbeid vil alltid være overordnet effektmål ved arbeidsrettet rehabilitering. Egenrapportert smerte, livskvalitet, funksjons- og aktivitetsnivå osv. er ellers vanlige effektmål. Ulike tester kan også benyttes for å få mer ”objektive” mål på funksjonsevne. Dette kan for eksempel være testing av kondisjon og styrke. Spesifikke tiltak synes å gi spesifikk effekt (Eriksen m.fl. 2002), men kan muligens gi andre tilleggseffekter eller langtidseffekter. Eksempelvis vil formforbedrende tiltak føre til bedre fysisk form, men virker også inn på selvtillit og psykiske plager som depresjon og angst

(Martinsen 2003). Det er mulig at slike effekter i neste omgang kan føre til redusert sykefravær.

Stor grad av heterogenitet kompliserer forskning i feltet. En intervensjon kan være alt fra omfattende og langvarige tiltak rettet mot inneliggende pasienter, til de enkleste polikliniske modeller. Intervensjon med mål om å redusere sykefravær kan ha mange likhetstrekk både ved forebygging og senere i et forløp, men kan likevel inneholde en rekke ulike kombinasjoner av tiltak som gjør det vanskelig å sammenligne resultater.

5.1 FYSISK AKTIVITET / TRENING / ØVELSESTERAPI

Fysisk aktivitet og øvelsesterapi er mye brukte tiltak for personer med subjektive helseplager. ”Exercise therapy” blir i europeiske retningslinjer definert som terapeutiske program der dynamiske bevegelser eller statisk muskelarbeid inngår som en hovedkomponent i behandlingen av det aktuelle ryggproblem (European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain 2004). Øvelsene skal være ledet av eller foreskrevet av instruktør (van Tulder & Koes 2003). De europeiske retningslinjene (2004) gir ikke anbefalinger om hva slags øvelser som bør inngå i treningstilbudet, men gruppebaserte tilbud synes å være både hensiktsmessige og effektive. Effekt av øvelsesterapi kan måles både i fysiske endringer og i adferdsmessige endringer (Staal m.fl. 2002). Øvelser inngår i de fleste arbeidsrettede intervensjoner ved korsryggplager (Staal m.fl. 2002). Spesifikke øvelser har ikke vist effekt ved akutt rygg, men kan hjelpe de med langvarige ryggplager å gjenoppta normale daglige aktiviteter og komme tilbake i arbeid (van Tulder m.fl. 2000a). En sammenligning av tre ulike aktive treningstiltak viste like god effekt på rapportert smerte, funksjon og sykdomsforståelse uavhengig av tiltak (Mannion m.fl. 1999). Resultatene holdt seg etter 1 år (Mannion m.fl. 2001). Det kan synes som om aktive fysiske tiltak påvirker psykologiske forhold i tillegg til fysisk funksjon. Dette kan blant annet skyldes positiv erfaring med at treningen ikke gjorde noen skade (Mannion m.fl. 2001). Ryggpasienter med stor grad av smerte-relatert frykt rapporterte bedre funksjon 1 år etter et fysisk treningsregime enn de med lite smerte-relatert frykt. Dette gjaldt også ryggpasienter med distress/depresjon, men her var effekten mer kortvarig (Klaber Moffett m.fl. 2004).

Fysisk trening er blitt sammenlignet med kognitiv intervensjon hos pasienter med subakutte korsryggplager (Storheim m.fl. 2003). Ingen av tiltakene hadde effekt på sykefravær, men smerte-relatert frykt var redusert i begge grupper. Treningsgruppen rapporterte mindre smerter og var mest fornøyd med behandlingen (Storheim m.fl. 2003).

Lavdosert fysisk aktivitet har vist effekt på aerob kapasitet, fysisk funksjon, livskvalitet og mestringsforventning hos fibromyalgipasienter (Kurtze 2004). Noen studier har også påvist bedring i rapporterte fibromyalgiplager (Busch m.fl. 2002). Personer med kronisk tretthetssyndrom kan også profitere på øvelsesterapi (Edmonds, McGuire & Price 2004; Moss-Morris m.fl. 2005), men ingen studier har vist effekt på arbeidsevne hos denne pasientgruppen (Ross m.fl. 2004). Forbedring på psykologiske og kognitive variabler kan skyldes mindre grad av unngåelsesadferd (Wallman m.fl. 2004). Salmon et al. (2001) har i en oversikt vist at aerob trening er et nyttig virkemiddel hos pasienter med ulike psykiske lidelser. Trening kan ha en beskyttende effekt mot skadelige konsekvenser av stress (Salmon 2001). Fysisk aktivitet virker angstdempende (Salmon 2001), og har gitt reduksjon i depressive plager (Brosse m.fl. 2002; Martinsen 2003; Salmon 2001).

5.2 KOGNITIV ADFERDSTERAPI

Kognitiv adferdsterapi er basert på ideen om at en persons tanker om en gitt hendelse i stor grad vil bestemme personens følelsesmessige og adferdsmessige respons (Hollon 1998). Ifølge kognitiv teori skyldes en rekke psykiske lidelser grunnleggende feilaktige og negative forestillinger og fortolkninger av ting som skjer (Beck 1991). Initialt ble kognitiv adferdsterapi benyttet ved tilstander som depresjon og angst, men har blitt prøvd ut med gode resultater for flere andre psykiske tilstander (Hollon 1998), og etter hvert også ved subjektive helseplager (Burton 2003). Kognitiv adferdsterapi er basert på forskning og psykologisk teori som omhandler hvordan *alle* mennesker mottar, bearbeider, lagrer og bruker informasjon (Berge & Repål 2000). Våre tanker og forestillinger blir organisert som meningsbærende systemer som er *skjematiske* i sin natur (Hollon 1998). Basert på tidligere erfaringer vil disse meningsbærende systemene være rangert fra det som beskrives som spesifikke forestillinger i spesifikke situasjoner - såkalte *automatiske tanker*, til mer generaliserte holdninger og fortolkninger, til det som anses å være grunnantakelser eller ”leveregler” (*core beliefs*) (Berge & Repål 2000; Hollon 1998). Våre tankemønstre synes i stor grad å være spontane og

ubevisste (Beck 1991). I kognitiv adferdsterapi prøver terapeuten å bevisstgjøre pasienten på slike ubevisste tankemønstre og eventuelt gi hjelp til å bygge opp alternative fortolkninger (Berge & Repål 2000; Hollon 1998). Kognitiv adferdsterapi vil i regelen være kortvarig og strukturert (Berge & Repål 2000).

For personer med ryggplager vil fysisk aktivitet og øvelsesbehandling samt ulike undervisningsopplegg som regel inngå i et behandlingsregime med kognitiv adferdsterapi. Terapien vektlegger tiltak som skal endre tankemønstre og adferd, og er hyppig brukt i behandling av langvarige korsryggplager (European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain 2004), og ved subjektive helseplager (Burton 2003). En kognitiv tilnærming til muskelskjelettplager er basert på ideen om at smertebetinget funksjonsnedsettelse ikke bare skyldes somatiske forhold, men i stor grad psykologiske og sosiale faktorer (Waddell 1987). Kognitiv adferdsterapi har positiv effekt på smerteintensitet hos pasienter med kroniske korsryggmerter (van Tulder m.fl. 2000b), og synes å forsterke effekt av andre rehabiliteringstiltak når det gjelder smertekontroll og smerteadferd hos ryggpasienter (Kole-Snijders m.fl. 1999; Strong 1998). Også hos pasienter med kroniske generaliserte smerter (med unntak av hodepine), hadde kognitiv adferdsterapi effekt på mestringsadferd i tillegg til reduksjon i opplevd smerte (Morley m.fl. 1999). Der kognitiv adferdsterapi inngår som en del av et fysisk treningsopplegg, har tiltaket også vist reduksjon i antall sykefraværsdager hos arbeidstakere med kroniske ryggplager (van den Hout m.fl. 2003), samt ved rygg og nakkeplager (Linton m.fl. 2005; Schonstein m.fl. 2003a). Kvinner med muskelskjelettplager og kortvarig sykefravær (2-6 mnd.) kom i større grad tilbake i arbeid enn langtidssykmeldte (>12 mnd.) etter arbeidsrettet kognitiv adferdsterapi (Marhold, Linton & Melin 2001). Kognitiv adferdsterapi reduserte risikoen for langtidsfravær hos personer som hadde hatt rygg og nakkesmerter siste året, men som ikke hadde vært borte fra arbeid mer enn 30 dager (Linton & Andersson 2000; Linton & Ryberg 2001). For å komme raskt i gang med hensiktsmessige arbeidsrettede tiltak, kan det derfor være viktig å identifisere psykologiske risikofaktorer for langtidsfravær på et tidlig tidspunkt (Linton 2002). Pasienter med kroniske korsryggmerter og påvist skivedegenerasjon ble randomisert til enten kirurgi og postoperativ fysioterapi, eller kognitiv intervensjon og øvelser (Brox m.fl. 2003). Gruppen som mottok kognitiv intervensjon hadde redusert smerte-relatert frykt, men ellers like god effekt på rapportert smerte og funksjon som kirurgigruppen. Det var ingen forskjeller i tilbakegang til arbeid (Brox m.fl. 2003). Pasienter med kroniske korsryggmerter som ikke skulle opereres, ble randomisert til kognitiv intervensjon eller til kontrollgruppe (Magnussen

m.fl. 2005). Den kognitive treningsgruppen brukte mer aktive mestringsstrategier i forhold til sine ryggmerter enn kontrollgruppen, men intervensjonen reduserte ikke smerteopplevelsen (Magnussen m.fl. 2005). Enkel informasjon og instruksjon til pasienter med subakutte ryggmerter kan redusere sykefravær (Hagen m.fl. 2000; Indahl m.fl. 1995).

Behandlingsregimet har vist langtidseffekter på sykefravær (Indahl m.fl. 1998). I en annen studie var det etter 3 år ikke lenger noen forskjell i fravær mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (Hagen m.fl. 2003). Det konkluderes med at kognitiv intervensjon for pasienter med ryggplager bør vektlegge informasjon som kan redusere frykt, og motivere for å gjenoppta vanlig fysisk aktivitet (Indahl 2004). Ved fibromyalgi har intervensjon som vektlegger adferdsendring vist bedring i depresjon og selvrapporterte smerter (Nicassio m.fl. 1997), men kognitiv adferdsterapi har imidlertid hatt begrenset langtids effekt hos denne pasientgruppen (Keel 1999; Nicassio m.fl. 1997; Redondo m.fl. 2004). I et kronisk stadium kan tilleggsplager i form av angst, depresjon, dekondisjonering og nedsatt funksjonsevne gjøre personer med fibromyalgi vanskeligere å behandle med kognitive tiltak (Keel 1999). Kognitiv terapi kan gi effekt ved flere somatoforme lidelser (Wilhelmsen 2001), blant annet ved irritabel tarm (van Dulmen m.fl. 1996). For personer med kronisk tretthetssyndrom har en kombinasjon av kognitiv adferdsterapi og gradert økning i fysisk aktivitet vært et effektivt tiltak målt i tretthet og egenrapportert funksjonsevne (Bagnall m.fl. 2002; Price & Couper 2000; Prins m.fl. 2001; Richardson & Engel, Jr. 2004; Whiting m.fl. 2001), men kan også ha betydning for bedret arbeidsevne (d'Elia 2004; Ross m.fl. 2004).

5.3 MULTIDISCIPLINÆRE TILTAK

En multidisiplinær intervensjon kan igangsettes blant inneliggende pasienter i en rehabiliteringsavdeling, men kan også være et poliklinisk tiltak. Intervensjonen vil som regel inneholde en kombinasjon av medisinske, psykologiske, treningsmessige, adferdsmessige og yrkesmessige tiltak, og tiltakene må være ledet av minst 3 forskjellige helsefaggrupper med ulik klinisk bakgrunn (European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain 2004). Fysisk trening vil alltid være en del av tiltaket, men kan ha ulikt innhold avhengig av målgruppe. For ryggpasienter er intervensjonen ofte blitt beskrevet som ”functional restoration” fordi intensiv trening og ergonomiske råd er blitt vektlagt (Schonstein m.fl. 2003b). Selv om lengden på en intervensjon kan variere, er den som regel kostbar og

omfattende. En multidisiplinær tilnærming representerer et skifte fra en begrenset biomedisinsk modell mot en mer helhetlig biopsykososial modell (Guzman m.fl. 2002).

Effekt av multidisiplinære tiltak er blitt undersøkt i systematisk litteraturgjennomgang. Det er sterk dokumentasjon for at intensiv multidisiplinær tilnærming gir bedring i smerte og funksjon ved kroniske ryggplager (Guzman m.fl. 2001; Guzman m.fl. 2002; Schonstein m.fl. 2003a; Turner 1996; van Tulder, Koes & Bombardier 2002) og moderat effekt ved subakutte korsryggplager (Karjalainen m.fl. 2003a). Tiltak som også inneholder arbeidsplassbesøk synes å gi redusert sykefravær og tidligere tilbakegang til arbeid (Karjalainen m.fl. 2003a). Multidisiplinær rehabilitering bedrer funksjonsevnen hos ryggpasienter og bidrar til en prosess tilbake mot jobb igangsatt tidlig i et forløp, og vil forebygge forverring av plager og bedre mestringsevnen hos pasienten igangsatt sent i et forløp (Thomas & MacAdams 2004). Multidisiplinær tilnærming i form av "functional restoration" har også vist langtidseffekter på sykefravær og redusert kontakt med helsevesenet over en 5-års periode (Bendix m.fl. 1998b).

Selv om multidisiplinære tiltak er hyppig brukt også ved fibromyalgi og andre utbredte smertetilstander, samt ved nakke- og skulderplager, er dokumentasjonen på dette feltet ikke like overbevisende (Karjalainen m.fl. 2000; Karjalainen m.fl. 2003b). Noen mindre undersøkelser har likevel vist effekt på sykefravær ved uspesifikke muskelskjelettsmerter (Lindh m.fl. 1997), ved kombinasjon muskelskjelett- og mentale plager (Thorlacius, Jonsson & Gudmundsson 2002) og ved korsrygg, nakke og skuldresmerter (Storrø m.fl. 2004). Et multidisiplinært kognitivt behandlingsprogram viste bedring i rapportert fysisk og psykisk helse (livskvalitet) hos pasienter med muskelskjelettsmerter, men ingen effekt på tilbakeføring til arbeid sammenlignet med kontrollgruppen (Haldorsen m.fl. 1998b). Behandlingen viste seg likevel å være effektiv for tilbakegang til arbeid når den ble tilbudt en pasientgruppe som ble screenet til å ha dårligst prognose (Haldorsen m.fl. 2002). Multidisiplinære, individuelt tilpassede tiltak anbefales også ved kronisk tretthetssyndrom (Afari & Buchwald 2003).

5.4 TILTAK I ARBEIDSLIVET

En litteraturgjennomgang av forebyggende tiltak igangsatt på arbeidsplassen for å motvirke korsryggplager og sykefravær, viste at få tiltak virker. Det var likevel en tendens til at trening og omfattende multidisiplinære tiltak hadde forebyggende effekt på ryggsmarter (European guidelines for prevention in low back pain 2004; Tveito m.fl. 2004). Tradisjonelle ergonomiske arbeidsplassstilpasninger og ryggskoler har vist liten effekt på sykefravær (Linton 2001; Waddell 1998; Ursin 2000; Tveito 2004; Westgaard & Winkel 1997). Man har likevel sett en positiv effekt av å bytte arbeid, og/eller gjøre endringer i arbeidssituasjonen (Björkquist m.fl. 1992, se Waddell 1998; Skovron 1992). Lav jobbtillfredsstillelse og dårlige psykososiale forhold på arbeidsplassen kan være risikofaktorer for å rapportere korsryggplager, men organisasjonsmessige tiltak for å bedre psykososiale forhold har vært vanskelig å gjennomføre og har vist varierende effekt på helse (Waddell & Burton 2001). En undersøkelse blant postansatte viste at individuelle mestringsstrategier var viktigere for utvikling av subjektive helseplager enn organisatoriske forhold på jobben (Eriksen & Ursin 1999c). Men et 12 ukers stressmestringskurs viste ikke bedre effekt på subjektive helseplager, sykefravær eller jobbstress enn trening (Eriksen m.fl. 2002). I en undersøkelse blant sykepleiere med daglige smerteproblemer, viste kognitiv adferdsterapi effekt på bruk av smertestillende, sykdomsforståelse og smerte-relatert frykt sammenlignet med en kontrollgruppe. Resultatene holdt seg både etter 1 og 2 år (Dahl & Nilsson 2001). Ansatte med kroniske muskel-skjelettplager og hyppig sykefravær rapporterte bedre smertemestring og mindre smerter etter å ha deltatt i et pedagogisk gruppelæringsprogram. Resultatene holdt seg etter 1 år. Det var i tiltaksgruppa også færre som mottok attføring/uføretrygd 1 år etter avsluttet gruppe enn i kontrollgruppa (Haugli m.fl. 2001). Haugstvedt m.fl. (2002) har prøvd ut en tilsvarende modell med tidlig intervensjon (etter 6 uker) i to bedrifter i samarbeid med trygdeetaten. Deltakerne rapporterte om betydelig endring til bedre helse, livskvalitet og mestring samt tendens til redusert sykefravær. En 1-års oppfølging viste fortsatt gode resultater. I denne undersøkelsen var det imidlertid ingen kontrollgruppe (Haugstvedt m.fl. 2002).

5.4.1 Aktiv sykmelding

Aktiv sykmelding ble innført i 1993 for å redusere sykefravær og hindre overgang til uførhet. Tiltaket har vært hyppig brukt for at arbeidstaker skal opprettholde kontakten med arbeidsplassen, for å få en gradvis oppstart etter fravær og for å kunne utprøve/ avklare egen arbeidsevne. Tidligere undersøkelser viste at prognosen for friskmelding ble jevnt dårligere desto lenger et sykefravær varte (Ursin 1999). Man mente derfor at tidlig utprøving i arbeid ville være et effektivt virkemiddel for å motvirke passivitet og redusert arbeidskapasitet (Scheel m.fl. 2002). Aktivitet i sykmeldingsperioden skulle også skape arbeidsmotivasjon, sosial kompetanse og jobbkompetanse (Kann & Kolstad 2003). Ordningen ble første gang evaluert både av RTV sin egen utredningsavdeling og av andre (Kann & Kolstad i rapport RTV 10/2003; Scheel m.fl. 2002). Evalueringene viste at bruken av aktiv sykmelding ikke hadde redusert sykefraværet eller forhindre frafall fra arbeidslivet i perioden dette har vært prøvd (Scheel m.fl. 2002; Kann & Kolstad 2003). I RTV sin rapport fant man at personer med aktiv sykmelding hadde til dels betydelig lengre fravær enn personer med vanlig sykmelding (Kann & Kolstad 2003). Dette kan tolkes enten som at ordningen bidrar til forlenging av fravær, eller at sykdommen var alvorligere hos de som brukte aktiv sykmelding (Kann & Kolstad 2003). Det var likevel ikke ønskelig å fjerne ordningen med aktiv sykmelding (Scheel m.fl. 2002). De dårlige resultatene rokket ikke ved et felles verdigrunnlag både på arbeidstaker- og arbeidsgiversiden om å være i aktivitet og holde kontakt med arbeidsplass ved sykdom (Scheel m.fl. 2002). Ordningen kan bidra til redusert belastning og økt velvilje hos arbeidsgiver i forhold til å beholde ansatte med redusert helse (Kann & Kolstad 2003).

Kolstad m.fl. (2004) har senere kommet med en ny rapport vedr. effekt av aktiv sykmelding fra perioden 2002-2003. Rapporten følger opp resultatene fra rapport RTV 10/2003 og antyder at aktiv sykmelding likevel kan ha effekt på sykefravær, bruk av rehabiliteringspenger og uførepensjon i de fire påfølgende kvartalene etter at den opprinnelige sykmeldingen var avsluttet (Kolstad i rapport RTV 03/2004). 1. juli 2004 ble det imidlertid innført nye regler for sykmelding som innebar begrensninger i bruk av aktiv sykmelding (Trygdeetaten 2004).

5.4.2 Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen), ble undertegnet av myndighetene og partene i arbeidslivet høsten 2001. Også dette tiltaket skal redusere sykefravær og bruken av uførepensjonering, og det skal bedre bruken av eldre arbeidstakeres ressurser og arbeidskraft i arbeidslivet (Evalueringsrapport 2. kvartal 2003). Avtalen skal bidra til et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og for samfunnet. Det ble i IA-avtalen satt opp tre delmål: 1) Redusere sykefraværet med minst 20 pst for hele avtaleperioden i forhold til sykefraværslivået for 2. kvartal 2001, 2) tilsette flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne, og 3) øke den reelle pensjonsalder.

Avtalen ble inngått for en fireårsperiode til utgangen av 2005 og ble første gang evaluert etter 2.kvartal 2003. Evalueringsrapporten viste at man da ikke hadde lykkes med å nå noen av disse målene. Sykefraværet, spesielt det legemeldte, hadde økt med ca. 10 % fra 2. kvartal 2001. Det var en klar nedgang i andelen sysselsatte funksjonshemmede og endringer i pensjonsalder var ubetydelige (Rapport 2003). Partene var likevel enige om å opprettholde avtalen ut hele avtaleperioden (Rapport, 2003). I 4.kvartal 2004 hadde sykefraværet i hele landet gått ned med hele 24.7 % (Trygdeetaten 2005). Det var nedgang både for kvinner (fra 10.3 – 7.9 prosent) og menn (fra 6.9 – 5.2 prosent). Nedgangen gjaldt legemeldt fravær for alle aldersgrupper, og nedgang i legemeldt fravær var størst for virksomheter som hadde hatt IA-avtalen lenge (dvs. før mars 2003) (Trygdeetaten 2005). Årsaker til nedgangen kan være sammensatte, men trygdeetaten mener at fokus på inkluderende arbeidsliv og sykefraværarbeid har virket i hele arbeidslivet, ikke bare i bedrifter som har inngått IA-avtale. Nye regler ved sykmelding som ble innført den 1. juli 2004 antas også å ha en medvirkende årsak til fall i sykefravær (Trygdeetaten 2005).

Innen arbeidsrettet rehabilitering vil tilbake i arbeid alltid være et naturlig effektmål. Denne gjennomgangen viser at multidisiplinære tiltak som vektlegger fysisk trening og som inneholder elementer fra kognitiv adferdsterapi, synes å gi best resultat ved ulike former for muskelskjelettplager, depresjon, angst og kroniske tretthetssyndrom.

6.0 PROBLEMOMRÅDE

6.1 REHABILITERING AV LANGTIDSSYKMELDTE PERSONER

Denne undersøkelsen ble gjennomført ved Attføringscenteret i Rauland (AiR). AiR har spesialisert seg på arbeidsrettet rehabilitering, og har utviklet et tilbud spesielt rettet mot langtidssykmeldte personer med sammensatte problemer. Med sammensatte problemer menes eksempelvis mistrivsel og konflikter på jobb og / eller familiære problemer i tillegg til helseproblemer. Helseproblemene omfatter som regel subjektive helseplager uten objektive funn. I 2004 hadde mer enn halvparten av brukerne to eller flere medisinske diagnoser ved inntak.

AiR skal være et tilbud utover hva det lokale hjelpeapparat kan tilby. Brukeren skal være ferdig medisinsk utredet og annen relevant behandling skal være prøvd. De fleste brukerne kommer derfor til AiR relativt langt ute i sykmeldingsperioden. I 2004 var gjennomsnittlig sykmeldingslengde ved inntak til senteret 12 mnd. AiR gir et multidisiplinært behandlingstilbud med elementer fra kognitiv teori og vekt på fysisk aktivitet. Senterets behandlingsfilosofi er knyttet til et helhetlig menneskesyn og en biopsykososial sykdomsforståelse. I et helhetlig perspektiv er både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle sider like viktige. Filosofien springer ut fra en ide om at mennesket er flerdimensjonalt, fra en forståelse om at i menneskelivet henger alt sammen og er dynamisk og prosessuelt (Vaa 1997).

Tiltaket vil bli nærmere beskrevet under metode, (se 7.1).

En gjennomgang av litteraturen viser at det er behov for mer kunnskap om langtidssykmeldte personer. Ettersom AiR har spesialisert seg på arbeidsrettet rehabilitering var institusjonen et ideelt utgangspunkt for å gjøre denne undersøkelsen. Gjennomgangen viser at sykefravær kan være forårsaket av sammensatte mekanismer i individet selv, i tillegg til kompliserende omgivelsesfaktorer. Et rehabiliteringsopphold kan være med på å snu den negative sirkelen den langtidssykmeldte antas å befinne seg i (Vaa 1997). Rehabilitering er en prosess, der et rehabiliteringsopphold vil være et viktig tiltak på veien mot målet om deltagelse i arbeidslivet.

6.2 PROBLEMSTILLING

I innledningen til denne oppgaven har jeg beskrevet en rekke forhold som er forbundet med høy risiko for langvarig sykefravær. Årsaksforholdene er komplekse og sammensatte og antas å involvere både medisinske, sosio-demografiske og psykologiske forhold. Hensikten med oppgaven var å undersøke om de forholdene jeg har beskrevet, spesielt mestring, helseplager, sykdomsforståelse og smerte-relatert frykt har betydning for tilbakegang til yrkesaktivitet etter et 4 ukers rehabiliteringsopphold ved Attføringscenteret i Rauland (AiR).

Etter den teoretiske gjennomgangen forventes at rapporterte helseplager vil henge sammen med mestring, hvordan personen selv forstår sine plager og smerte-relatert frykt. Jeg vil undersøke prevalensen av slike individuelle kjennetegn ved innkomsten til AiR og sammenligne med normer der disse eksisterer for norsk referansemateriale. Jeg vil også undersøke om disse kjennetegnene kan forklare om personen kommer tilbake i arbeid etter langvarig sykefravær eller ikke, og om kjennetegnene endrer seg etter intervensjon.

Problemstillinger:

1. Hva kjennetegner den langtidssykmeldte brukeren ved inntak til AiR når det gjelder sosio-demografiske forhold, subjektive helseplager, mestring, sykdomsforståelse?
2. I hvilken grad predikerer disse kjennetegnene og smerte-relatert frykt, forløp og prognose for tilbakegang til egenrapportert yrkesaktivitet 3 måneder og etter 1 år etter opphold på AiR?
3. Hva forklarer variansen i eventuelle prediktorer for yrkesaktivitet etter opphold?
4. Var det endringer i disse kjennetegnene etter oppholdet, på hvilket måletidspunkt opptrer eventuelle endringer og hvor lenge varer slike endringer?

7.0 METODE

I denne undersøkelsen ble data innhentet fra ulike instrumenter i et spørreskjema, fra spørreskjema om arbeids- og sykmeldingsforhold og fra pasientjournal på AiR. Dette er en longitudinell studie.

7.1 UTVALG

135 personer, 64 % kvinner og 36 % menn valgte å delta i undersøkelsen. Gjennomsnittsalder var 45 år (SD=8.4) med et spenn fra 24 til 61 år. 65 % var gift eller samboende. 56 % av forsøkspersonene var røykere.

Svarprosent

Utvalget på 135 forsøkspersoner utgjør 79 % av de 172 personene som opprinnelig ble inkludert i undersøkelsen. Svarprosenten var ved posttest 90 % (122 av 135) og ved 1 års registrering 70 % (95 av 135), (se 7.1.1 Flyt skjema I).

84 % svarte på spørreskjema om arbeids- og sykmeldingsforhold etter 3 måneder (113 av 135). Etter 1 år svarte 70 % på spørreskjema om arbeids- og sykmeldingsforhold (95 av 135), (se 7.1.2 Flyt skjema II).

7.1.1 Flyt skjema I

Et flyt skjema viser hvor mange personer som opprinnelig ble inkludert i undersøkelsen og hvor mange som besvarte spørreskjemaet ved pretest, posttest og ved 1 års registrering.

Figur 2

Personer som mottok spørreskjemaet sammen med inntaksbrev til AiR 2 mnd. før inntak.

Personer som takket nei til plassen eller som utsatte oppholdet.

Personer som hadde opphold på AiR.

Svarte ikke ved pretest.

Pretest:

Personer som svarte på spørreskjemaet 2 mnd. før inntak til AiR.

Svarte ikke ved posttest.

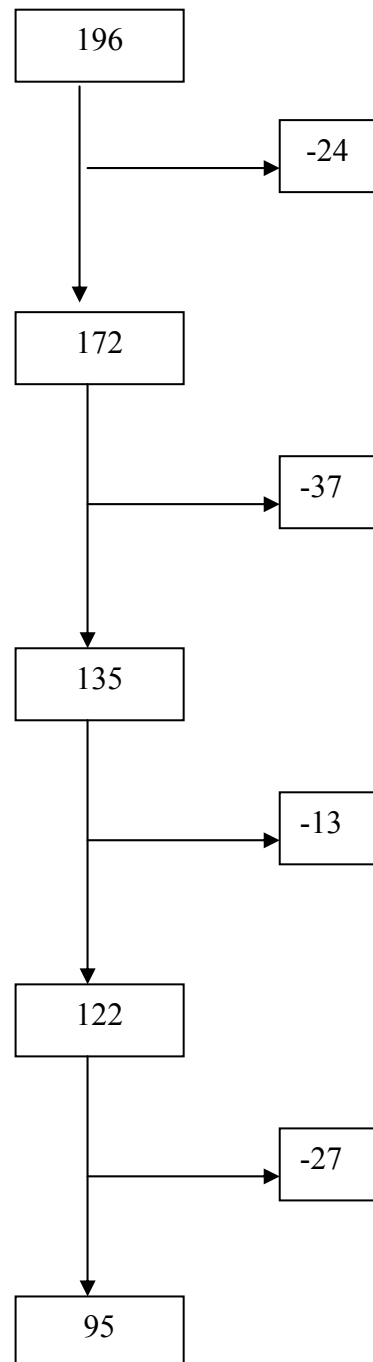
Posttest:

Personer som svarte på spørreskjemaet ved hjemreise (etter 4 uker på AiR).

Svarte ikke ved 1 års registrering.

1 års registrering:

Personer som svarte på spørreskjemaet etter 1 år.



7.1.2 Flyt skjema II

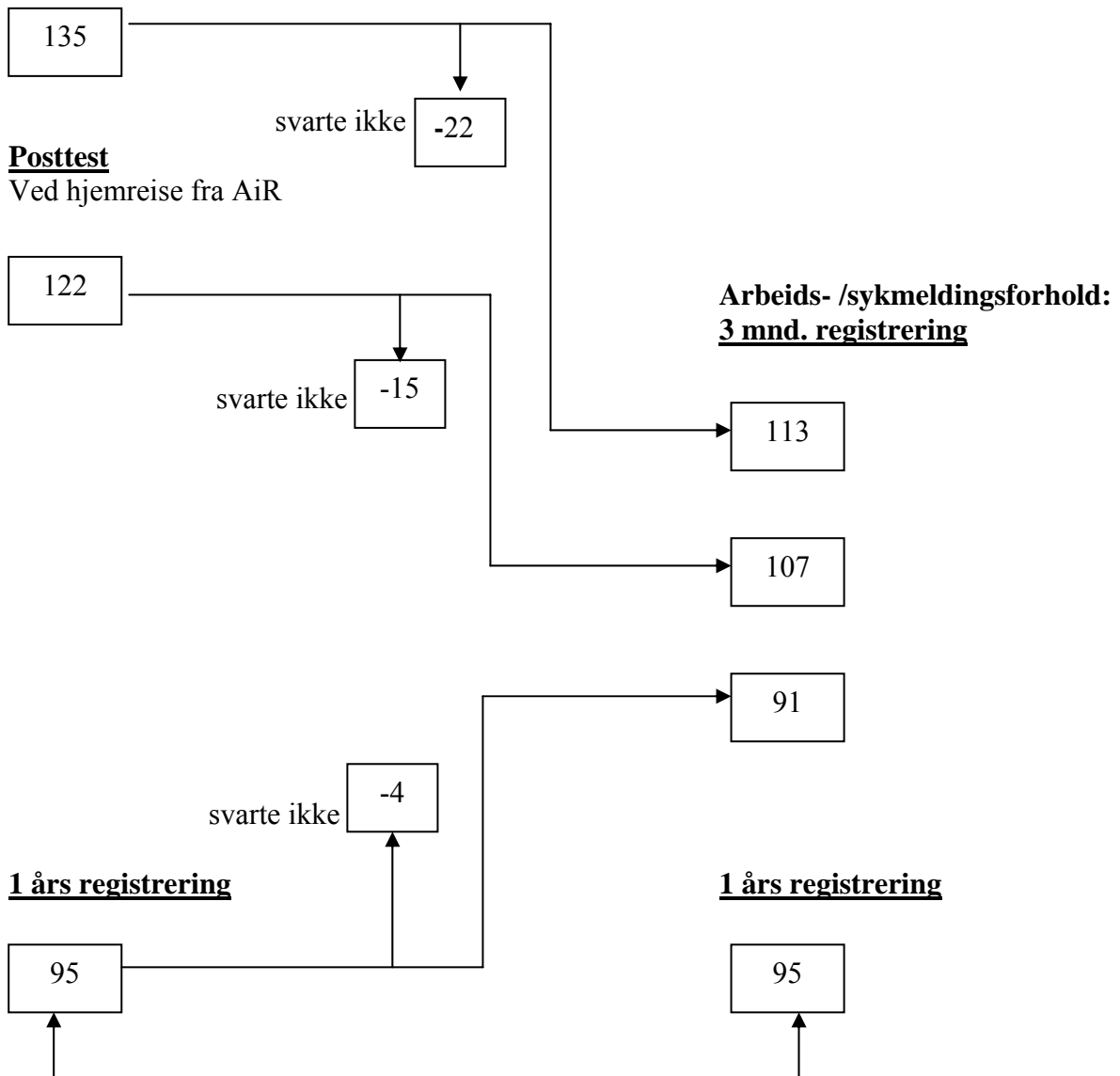
Et flyt skjema viser hvor mange personer som svarte på spørreskjemaet ved pretest, posttest og 1 års registrering, og hvor mange av disse som svarte på eget spørreskjema om arbeids- og sykmeldingsforhold 3 måneder etter intervensjon og 1 år etter intervensjon.

Figur 3

Spørreskjemaet:

Pretest

2 mnd. før inntak til AiR



Alle som svarte på spørreskjemaet ved 1 års registrering, svarte også på eget spørreskjema om arbeids- og sykmeldingsforhold etter 1 år.

7.1.3 Representativitet

Det ble undersøkt om forsøkspersonene var representative for de brukerne som opprinnelig ble inkludert i undersøkelsen og som hadde opphold på AiR.

Pretest

Det var ikke signifikante kjønnsforskjeller mellom de 135 forsøkspersonene som valgte å delta i undersøkelsen ved pretest og de 37 personene som ikke besvarte spørreskjemaet ($p=0.64\chi^2$). Det var heller ikke signifikante forskjeller i medisinske diagnoser mellom disse gruppene ($p=0.24\chi^2$).

Gjennomsnittsalder og antall dager sykmeldt siste året var også svært likt fordelt (se tabell 1).

Tabell 1

Alder og sykmeldingslengde ved inntak AiR. Gjennomsnitt (\bar{x}) og standard avvik (SD). (n=172: n=135 besvart, n=37 ikke besvart)

	n=37 \bar{x} (SD)	n=135 \bar{x} (SD)	p-verdi #
Alder	44 (8.3)	45 (8.3)	0.498
Sykmeldingslengde	189 (76.2)	177 (79.6)	0.405

Signifikansnivå er basert på t-tester.

1 års registrering

Det var ikke signifikante kjønnsforskjeller mellom de 95 forsøkspersonene som valgte å delta i undersøkelsen ved 1 års registrering og de 77 personene som ikke returnerte spørreskjemaet ($p=1.00\chi^2$). Det var heller ikke signifikante forskjeller i medisinske diagnoser mellom disse gruppene ($p=0.83\chi^2$). Antall dager sykmeldt siste året var også svært likt fordelt, men de 95 forsøkspersonene som fortsatt deltok i undersøkelsen var signifikant eldre enn de som ikke lenger ønsket å delta (se tabell 2).

Tabell 2

Alder og sykmeldingslengde ved inntak til AiR Gjennomsnitt (\bar{x}) og standard avvik (SD). (n=172: n=95 besvart, n=77 ikke besvart).

	n=77 \bar{x} (SD)	n=95 \bar{x} (SD)	p-verdi #
Alder	43 (9.1)	47 (7.9)	0.009
Sykmeldingslengde	183 (79.9)	177 (78.2)	0.581

Signifikansnivå er basert på t-tester. $p<0.05$ ved tall i fet skrift.

7.2 BESKRIVELSE AV TILTAKET

Undersøkelsen ble gjennomført ved Attføringscenteret i Rauland. AiR gir et multidisiplinært arbeidsrettet rehabiliteringstilbud til langtidssykmeldte personer med sammensatte lidelser.

AiR sin behandlingsfilosofi er at hvert enkelt menneske har ansvar for eget liv og for egne valg. Det arbeides ut fra en aktørmodell, det vil si et ønske om at brukeren skal sitte i ”førersetet” i sin egen medisinske rehabilitering/yrkesmessige attføring. Aktørmodellen henspiller på en selvforståelse om å være aktør, det vil si et fritt handlende menneske. Dette står i motsetning til det å se på seg selv som brikke, som offer for krefter man ikke har innflytelse over (Nygård 1993).

Behandlingspersonalet ved AiR er organisert i tverrfaglige team sammensatt av lege, sykepleier med spesialkompetanse, attføringskonsulent, idrettspedagog og fysioterapeut. AiR har egen rideinstruktør og en aktiv fritidsavdeling. Et rehabiliteringsopphold ved AiR varer normalt i 4 uker og inneholder ulike treningsaktiviteter, individuell kontakt med ulike personer i det tverrfaglige teamet, undervisning og ”målsettingsarbeid”. Brukerne tas inn til senteret i grupper på 16-17 personer.

Allerede i første møte med teamet blir den nye gruppen introdusert for senterets filosofi og målsetting. Fagpersonene i teamet presenterer seg som veiledere, ikke som behandlere. De regner ikke seg selv som spesialister på andres liv, og sitter slik sett ikke inne med ferdige løsninger. Brukerne blir fortalt at de har kommet til et sted hvor hver enkelt må finne ut hva de vil med oppholdet og livet sitt. Det er brukeren selv som kjenner hvor ”skoen trykker”. AiR ønsker å sette i gang prosesser.

Trygghet, mestring og læring er viktige intensjoner bak treningstilbudet ved AiR. Idrettspedagoger og fysioterapeuter leder forskjellige gruppeaktiviteter. Det er lagt stor vekt på bevegelsesglede og lystbetonte aktiviteter. Målet er at brukeren skal bli bedre kjent med egen kropp. Tilbudet er enkelt og variert og er tenkt å ha overføringsverdi til situasjonen hjemme.

AiR fokuserer på læring gjennom ulike pedagogiske og kognitive metoder. Dette er i tråd med St.melding nr. 21 ”Ansvar og meistring – Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk”, som viser til at læring gjennom ulike pedagogiske metoder er en viktig forutsetning for meistring av kronisk sykdom, og for å oppnå maksimal effekt av behandling og rehabilitering. Målet er både økt meistring, en bedre forståelse av sammenhenger og økt forståelse av eget ansvar. Mulighet for gruppedynamikk utnyttes bevisst både ved inntak, i treningsaktiviteter og i samtaler. ”Målsettingsarbeidet” er en viktig del av dette arbeidet. Senteret har utviklet en egen pedagogisk metode der brukeren skal sette fokus på egne ressurser og muligheter. Brukerne blir inndelt i grupper ledet av fagpersoner fra teamet, der de jobber med visjoner og mål for egne liv. Målet er at dette skal føre til ansvarliggjøring og mestringsadferd i forhold til egne plager og i møtet med helsevesen, trygdesystem, arbeidsgiver og andre. Målsettingsarbeidet kan også gi fagpersonene ved AiR mulighet til å hjelpe brukeren å finne positiv retning for sine handlinger.

I tillegg til de ulike gruppemethodene er det etter behov mulighet for individuell kontakt med de enkelte fagpersonene i teamet. Temaer her kan være vanskelige forhold av betydning for sykehistorien og forklaringsmodeller rundt egne helseplager. Det blir også lagt vekt på å finne løsninger når det gjelder framtidig arbeidssituasjon tilpasset brukerens fysiske og psykiske funksjon, og arbeidsplassens muligheter for tilrettelegging av arbeidsoppgaver.

AiR ønsker å sette i gang prosesser der positive erfaringer, bevisstgjøring og meistring er viktige stikkord. Målet er at disse erfaringene skal ha praktisk overføringsverdi til livet etter oppholdet ved institusjonen.

7.3 PROSEDYRER

1. registrering: Brukerne fikk tilsendt et spørreskjema om subjektive helseplager, mestring, sykdomsforståelse og smerte-relatert frykt samtidig med innkallingsbrevet til AiR, ca. 2 måneder før inntak. Sammen med dette spørreskjemaet fikk de et informasjonsskriv med beskjed om å levere skjemaet til legesekretær snarlig etter ankomst AiR. Alle fikk en ny påminnelse om dette i posthylla si, umiddelbart etter ankomst.

2. registrering: Tidlig i sin siste uke ved AiR (uke 4), ble 2. skjema delt ut i posthyllene, med informasjonsskriv om å levere til legesekretær dagen før avreise. Alle brukerne ble purret av fysioterapeuten på sitt team før avreise. Enkelte ønsket å sende skjemaet etter at de hadde kommet hjem. Disse ble purret telefonisk av legesekretær en gang.

3 måneders registrering.: Alle forsøkspersonene fikk etter 3 måneder (som en del av AiR sine vanlige oppfølgingsrutiner) tilsendt et spørreskjema med spørsmål rundt sykmeldings- og arbeidsforhold og om hvordan oppfølgingen etter oppholdet hadde vært. Dette ble punchet av legesekretær ved AiR og er en del av AiR sin pasientjournal.

1 års registrering: Ett år etter oppholdet ble samme spørreskjema om subjektive helseplager, mestring, sykdomsforståelse og smerte-relatert frykt sendt ut til forsøkspersonene med nytt informasjonsskriv og frankert returkonvolutt til AiR. Sammen med dette ble det også sendt ut et nytt skjema, en kortversjon av 3 måneders skjemaet, med spørsmål vedrørende sykmeldings- og arbeidsforhold. Dette skjemaet inneholdt også en fullmakt til å koble data til journal AiR, og til å innhente saksrapport fra trygdekontoret. Manglende respons ble purret to ganger med brev og ny utsendelse av samtlige spørreskjemaer.

Alle spørreskjemaene om subjektive helseplager m.m., og det siste spørreskjemaet om sykmeldings- arbeidsforhold, er blitt sendt pakkevis i anonymisert form til UiB for punching. Demografiske data fra AiR sin pasientjournal med opplysninger fra 3 måneders registrering vedrørende sykmeldings- og arbeidsforhold er koblet elektronisk til de andre dataene i prosjektet. Saksrapport fra trygdekontor er hentet fram i RTV, men er ikke blitt brukt i hovedfagsoppgaven.

7.4 INSTRUMENTER

Spørreskjemaet som ble distribuert til brukerne besto av:

1. Demografiske mål
2. ”Subjective Health Complaints” (SHC), skjema for å måle subjektive helseplager (Eriksen, Ihlebæk & Ursin 1999a).
3. ”Illness Perception Questionnaire” (IPQ-R a, b og c), skjema for å måle sykdomsforståelse (Moss-Morris m.fl. 2002; Weinman m.fl.1996).
4. ”General Perceived Self-Efficacy Scale” (GPSES), skjema for å måle mestringsforventninger (Røysamb, Schwarzer & Jerusalem 1998; Schwarzer & Jerusalem 1995).
5. ”Utrecht Coping List” (UCL), skjema for å måle mestringsstil. Endel av testbatteriet ”the CODE” (Eriksen, Olf & Ursin1997; Schreurs m.fl. 1993).
6. ”Coping”, skjema for å måle tro på egne evner og tro på framtida, dvs. mestringsforventninger (Pearlin m.fl. 1981; Pearlin& Schooler 1978).
7. ”Hopelessness”, skjema for å måle følelse av håpløshet (Everson m.fl. 1996).
8. ”Livets stige”, skjema for å måle opplevelse av og forventninger til et ”godt liv” (Andrews & Withey 1978; Undén m.fl. 1993).
9. ”Fear Avoidance Believes Questionnaire” (FABQ), skjema for å måle frykt for smerte og unngåelsesadferd i forhold til fysisk aktivitet og arbeid (Waddell m.fl. 1993b).
10. [”Modern Health Worries” (MHW), skjema for å måle bekymring rundt aspekter ved det moderne samfunn (Petrie m.fl. 2001).] Data fra MHW ble ikke analysert eller brukt i denne undersøkelsen.

7.4.1 Demografiske mål

Demografiske variabler i undersøkelsen omfatter:

- a) Fra spørreskjemaet: kjønn, alder, sivilstand, antall barn, utdanning, fysisk form, fysisk trening, kaffeforbruk, røykevaner, alkoholkonsum, søvnmønster, helseforhold.
- b) Fra journal AiR: kjønn, alder, yrke og arbeidsforhold, sykmeldingsforhold, innsøker, ICPC-diagnoser.
- c) Fra 3 måneders skjema: arbeids- og sykmeldingsforhold, fysisk trening, oppfølging etter opphold.
- d) Fra kortversjon av 3 måneders skjema etter 1 år: arbeids- og sykmeldingsforhold.

7.4.2 SHC

Subjektive helseplager er målt med “Subjective Health Complaints Inventory” (Eriksen, Ihlebæk & Ursin 1999a). SHC består av 29 spørsmål som omfatter forekomst av subjektive helseplager (somatiske og psykologiske) og grad av alvorlighet. De 29 spørsmålene inndeles i fem undergrupper: SHC muskelskjelett plager (8 ledd), SHC pseudonevrologiske plager (7 ledd), SHC gastrointestinale plager (7 ledd), SHC allergi (5 ledd) og SHC luftveisplager (2 ledd). På hvert spørsmål blir personene bedt om å vurdere plagenes eventuelle alvorlighet siste 30 døgn på en skala fra 0-3. Dette gjøres ved å sette ring rundt ett av fire alternativer: ikke plaget (0), litt plaget (1), en del plaget (2), alvorlig plaget (3). Personen blir også bedt om å oppgi antall dager plagene varte. I tillegg til å få en totalscore på hver av de fem undergruppene, regnes det ut en totalscore på hele SHC-skalaen, (SHC Total).

7.4.3 IPQ –R

”Illness Perception Questionnaire” måler kognitive representasjoner av plager (Moss-Morris 2002; Weinman m.fl. 1996). Spørsmålene består av tre deler:

a) består av 14 spørsmål om sykdomsforståelse. Personen skal svare ja / nei på om de har et visst symptom og deretter svare ja / nei på om de setter dette symptomet i sammenheng med sine helseplager. Dette gir en sumscore som kalles *Identitet* (Identity), det vil si symptomer som pasienten ser som en del av sine helseplager. 0 er lavest (best) mulig og 14 er høyest mulig skåre.

b) består av 38 utsagn. Personen skal oppgi sin personlige oppfatning av plagene ved å krysse av på fem svaralternativer; helt uenig (1), uenig (2), verken enig eller uenig (3), enig (4), helt enig (5). Disse utsagnene summeres i syv underskalaer: *Varighet/prognose* (timeline acute/cronic, 6 ledd). *Variasjon* (timeline cyclical, 4 ledd). *Konsekvenser*, for en selv og omgivelsene (Consequences, 6 ledd). *Følelsesmessige representasjoner* (Emotional representations, 6 ledd). På disse fire underskalaene, er lav skåre bra. *Personlig kontroll*, sier noe om egen mestring (Personal control, 6 ledd). *Tro på effekt av behandling* (Treatment control, 5 ledd). *Sykdomsforståelse* (Illness coherence, 5 ledd). På disse tre underskalaene, er høy skåre bra.

c) består av 18 mulige årsaker til plagene. Personene skal også her krysse av på fem svaralternativer som for b), fra helt uenig (1), til helt enig (5). Her regnes ingen sumsskåre, men svarene sier noe om hva personen selv betrakter som *årsak* (cause) til egne plager.

7.4.4 GPSES

“General Perceived Self-Efficacy Scale” (Røysamb, Schwarzer & Jerusalem 1998, Schwarzer & Jerusalem, 1995). Skalaen ble utviklet for å kartlegge hvordan personen vurderer egen evne til å løse vanskelige situasjoner, det vil si mestringsforventninger (”self-efficacy”). GPSES inneholder 10 spørsmål med 4 svaralternativer fra 1 – 4; helt galt (1), nokså galt (2), nokså riktig (3), helt riktig (4). Det regnes ut en sumskåre, der 10 er dårligst mulig og 40 er best mulig mestringskåre.

7.4.5 UCL

“The Utrecht Coping List” (Schreurs m.fl. 1993). Mestringsstil ble målt med den norske versjonen av UCL (Eriksen, Olff & Ursin 1997). Skjemaet består av 47 påstander om hvordan man kunne tenke seg å reagere når man står ovenfor et tilsvarende problem. Hver påstand er rangert på en skala fra 1 – 4; sjelden eller aldri (1), noen ganger (2), ofte (3), veldig ofte (4). Testen består av 7 underskalaer som måler 7 ulike mestringsalternativer: “Aktiv problemløsning”(7 ledd), “Palliative (lindrende) reaksjoner”(8 ledd), “Unngåelsesadferd” (Passiv avoidance)(8 ledd), ”Søker sosial støtte”(6 ledd), “Depressiv reaksjon”(7 ledd), “Utrykker følelser”(3 ledd), “ Trøstende tanker”(5 ledd). Disse kategoriene inngår i 2 samlekategorier; instrumentell mestringsstil, ”instrumental mastery – oriented coping” (aktiv problemløsning, unngåelsesadferd og depressiv reaksjon) og emosjonell mestringsstil, ”emotion focused coping” (palliative reaksjoner, søker sosial støtte og uttrykker følelser). Underskalaen ”trøstende tanker” inngår ikke i samlekategoriene.

7.4.6 Coping

Skjemaet ”coping” (Pearlin m.fl. 1981; Pearlin& Schooler 1978) er utarbeidet for å måle mestringsforventning, det vil si tro på egne evner og tro på framtida, og er blant annet brukt i Sverige av Margareta Kristensson (Kristenson m.fl. 1998; Kristenson m.fl. 2001). Coping består av 7 påstander med 4 svaralternativer; stemmer bra (1), stemmer ganske bra (2), stemmer dårlig (3), stemmer ikke (4). Det regnes ut en sumskåre hvor 7 er best mulig og 28 er dårligst mulig mestringskåre.

7.4.7 Hopelessness

Håpløshet, ”Hopelessness” (Everson m.fl. 1996). Skjemaet er utarbeidet for å måle opplevelse av håpløshet i forhold til framtida og består av 2 spørsmål med 5 svaralternativer; stemmer helt (1), stemmer delvis (2), vet ikke (3), stemmer dårlig (4), stemmer ikke (5). Det regnes ut en sumskåre hvor 0 er best mulig og 8 er dårligst mulig.

7.4.8 Livets stige

”Livets stige” (Undén m.fl. 1993). Også dette instrumentet er blitt brukt av Kristensson (1998 og 2001). ”Livets stige” består av en stige med 10 svaralternativer. Personen skal forestille seg livets stige hvor øverste trinn representerer det beste liv (10) og (1) det verste liv du kan tenke deg. Det er 3 spørsmål til stigen: a) På hvilket trinn synes du at du står akkurat nå? b) På hvilket trinn stod du for ett år siden? c) Hvilket trinn tror du at du vil stå på om ett år?

7.4.9 FABQ

“Fear Avoidance Believes Questionnaire” (Waddell m.fl., 1993). FABQ er utarbeidet for å måle smerte-relatert frykt og unngåelsesadferd ved fysisk aktivitet og arbeid. Det er først og fremst utarbeidet for personer med ryggsmertor. Skjemaet består av 11 utsagn med 7 svaralternativer fra 0-6; helt uenig (0), usikker (3), helt enig (6). De fire første spørsmålene omhandler fysisk aktivitet mens de syv siste spørsmålene omhandler arbeid. Det regnes ut en sumskåre for begge undergruppene: 1) Smerte-relatert frykt for fysisk aktivitet, ”*FABQ-physical activity*” der 0 er ingen frykt og 24 er maksimal frykt. 2) Smerte-relatert frykt for arbeid, ”*FABQ-work*” der 0 er ingen frykt og 42 maksimal frykt.

7.5 REKODING / KATEGORISERING AV VARIABLER

ICPC-diagnoser ble kategorisert i 1) Muskelskjelettsystemet (L-diagnose), 2) Psykisk (P-diagnose) og 3) Uspesifisert / annet. Den tredje kategorien er en samlekategori. I denne kategorien inngår alle med ICPC-diagnose, allment og uspesifisert (A-diagnose), og alle andre diagnoser som ikke kommer inn under L-diagnose, P-diagnose eller A-diagnose.

Sykmeldingslengde ble rekodet på to måter, i 2 kategorier og i 3 kategorier.

2 kategorier: 1) 0-12mnd og 2) >12mnd.

3 kategorier: 1) 0-6mnd, 2) 7-12mnd og 3) >12mnd.

Yrke ble kategorisert i 1) Håndverk/manuelt arbeid, 2) Kontor/administrasjon, 3) Pedagogisk personale, 4) Helse og sosial, 5) Servicearbeid. Denne inndelingen ble valgt fordi den også er brukt i andre studier det kan være aktuelt å sammenligne data med (Ihlebak & Eriksen 2003). Brukerne var opprinnelig kodet i AiR sin pasientjournal med 5 sifrede koder (Arbeidsdirektoratet 1995). Denne yrkes-klassifiseringen er nærmest et bransjeregister som gir lite informasjon om hva slags arbeidsoppgaver den enkelte har.

Formell utdanning ble rekodet fra 4 til 2 kategorier 1) Grunnskole og videregående skole eller yrkesskole ble slått sammen til grunnskole/videregående, (utdanning ≤ 12 år). 2) Høgskole eller universitet (1-4 år) ble slått sammen med høyere universitetsgrad (>4 år) til høyere utdanning, (utdanning >12 år).

Sivilstatus ble rekodet fra 5 til 2 kategorier. 1) Gift og samboende ble slått sammen til gift/sambo. 2) Skilt/separert, enke/enkemann, ugift/enslig ble slått sammen til ugift.

Fysisk form ble rekodet fra 5 til 3 kategorier. 1) Meget god/god ble slått sammen til god. 2) Middels. 3) Meget dårlig/dårlig ble slått sammen til dårlig.

Helse ble rekodet fra 5 til 3 kategorier. 1) Meget god/god ble slått sammen til god. 2) Middels. 3) Meget dårlig/dårlig ble slått sammen til dårlig.

Søvn ble rekodet fra 5 til 3 kategorier. 1) Meget god/god ble slått sammen til god. 2) Middels. 3) Meget dårlig/dårlig ble slått sammen til dårlig.

Røyking ble rekodet fra 4 til 2 kategorier. 1) Har aldri røykt og har sluttet å røyke ble slått sammen til røyker ikke. 2) Røyker av og til og røyker daglig ble slått sammen til røyker.

Sykdomsforståelse (IPQ-R c, årsak) ble rekodet fra 5 til 2 variable. 1) Helt uenig, uenig og verken enig eller uenig ble slått sammen til uenig 2) Enig og helt enig ble slått sammen til enig.

7.6 Normalmateriale

Spørsmål om subjektive helseplager, mestringsstil, utdanningslengde (år på skole) og fysisk trening siste 6 mnd. inngikk som en del av en større undersøkelse utført av Norsk Gallup (Scanfact), våren 1996. Utvalget bestod av 1243 individer, av disse var 660 kvinner og 580 menn. Datagrunnlaget ble funnet å være representativt sammenlignet med tall fra Statistisk sentralbyrå med hensyn til kjønn, alder, utdanning og regional forekomst. Prevalensen på subjektive helseplager i Norge er blitt publisert (Ihlebak, Eriksen & Ursin 2002), mens data om mestringsstil (UCL) fortsatt er upublisert. Datafil fra Norsk Gallup er gjort tilgjengelig for sammenlignende analyser med forsøkspersonene i denne undersøkelsen. Dette materialet blir i undersøkelsen henvist til som ”normalmateriale”, (se Ihlebæk, Eriksen & Ursin 2002).

7.7 ETISKE OVERVEIELSER

Det har vært noe usikkerhet underveis i arbeidet med hovedfagsoppgaven vedrørende hvilke etiske retningslinjer som gjelder for denne type undersøkelser. Det blir derfor redegjort utførlig for de ulike fasene rundt de etiske overveielsene som er lagt til grunn.

I planleggingsfasen til prosjektet ble det nøye undersøkt hvilke etiske lover og regler Attføringscenteret i Rauland (AiR), var underlagt. Prosjektansvarlig var som fast ansatt fysioterapeut ved institusjonen underlagt disse retningslinjene og lovene. AiR har konsesjon fra Datatilsynet til å opprette personregister. Denne konsesjonen gjelder for statistikkregister – klient (vedlegg 4). (AiR sine brukere ble tidligere kalt klienter). Formålet med registeret er statistikkbearbeidelse, og registeret kan bare inneholde journalnummer og opplysninger fra *spørreskjema* (min utheving). Det står videre at ansatte, personale og representanter som får tilgang til personregisteret har taushetsplikt om forhold de får kjennskap til. AiR er også underlagt Lov om spesialisthelsetjenesten. Her står det under § 7-1 at enhver som utfører tjeneste eller arbeid for helseinstitusjon som omfattes av denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13. Denne paragrafen i forvaltningsloven inneholder eget ledd om forskeres taushetsplikt, §13e. AiR er også underlagt forskrift om pasientjournal fra Sosial- og helsedepartementet. Her står det blant annet et ledd om forsvarlig oppbevaring av journalopplysninger og om personvern. Det står videre i AiR sin konsesjon fra Datatilsynet under pkt 2.3; innsamling av opplysninger, at det i informasjonen til respondentene skal framgå at deltagelse i *prosjektet* (min utheving) er frivillig,videre at respondenten skal informeres om formålet med *prosjektet*, og hvem som er oppdragsgiver. Respondenten skal også informeres om at han på hvilket som helst tidspunkt kan trekke seg fra *undersøkelsen* uten å måtte gi noen grunn eller bli erstatningsmessig ansvarlig. Under pkt. 2.5; sletting av opplysninger, står det at den registeransvarlige skal slette eller anonymisere opplysninger som ikke lenger har betydning for formålet. Og under pkt. 2.6; kobling, at kobling i denne konsesjonen er ment som elektronisk samkjøring av personregistre i den hensikt å opprette et nytt register, eller å tilføre nye typer opplysninger til de personregistre som kobles. Registeret må ikke kobles med andre personregistre. AiR har imidlertid siden 1997 innhentet fullmakt fra hver enkelt bruker ved institusjonen til å innhente saksrapport fra trygdekontoret ett år og/eller senere etter oppholdet ved AiR. Dette fullmaktskjemaet ble utarbeidet i den hensikt å kunne koble data om sykmeldingsforhold og yrkesaktivitet etter opphold med data fra journal ved AiR (vedlegg 5).

Med bakgrunn i denne informasjonen ble undersøkelsen som er grunnlag for hovedfagsoppgaven påbegynt med utsendelse av spørreskjema på sensommeren 2002. Vi tolket konsesjonen fra datatilsynet slik at jeg som ansatt ved AiR kunne utføre *undersøkelser* og *prosjekter* med bruk av opplysninger fra *spørreskjema* så lenge informasjonsplikten, taushetsplikten og personvernet var ivaretatt etter ovenfor nevnte lover og retningslinjer. Det var i konsesjonen ikke presisert noe om hvordan begrepene undersøkelser og prosjekter skulle forstås, og undersøkelsen ble derfor igangsatt i god tro. Sommeren 2003, før utsendelse av tredje runde spørreskjemaer, ble jeg likevel gjort oppmerksom på at prosjektet måtte meldes til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD), personvernombudet for forskning. Da dette ble gjort, hadde ombudet en del betenkninger både rundt informasjonsplikten og kobling av data. Informasjonsbrevet til forsøkspersonene i forbindelse med 3. registrering ble endret i tråd med NSD sine råd, og skriftlig godkjenning av undersøkelsen ble mottatt fra NSD den 14.08.03 (vedlegg 6). I brevet ble det imidlertid påpekt at undersøkelsen også burde søkes inn for Regional Etisk Komité (REK). REK ønsket imidlertid ikke å behandle søknader på prosjekter som allerede var igangsatt. Vi har likevel valgt å gjennomføre den delen av prosjektet som inneholder data fra AiR sin journal og opplysninger fra spørreskjema, da vi mener dette er i tråd med AiR sin konsesjon. Det er i etterkant, i tråd med NSD sine anbefalinger, også innhentet fullmakt fra alle 95 personer som svarte på spørreskjemaene ved 1 års registrering. Denne tillatelsen gjelder både å knytte svar fra spørreskjemaene til opplysninger fra AiR sin journal, og å knytte de samme svarene til opplysninger fra saksmappe fra trygdekontoret (vedlegg 3). Data fra Rikstrygdeverket er likevel ikke blitt benyttet i studien.

Deskriptive data fra AiR sin journal er blitt overført elektronisk til Universitetet i Bergen (UiB) i anonymisert form i ("komma separert flat ascii-fil"). Alle spørreskjemaer er anonymisert og sendt i pakker til UiB for punching (se 7.3). Legesekretær ved AiR har beholdt nøkler og kan identifisere pasientene ved hjelp av de registre de har. Disse er innelåst og oppbevares på samme måte som pasientjournalene. Nøklene vil bli slettet når prosjektet er avsluttet. Prosjektleder eller andre kan ikke identifisere informantene i prosjektet.

7.8 STATISTISKE ANALYSEMETODER

SPSS for Windows versjon 11.0 og versjon 12.1 ble benyttet til de statistiske analysene. Tilgang til deskriptive data fra pasientjournal gjorde det mulig å undersøke om forsøkspersonene som deltok i spørreundersøkelsen var representative for de personene som opprinnelige ble inkludert i undersøkelsen. Representativitet ble regnet ut ved hjelp av Independent samples t-test for kontinuerlige variable. Resultatene ble oppgitt i gjennomsnitt (\bar{x}), standardavvik (SD) og p-verdier. Det ble valgt 5% signifikansnivå. Ved kategoriske variable ble Kjikvadrattest, Pearson Chi-square benyttet. Continuity Correction ble brukt for å kompensere for overestimat ved 2x2 tabell og Fischer's Exact test ble brukt der det var færre en 5 celler (Pallant 2001). Noen variable er slått sammen til nye variable (se 7.5). Det vil ved rekoding alltid være en fare for å fordreie data eller miste informasjon. Dette er det etter beste evne kontrollert for.

Aldersforskjeller i subjektive helseplager ble undersøkt med One-way ANOVA.

Kjønnsforskjeller i utvalget ble undersøkt med Kjikvadrattest ved kategoriske variable. Odds ratio for kjønnsforskjeller i egenrapportert årsak til plager ble regnet ut i Crosstabs Risk etter å ha dikotomisert variabelen til enig/uenig. Relativ risiko og konfidensintervall ble deretter regnet ut i excell basert på prosentverdiene. Kjønnsforskjeller ved svar på kontinuerlige variable ble regnet ut med Independent samples t-test.

For å kunne si noe om svarene fra forsøkspersonene i denne undersøkelsen ligger høyt eller lavt i forhold til andre populasjoner, ble det foretatt sammenlignende analyser med et "normalmateriale" der data gjorde dette mulig (se 7.6). Eventuelle forskjeller i subjektive helseplager, mestring, fysisk trening og utdanning mellom forsøkspersonene og "normalmateriale" ble undersøkt med Independent samples t-test. Da det var prosentvis flere kvinner i utvalget fra AiR (64 % av 135 mot 54 % av 1243 i "normalmaterialet"), ble det gjort separate analyser for menn og kvinner ved å splitte på kjønn. Forskjeller i subjektive helseplager og mestringsstil mellom menn og kvinner blant forsøkspersonene og mellom menn og kvinner i "normalmaterialet" ble også regnet ut med Independent samples t-test.

Etter å ha undersøkt forskjeller i utdanningslengde mellom utvalgene med Independent samples t-test, ble effektstørrelsen av resultatet regnet ut med formel for eta square:

$$\frac{t^2}{t^2 + N - 1}$$

0.01 = liten effekt, 0.06 = moderat effekt, 0.14 = stor effekt (Pallant 2001).

Prediksjon av tilbakegang til yrkesaktivitet etter 3 måneder og etter 1 år ble regnet ut i logistisk regresjonsanalyse fordi yrkesaktivitet var kategorisk variabel, ja eller nei. Resultatene er oppgitt i p-verdier, Odds ratio (OR) og 95 % konfidensintervall. Kontinuerlige variable som ble brukt i den logistiske regresjonsanalysen ble dikotomisert ved å splitte på median i høy og lav skåre. En slik "cut off" gjør at utvalgsstørrelsen blir tilnærmet lik, og derfor bedre egnet for sammenlignende analyse. Analysen ble foretatt i to omganger, først ble hver enkelt uavhengig variabel for år på skole, subjektive helseplager, smerte-relatert frykt og mestring kjørt mot den avhengige variabelen *ikke i yrkesaktivitet*, kun justert for kjønn og alder. Deretter ble det både ved 3 måneders-analyse og ved 1års-analyse justert for alle faktorer i modellen som var signifikante i første del av analysen. For å sjekke hvordan høy og lav skåre påvirket yrkesaktivitet, ble det i forkant av den logistiske regresjonsanalysen foretatt Kjikvadrattester, men disse er ikke rapportert. Hierarkisk multippel regresjonsanalyse ble brukt for å undersøke hva det var som forklarte variansen i den viktigste prediktoren for yrkesaktivitet (FABQ-work). Resultatene er oppgitt i beta (β), p-verdier og R^2 . I forkant av denne analysen ble det gjort partielle korrelasjonsanalyser. De fleste av disse korrelasjonsanalysene er ikke rapportert.

Endringer over tid fra pretest til posttest til test ved 1 år ble undersøkt med ANOVA for repeterte målinger. Resultatene er oppgitt i gjennomsnitt, standardavvik og p-verdier basert på Wilks`Lambda. Der det var signifikante endringer over tid, ble Paired-samples t-test utført for å evaluere på hvilket måletidspunkt endringene var signifikante. Resultatene er her oppgitt som * ved $p < 0.001$ eller ^ ved $p < 0.05$ i tilknytning til Wilks`Lambda ANOVA.

8.0 RESULTATER

8.1 HVA KJENNETEGNER DEN LANGTIDSSYKMELDTE BRUKEREN VED INNTAK TIL AIR?

8.1.1 Sosio-demografiske data

Yrker

Forsøkspersonene (n=131) fordelte seg relativt likt innen 5 yrkeskategorier. 24 personer (18 %) jobbet innen håndverk/manuelt arbeid. 29 personer (22 %) jobbet innenfor kontor og administrasjon. 22 personer (16 %) jobbet i skolevesen / barnehage. 35 personer (26 %) jobbet i helse- og sosialsektoren og 21 personer (16 %) innen servicenæringer.

Det var statistisk signifikante forskjeller på hvordan kvinner og menn fordelte seg innen de ulike yrkeskategoriene ($p < 0.001$, χ^2). Det var flest menn blant de som hadde håndverksyrker og manuelt arbeid (75 % menn mot 25 % kvinner), mens det var flest kvinner innen helse- og sosialsektoren (94.3 % kvinner mot 5.7 % menn) og innen pedagogisk personale i skole og barnehage (90,9 % kvinner mot 9,1 % menn). Det var også noe flere kvinner innen servicearbeid (61.9 % kvinner mot 38.1 % menn). Kjønnsmessig fordeling var relativ lik innen kontor og administrasjon (55.2 % menn mot 44.8 % kvinner).

Fulltids- /deltidsstilling

Ikke alle forsøkspersonene hadde opprinnelig full jobb. 88 personer (65 %) hadde (og var sykmeldt fra) 100 % stilling, mens 34 personer (25 %) hadde redusert stilling.

Stillingsstørrelse fordelte seg her på en rekke ulike brøker mellom 50 og 90 %. 4 personer oppga mindre enn 49 % stilling, mens 11 personer (8 %) var uten arbeidsforhold ved inntak til AiR.

Utdanning

Forsøkspersonene hadde i gjennomsnitt 13.5 års utdanning (SD=3.3), med et spenn fra 8 til 22 år.

Til sammen 45 % av forsøkspersonene hadde høgskoleutdanning eller universitetsutdanning (se tabell 3).

Tabell 3

Deskriptiv fordeling av utvalget på formell utdanning. Antall (n) og prosent.

Variabel	%	n=135
Grunnskole	8.9	12
Videregående skole / yrkesskole	45.2	61
Høgskole / universitet	37.8	51
Høyere universitetsgrad	7.4	10

Medisinske diagnoser

Hoveddiagnose var oppgitt på alle brukerne i AiR sin pasientjournal (se tabell 4). Over halvparten av brukerne hadde i tillegg oppgitt bi-diagnose. Kvinner og menn fordelte seg likt innen alle 3 diagnosekategorier ($p=0.76$, χ^2).

Tabell 4

Deskriptiv fordeling på ICPC diagnoser, hoveddiagnose og bi-diagnose. Antall (n) og prosent.

Variabel	%	n = 135
Hoveddiagnose	100.0	133
Muskel-skjelettsystemet	43.7	59
Psykisk	31.9	44
Uspesifisert / annet	23.0	31
Bi-diagnose	52.6	71
Muskel-skjelettsystemet	15.6	21
Psykisk	23.0	31
Uspesifisert / annet	14.1	19

Sykmeldingsforhold

Det var ikke forskjeller mellom kvinner og menn i sykmeldingslengde ved inntak til AiR ($p=1.00$, χ^2). Forsøkspersonene hadde i gjennomsnitt vært sykmeldt 10.5 mnd. (SD=2.8), med et spenn fra 0 til 48 mnd. 34 % av forsøkspersonene hadde vært sykmeldt over 1 år (se tabell 5).

Tabell 5

Deskriptiv fordeling av utvalget for sykmeldingsforhold*; sykmeldingslengde og sykmeldingsstatus. Antall (n) og prosent.

Variabel	%	n = 135
Sykmeldingslengde	100.0	135
0-6 mnd	28.1	38
7-12 mnd	37.8	51
1 år eller mer	34.1	46
Sykmeldingsstatus	100.0	134#
100 % sykmeldt	67.4	91
Gradert sykmelding	17.0	23
Kombinert uføretrygd / arbeid	4.4	6
Aktiv sykmelding siste 12 mnd.	28.1	38

Det fantes informasjon om sykmeldingsstatus på 134 personer, men det var mulig å krysse av på flere svaralternativer.

*Data om sykmeldingsforhold er hentet fra journal på AiR som igjen er hentet fra trygdekontorets saksrapport. Trygdekontoret opererer med en maksdato 1 år (365 dager) etter at personen ble sykmeldt. Denne datoen angir overgang til rehabiliteringspenger / attføringspenger. Gjennomsnittlig sykmeldingslengde er omregnet fra 47 dager til maksdato som blir 10.5 mnd. sykmeldt. Median er 108 dager til maksdato som blir 8.4 mnd. Standardavviket er omregnet fra 273 dager til maksdato som blir 2.9 (mnd.). Minimum sykmeldingslengde er 365 dager til maksdato, dvs 0 mnd. (dager) sykmeldt. (Basert på antall dager sykmeldt siste året, der maksimum er 260, var minimum 10 dager sykmeldt). Maksimum sykmeldingslengde ved inntak er 1069 dager siden personen passerte maksdato. Dette blir 48 mnd. sykmeldt, det vil si 4 år.

Fysisk form, helse og søvn

Det var kun 13 % av forsøkspersonene som rapporterte god fysisk form og god helse (se tabell 6). Til sammen 69 % rapporterte dårlig eller middels god søvnkvalitet siste 3 måneder.

Tabell 6

Deskriptiv fordeling av utvalget på fysisk form, egen helse og søvn. Antall (n) og prosent.

Variabel	%	n=135
Fysisk form	100.0	135
God	13.3	18
Middels	46.7	63
Dårlig	40.0	54
Egen helse	97.0	131
God	13.3	18
Middels	45.9	62
Dårlig	37.8	51
Søvn	97.0	131
God	28.1	38
Middels	30.4	41
Dårlig	38.5	52

Innsøking til AiR

35 % av forsøkspersonene hadde selv tatt initiativ til rehabiliteringsoppholdet ved AiR (se tabell 7). De fleste brukerne var søkt inn til senteret av primærlegen sin.

Tabell 7

Oversikt over innsøkere og hvem som tok initiativ til oppholdet ved AiR. Antall (n) og prosent.

Variabel	%	n = 135
Initiativ til søknad	100	135
Eget initiativ	34.8	47
Primærlege	31.1	42
BHT / attføringsutvalg	13.3	18
Trygdekontor	10.3	14
Sykehusavd. / spesialist	7.4	10
Andre	2.2	3
Søkt inn av	100	135
Primærlege	83.7	113
BHT / attføringsutvalg	11.1	15
Sykehusavd. / spesialist	2.2	3
Trygdekontor	1.5	2

Blant de 47 forsøkspersonene som selv hadde tatt initiativ til oppholdet hadde 19 personer (40 %) kort utdanning (≤ 12 år) og 28 personer (60 %) lang utdanning (> 12 år). Det var statistisk signifikant overvekt av personer med lang utdanning blant de forsøkspersonene som selv tok initiativ til oppholdet ($p=0.05$, χ^2).

8.1.2 Subjektive helseplager og sykdomsforståelse

Subjektive helseplager

Tretthet var hyppigst rapporterte helseplage ved inntak (se tabell 8). Deretter fulgte nakkesmerter og hodepine. Svært mange rapporterte også søvnproblemer, nedtrykthet / depresjon og smerter i korsryggen. Det var imidlertid signifikant flere kvinnelige forsøkspersoner som rapporterte nedtrykthet / depresjon og smerter øverst i ryggen sammenlignet med mannlige forsøkspersoner.

Tabell 8

Rangert fordeling av de 14 hyppigste rapporterte subjektive helseplager (SHC). Antall og prosent. Separate verdier for menn og kvinner. χ^2 er regnet ut for forskjeller mellom kjønn.

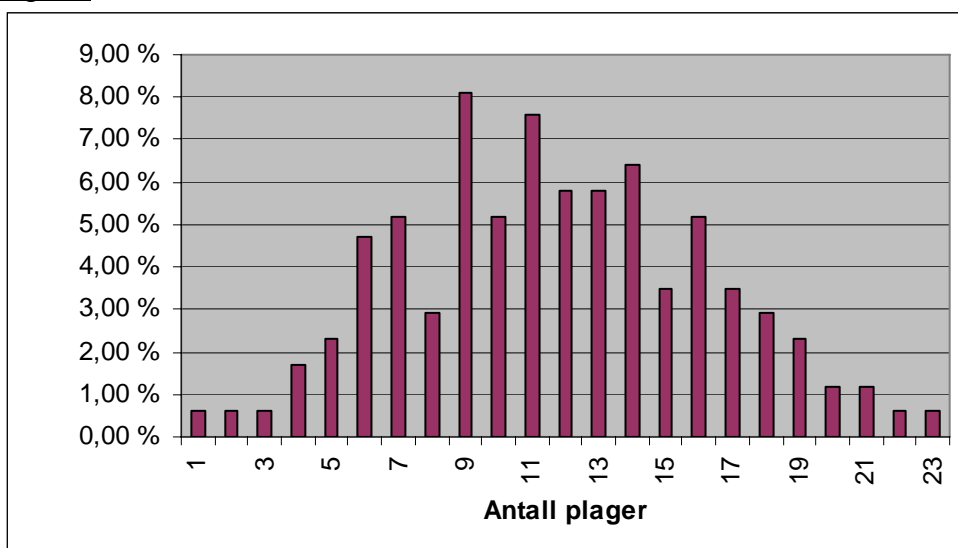
	Alle		Menn		Kvinner		p-verdi #
	n=135	%	n=48	%	n=87	%	
Tretthet	113	83.7	37	77.1	76	87.4	0.192
Nakkesmerter	110	81.5	35	75.0	74	85.1	0.326
Hodepine	102	75.6	35	72.9	67	77.0	0.815
Søvnproblemer	97	71.9	31	64.6	66	75.9	0.232
Nedtrykthet, depresjon	95	70.4	26	54.2	69	79.3	0.007
Smerter i korsryggen	93	68.9	31	64.6	62	71.3	0.358
Smerter i skuldre	91	67.4	28	58.3	63	72.4	0.185
Smerter i armer	77	57.0	22	45.8	55	63.2	0.070
Smerter øverst i ryggen	70	51.9	17	35.4	53	60.9	0.016
Svimmelhet	58	43.0	17	35.4	41	47.1	0.257
Løs avføring, diaré	58	43.0	19	39.6	39	44.8	0.643
Sm.i føttene v/anstrengelse	54	40.0	13	27.1	41	47.1	0.055
Angst	52	38.5	13	27.1	39	44.8	0.051
”Luftplager”	51	37.8	15	31.3	36	41.1	0.304

Signifikansnivå er basert på Kjikvadrattest. $p < 0.05$ ved tall i fet skrift.

Komorbiditet av subjektive helseplager

I gjennomsnitt rapporterte de 135 forsøkspersonene 12 helseplager (SD=4.6) ved inntak, (se figur 4). Minimum antall rapporterte plager var 1 og maksimum rapporterte plager var 24 (av 29 mulige).

Figur 4



Antall enkeltplager innen subjektive helseplager (SHC). Prosentvis fordeling.

Subjektive helseplager og alder

Det var ingen signifikant aldersforskjell i subjektive helseplager hos forsøkspersonene på AiR. SHC total [F(2,132)= 1.9, p=0.21], muskelskjelettplager [F(2,132)= 0.5, p=0.62], ”pseudonevrologi” [F(2,132)= 1.4, p=0.25], gastrointestinale plager [F(2,132)= 0.8, p=0.51], allergi [F(2,132)= 1.0, p=0.40], luftveisplager [F(2,132)= 1.9, p=0.15].

Mestringsforventning

Kvinnelige forsøkspersoner skåret ved inntak til AiR signifikant dårligere på mestringsforventning (” *coping*”)(\bar{x} =15.29, SD=3.36), enn mannlige forsøkspersoner [\bar{x} =13.58, SD=2.64; t(117)= -2.86, p=0.005].

Sykdomsforståelse (årsak)

Et flertall av forsøkspersonene betraktet stress eller bekymring og overarbeid som årsak til sine plager (se tabell 9). Det var også mange som oppfattet arv, ulykke / skade eller tilfeldigheter/ uflaks som mulig årsak. Hos kvinner var det høyere hyppighet for å rapportere familieproblemer og egen følelsesmessige tilstand (f. eks. nedstemthet, ensomhet, engstelse, tomhet) som årsak til plager sammenlignet med menn.

Tabell 9

Rangert fordeling av egenrapportert årsak til plager, (IPQc, *cause*). Antall og prosent. Separate verdier for menn og kvinner. Relativ risiko er regnet ut for kjønnsforskjeller.

	Alle		Menn*		Kvinner		RR #
	n=135	%	n=48	%	n=87	%	
Stress / bekymring	88	67.7	32	71.1	56	65.9	0.93 (0.73-1.18)
Overarbeid	82	63.1	27	58.7	55	65.5	1.12 (0.84-1.49)
Familieprobl. / bekymring	52	40.3	12	26.7	40	47.6	1.79 (1.05-3.05)
Følelsesmessige tilstand	49	36.3	8	17.8	41	48.8	2.75 (1.41-5.34)
Arvelig	39	30.0	13	28.9	26	30.6	1.06 (0.61-1.85)
Min personlighet	31	23.8	7	15.6	24	28.2	1.82 (0.85-3.88)
Ulykke eller skade	31	23.7	15	32.6	16	18.8	0.58 (0.31-1.06)
Tilfeldigheter / uflaks	29	23.2	12	27.3	17	21.0	0.77 (0.41-1.46)
Min egen oppførsel	28	22.0	14	31.1	14	17.1	0.55 (0.29-1.05)
Min mentale holdning	25	19.2	5	11.1	20	23.5	2.12 (0.85-5.27)
Dårlig med. beh. tidligere	19	14.7	7	15.2	12	14.5	0.95 (0.40-2.24)
Diett eller spisevaner	17	12.6	7	15.9	10	12.0	0.76 (0.31-1.85)
Aldring	11	8.7	4	8.9	7	8.5	0.96 (0.30-3.10)
Røyking	11	8.5	4	8.9	7	8.3	0.94 (0.29-3.03)
Endringer i immunsystemet	10	7.9	4	9.1	6	7.2	0.80 (0.24-2.67)
Bakterie eller virus	6	4.4	3	6.7	3	3.6	0.54 (0.11-2.58)
Miljøforurensning	5	3.9	2	4.5	3	3.6	0.80 (0.14-4.58)
Alkohol	2	1.6	0		2	2.4	

Relativ risiko, (95% konfidensintervall). * Referansegruppe. p<0.05 ved tall i fet skrift.

Kjønnsforskjeller i sykdomsforståelse

Kvinner rapporterte signifikant mer tro på at forskjellige oppgitte symptomer hadde sammenheng med helseplagene (\bar{x} =6.40, SD=2.58) enn menn [\bar{x} =5.17, SD=2.43; t(116)= -2.52, p=0.013], (IPQa, *identitet*). Kvinner rapporterte i større grad følelsesmessige representasjoner pga. plager (\bar{x} =21.08, SD=4.36) enn menn [\bar{x} =19.02, SD=4.61; t(117)= -2.41, p=0.018], (IPQb, *emotional representations*).

8.1.3 Forsøkspersonene sammenlignet med ”normalmaterialet”

Subjektive helseplager

Forsøkspersonene ved AiR rapporterte mer subjektive helseplager (SHC) enn personer fra ”normalmaterialet” (se tabell 10), med unntak av luftveisplager. Forskjellene var signifikante både for kvinner og menn, med unntak av gastrointestinale plager hos kvinner.

Tabell 10

Gjennomsnitt (\bar{x}) og standard avvik (SD) for SHC. Separate verdier for menn og kvinner AiR pretest (n=135; menn=48, kvinner=87), ”Normal” (n=1243; menn=573, kvinner=647).

	AiR \bar{x} (SD)	”Normal” \bar{x} (SD)	t	p-verdi #
SHC total				
alle	20.82 (10.01)	10.18 (8.39)	11.84	<0.001
menn	18.06 (9.71)	8.11 (6.91)	7.02	<0.001
kvinner	22.34 (9.90)	12.09 (9.06)	9.72	<0.001
Muskelskjelett plager				
alle	8.89 (4.93)	3.78 (3.84)	11.66	<0.001
menn	7.58 (5.23)	2.81 (3.08)	6.24	<0.001
kvinner	9.61 (4.64)	4.64 (4.22)	10.19	<0.001
”Pseudonevrologi”				
alle	6.60 (3.83)	2.23 (2.64)	12.88	<0.001
menn	5.17 (3.70)	1.74 (2.24)	6.31	<0.001
kvinner	7.39 (3.69)	2.66 (2.88)	11.46	<0.001
Gastrointestinale plager				
alle	2.63 (2.49)	1.91 (2.44)	3.21	0.001
menn	2.72 (2.61)	1.63 (2.04)	2.82	0.007
kvinner	2.57 (2.44)	2.17 (2.74)	1.30	0.194
Allergi				
alle	1.85 (2.58)	0.81 (1.54)	4.64	<0.001
menn	1.75 (2.51)	0.62 (1.24)	3.10	0.003
kvinner	1.91 (2.64)	0.97 (1.75)	3.23	0.002
Luftveisplager				
alle	0.92 (1.31)	1.24 (1.52)	-2.64	0.009
menn	0.94 (1.29)	1.15 (1.45)	-0.99	0.322
kvinner	0.91 (1.31)	1.32 (1.58)	-2.62	0.010

Signifikansnivå er basert på t-tester. $p < 0.05$ ved tall i fet skrift.

Kjønnforskjeller i subjektive helseplager innad i utvalgene

Kvinnelige forsøkspersoner rapporterte signifikant mer muskelskjelettplager ($\bar{x}=9.61$, $SD=4.64$) enn mannlige forsøkspersoner [$\bar{x}=7.58$, $SD=5.23$; $t(133) = -2.32$, $p=0.02$] og mer "pseudonevrologi" ($\bar{x}=7.39$, $SD=3.69$) enn mannlige forsøkspersoner [$\bar{x}=5.17$, $SD=3.70$; $t(133) = -3.34$, $p=0.001$]. Det var ikke signifikante forskjeller mellom mannlige og kvinnelige forsøkspersoner i rapporterte gastrointestinale plager [$t(132) = 0.33$, $p=0.74$], allergi [$t(133) = -0.35$, $p=0.73$] og luftveisplager [$t(133) = 0.13$, $p=0.90$].

Også kvinner i "normalmaterialet" rapporterte signifikant mer muskelskjelettplager ($\bar{x}=4.64$, $SD=4.22$) enn menn [$\bar{x}=2.81$, $SD=3.08$; $t(1198) = -8.81$, $p<0.001$] og mer "pseudonevrologi" ($\bar{x}=2.66$, $SD=2.88$) enn menn [$\bar{x}=1.74$, $SD=2.23$; $t(1083) = -5.92$, $p<0.001$]. Kvinner i "normalmaterialet" rapporterte i tillegg mer gastrointestinale plager ($\bar{x}=2.17$, $SD=2.74$) enn menn [$\bar{x}=1.63$, $SD=2.04$; $t(987) = -3.58$, $p<0.001$] og mer allergi ($\bar{x}=0.97$, $SD=1.75$) enn menn [$\bar{x}=0.62$, $SD=1.24$; $t(973) = -3.66$, $p<0.001$]. Det var ikke signifikante forskjeller mellom menn og kvinner i "normalmaterialet" i rapporterte luftveisplager. [$t(1033) = -1.73$, $p=0.08$].

Mestringsstil UCL

Forsøkspersonene på AiR skilte seg fra "normalmaterialet" i mestringsstil, (se tabell 11). Både kvinner og menn i "normalmaterialet" hadde mer instrumentell mestringsstil enn brukerne ved AiR. Kvinnelige forsøkspersoner skåret dårligere på samtlige underskalaer for instrumentell mestring enn kvinner i "normalmaterialet", mens mannlige forsøkspersoner kun rapporterte høyere depressivt reaksjonsmønster enn menn i "normalmaterialet". Mannlige forsøkspersoner hadde mer emosjonell mestringsstil enn menn i "normalmaterialet", mens det for kvinner ikke var signifikante forskjeller i emosjonell mestring mellom utvalgene. Alle forsøkspersonene og menn alene skåret høyere på palliative reaksjoner (lindring) enn "normalmaterialet" og rapporterte i mindre grad aktiv problemløsning.

Tabell 11 Mestringsstil (UCL)

Gjennomsnitt (\bar{x}) og standard avvik (SD). Separate verdier for menn og kvinner
 AiR pretest (n=135; menn=48, kvinner=87), "Normal" (n=1243; menn=573, kvinner=647).

	AiR \bar{x} (SD)	"Normal" \bar{x} (SD)	t	p-verdi #
Instrumentell mestring				
alle	2.83 (0.35)	3.02 (0.30)	-5.83	< 0.001
menn	2.96 (0.32)	3.07 (0.30)	-2.39	0.017
kvinner	2.76 (0.35)	2.97 (0.30)	-6.05	< 0.001
Aktiv problemløsning				
alle	16.69 (3.53)	17.71 (3.51)	-3.13	0.002
menn	17.30 (3.22)	18.21 (3.56)	-1.69	0.092
kvinner	16.35 (3.66)	17.24 (3.41)	-2.25	0.025
Unngåelsesadferd				
alle	16.05 (3.24)	15.65 (3.28)	1.34	0.181
menn	15.08 (3.00)	15.51 (3.41)	-0.83	0.407
kvinner	16.61 (3.25)	15.78 (3.14)	2.24	0.025
Depressiv reaksjon				
alle	13.09 (3.78)	10.65 (2.71)	7.26	< 0.001
menn	11.94 (3.68)	10.25 (2.56)	3.13	0.003
kvinner	13.73 (3.70)	11.01 (2.81)	6.57	< 0.001
Emosjonell mestring				
alle	2.16 (0.38)	2.11 (0.36)	1.64	0.102
menn	2.11 (0.42)	1.97 (0.33)	2.20	0.033
kvinner	2.19 (0.35)	2.23 (0.34)	-1.01	0.316
Søker sosial støtte				
alle	13.92 (3.78)	13.64 (3.75)	0.83	0.406
menn	13.38 (3.97)	12.25 (3.28)	2.25	0.025
kvinner	14.23 (3.67)	14.88 (3.72)	-1.55	0.121
Uttrykker følelser				
alle	6.01 (1.64)	6.04 (1.46)	-0.17	0.868
menn	5.82 (1.72)	5.71 (1.42)	0.51	0.611
kvinner	6.11 (1.60)	6.32 (1.43)	-1.25	0.212
Palliative reaksjoner				
alle	17.21 (3.45)	16.34 (3.21)	2.76	0.006
menn	17.18 (3.73)	15.72 (3.21)	2.99	0.003
kvinner	17.14 (3.30)	16.90 (3.11)	0.67	0.502
Trøstende tanker				
alle	12.59 (2.68)	12.57 (2.73)	0.07	0.942
menn	12.46 (2.46)	12.11 (2.79)	0.86	0.391
kvinner	12.66 (2.81)	12.98 (2.62)	-1.10	0.283

Signifikansnivå er basert på t-tester. $p < 0.05$ ved tall i fet skrift.

Kjønnsforskjeller i mestringsstil innad i utvalgene

Kvinnelige forsøkspersoner skåret ved inntak til AiR lavere på instrumentell mestring ($\bar{x}=2.76$, $SD=0.35$), enn mannlige forsøkspersoner [$\bar{x}=2.96$, $SD=0.32$; $t(131) = 3.22$, $p=0.002$], men de skåret ikke signifikant høyere på emosjonell mestring ($\bar{x}=2.19$, $SD=0.35$), enn menn [$\bar{x}=2.11$, $SD=0.42$; $t(132) = -1.26$, $p=0.21$].

På samme måte skåret kvinner i ”normalmaterialet” lavere på instrumentell mestring ($\bar{x}=2.97$, $SD=0.29$), enn menn [$\bar{x}=3.07$, $SD=0.31$; $t(1207) = 5.44$, $p<0.001$]. I ”normalmaterialet” var det i tillegg signifikante kjønnsforskjeller for emosjonell mestring. Kvinner hadde en mer emosjonell mestringsstil ($\bar{x}=2.23$, $SD=0.34$), enn menn [$\bar{x}=1.97$, $SD=0.33$; $t(1204) = -13.57$, $p<0.001$].

Utdanning

En sammenligning av utdanningslengde (år på skole), viste at forsøkspersonene hadde noe lenger utdanning enn ”normalmaterialet”. Det var statistisk signifikante forskjeller mellom ”normalmaterialet” ($\bar{x}=12.83$, $SD=3.51$) og forsøkspersonene ved AiR [$\bar{x}=13.52$, $SD=3.33$; $t(1347)=2.21$, $p=0.03$]. Betydningen (effekt størrelsen) av disse gjennomsnittene var likevel svært liten ($\eta^2=0.004$), (se 7.8).

Fysisk trening

Det var signifikant forskjell i egenrapportert regelmessig fysisk trening siste halve året mellom forsøkspersonene og ”normalmaterialet” (se tabell 12). 71 personer på AiR (53%) svarte ja på at de hadde vært fysisk aktive, mot 1057 (85%) i ”normalmaterialet”. Personer i ”normalmaterialet” var mer aktive både målt i frekvens (antall ganger pr. uke) og tid (totalt antall timer pr. uke) enn forsøkspersonene.

Tabell 12

Forskjeller i fysisk trening. Gjennomsnitt (\bar{x}) og standard avvik (SD).

	AiR (n=135)		”Normal” (n=1243)		t	p-verdi #
	n	\bar{x} (SD)	n	\bar{x} (SD)		
Sum frekvens alle aktiviteter	132	1.33 (2.14)	1178	2.32 (2.69)	-4.90	<0.001
Sum timer alle aktiviteter	114	1.40 (2.56)	395	3.23 (4.47)	-5.56	<0.001

Signifikansnivå er basert på T-tester. $p<0.05$ ved tall i fet skrift.

8.2 PREDIKSJON AV FORLØP OG PROGNOSE

8.2.1 Arbeids- og sykmeldingsforhold ved 3 måneders registrering

113 personer, (84 %) av de 135 forsøkspersonene som leverte spørreskjemaet ved pretest, svarte på eget utsendt skjema om yrkesmessige forhold 3 måneder etter oppholdet på AiR, (se 7.1.2). Etter 3 måneder var 60 % av forsøkspersonene tilbake i yrkesaktivitet (se tabell 13). Yrkesaktivitet ble regnet som summen av det å være tilbake i et eller annet arbeid sammen med yrkesrettet attføring, mens aktiv sykmelding inngår i det å ikke være tilbake i yrkesaktivitet.

Tabell 13

Arbeidsforhold og sykmeldingsforhold etter 3 måneder. Sum og undergrupper tilbake / ikke tilbake i yrkesaktivitet. Antall og prosent.

	n=113	%
<u>Sum tilbake i yrkesaktivitet:</u>	68	60.2
Tilbake i arbeidet ditt	44	38.9
Tilbake med lettere arb.oppgaver	4	3.5
Nytt arbeid samme bedrift	5	4.4
Ny bedrift	2	1.8
Yrkesrettet attføring	13	11.5
<u>Sum ikke tilbake i yrkesaktivitet:</u>	45	39.8
Aktiv sykmelding / arbeidstrening/ hospitering på trygdemidler	19	16.8
For tiden ikke i arbeid	26	23.0

Kjønn og alder

Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom menn og kvinner i yrkesaktivitet etter 3 måneder, 26 menn (72 %) var tilbake i yrkesaktivitet mot 42 kvinner (55 %), ($p=0.11 \chi^2$). Det var heller ingen signifikant forskjell mellom de ulike alderskategoriene. I alderskategorien 24 - 40 år var 16 (55 %) tilbake i yrkesaktivitet, i kategorien 41 - 50 år var 32 (64 %) tilbake og i alderskategorien >51 år var 20 (59 %) personer tilbake i yrkesaktivitet, ($p=0.73 \chi^2$).

Sykmeldingslengde og utdanning

Sykmeldingslengde ved inntak hadde ingen signifikant betydning for yrkesaktivitet etter 3 måneder. 47 personer (64.4 %) av de som hadde vært sykmeldt fra 0-12 måneder var tilbake i yrkesaktivitet, og 20 personer (51.3 %) av de som hadde vært sykmeldt over 12 måneder var tilbake i yrkesaktivitet ($p=0.25 \chi^2$). Heller ikke utdanning hadde signifikant betydning for yrkesaktivitet etter 3 måneder. Blant personer med grunnskole / videregående skole var 59 % tilbake, mens blant personer med høyskole / høyere universitetsutdanning var 61 % tilbake i yrkesaktivitet ($p=0.99 \chi^2$).

Yrke

Yrke hadde ingen signifikant betydning for yrkesaktivitet etter 3 måneder. Innen håndverk/ manuelt arbeid var 69 % tilbake, innen kontor og administrasjon var 64 % tilbake, innen pedagogisk personale var 45 % tilbake, innen helse og sosial var 55% tilbake og innen servicearbeid var 70 % tilbake i yrkesaktivitet ($p=0.45 \chi^2$).

Diagnose

Medisinsk diagnose (ICPC) hadde ikke signifikant betydning for yrkesaktivitet etter 3 måneder. Blant personer med muskelskjelettplager (L-diagnose) var 52 % tilbake, blant personer med psykiske plager (P-diagnose) var 63 % tilbake og blant personer med A-diagnoser og uspesifisert/ annet var 72 % tilbake i yrkesaktivitet ($p=0.24 \chi^2$).

Eget initiativ

43 personer av de 113 som svarte ved 3 måneders registreringen, hadde selv tatt initiativ til oppholdet ved AiR. Blant disse 43 var det ikke signifikant forskjell i yrkesaktivitet etter 3 måneder sammenlignet med de som ikke hadde tatt initiativ. 28 personer (65 %) av de som hadde tatt eget initiativ var tilbake i yrkesaktivitet mot 40 personer (57 %) av de som ikke hadde tatt initiativ ($p=0.52 \chi^2$).

Yrkesmessig oppfølging

Det var statistisk signifikant flere tilbake i yrkesaktivitet blant personer som rapporterte at yrkesmessig oppfølging etter oppholdet hadde vært god eller unødvendig enn de som rapporterte dårlig oppfølging (se tabell 14). Av de 26 personene som rapporterte dårlig oppfølging, mente 20 at det var arbeidsstedet som hadde sviktet.

Tabell 14

Yrkesmessig oppfølging og yrkesaktivitet etter 3 måneder. Antall og prosentvis fordeling innen oppfølging.

n=105	n	Tilbake i yrkesaktivitet etter 3 mnd.		P-verdi #
		% Nei (n)	% Ja (n)	
Oppfølging etter Air				0.034
God	41	34.1 (14)	65.9 (27)	
Dårlig	26	57.7 (15)	42.3 (11)	
Unødvendig	38	26.3 (10)	73.7 (28)	

Signifikansnivå er basert på Kjikvadrattest. $p < 0.05$ ved tall i fet skrift.

Trening

63 forsøkspersoner (55.8 %), av 113 rapporterte å være mer fysisk aktive 3 måneder etter oppholdet enn det de hadde vært før oppholdet. 39 personer hadde samme aktivitetsnivå (34.5 %), mens 10 personer (8.8 %) rapporterte å være mindre fysisk aktive enn før oppholdet. Det var ikke mer yrkesaktivitet blant de som trente mer enn blant de som trente mindre etter oppholdet. Blant de som var mer aktive var 59 % tilbake, blant de som trente like mye var 64 % tilbake og blant de som rapporterte å være mindre aktive var 60 % tilbake i yrkesaktivitet ($p=0.86 \chi^2$).

Uførhet

Åtte personer (7.1 %) av 113 hadde søkt uføretrygd 3 måneder etter oppholdet. Av disse hadde to personer 50 % uføretrygd ved inntak. Tre andre personer hadde også 50 % uføretrygd ved inntak. Av disse hadde to personer samme uføregrad etter 3 måneder, mens en person rapporterte 100 % uføretrygd.

8.2.2 Arbeids- og sykmeldingsforhold ved 1 års registrering

95 personer, 70.4 % av de 135 forsøkspersonene som leverte spørreskjemaet ved inntak, svarte på eget utsendt skjema om yrkesmessige forhold 1 år etter oppholdet på AiR (se 7.1.2). Etter 1 år var 70% av forsøkspersonene tilbake i yrkesaktivitet (se tabell 15).

Tabell 15

Arbeidsforhold og sykmeldingsforhold etter 1 år. Sum og undergrupper tilbake / ikke tilbake i antall og prosent

	n=95	%
<u>Sum tilbake i yrkesaktivitet:</u>	66	69.5
Tilbake i arbeidet ditt	43	45.3
Tilbake med lettere arb.oppgaver	4	4.2
Nytt arbeid samme bedrift	4	4.2
Ny bedrift	5	5.3
Yrkesrettet attføring	10	10.5
<u>Sum ikke tilbake i yrkesaktivitet:</u>	29	30.5
Aktiv sykmelding / arbeidstrening/ hospitering på trygdemidler	8	8.4
For tiden ikke i arbeid	21	22.1

Kjønn og alder

Det var fortsatt ikke statistisk signifikante forskjeller mellom menn og kvinner i yrkesaktivitet etter 1 år. 27 menn (82 %) var tilbake i yrkesaktivitet mot 39 kvinner (63 %), ($p=0.09 \chi^2$). Det var heller ingen signifikant forskjell mellom de ulike alderskategoriene. I alderskategorien 24 - 40 år var 13 (68 %) tilbake i yrkesaktivitet, i kategorien 41 - 50 år var 32 (71 %) tilbake og i alderskategorien >51 år var 21 (68 %) personer tilbake i yrkesaktivitet, ($p=0.95 \chi^2$).

Sykmeldingslengde og utdanning

Både sykmeldingslengde ved inntak og utdanning hadde signifikant betydning for yrkesaktivitet etter 1 år (se tabell 16). Det var prosentvis flere tilbake i yrkesaktivitet blant de som hadde vært sykmeldt fra 0-12 måneder, enn blant personer sykmeldt > 12 måneder. Etter 1 år var det også prosentvis flere tilbake i yrkesaktivitet blant forsøkspersoner med høy utdanning enn blant personer med lav utdanning.

Tabell 16

Tilbake i yrkesaktivitet etter 1 år. Antall og prosentfordeling innen sykmeldingslengde og utdanning.

	Tilbake i yrkesaktivitet etter 1 år.			P-verdi #
	n=95	% Nei (n)	% Ja (n)	
Sykmeldingslengde				0.007
0-12 mnd.	73	19.7 (12)	80.3 (49)	
>12 mnd.	39	48.5 (16)	51.5 (17)	
Utdanning				0.031
Grunnskole / videreg.	48	41.7 (20)	58.3 (28)	
Høgskole / universitet	47	19.1 (9)	80.9 (38)	

Signifikansnivå er basert på Kjikvadrattest. $p < 0.05$ ved tall i fet skrift.

Yrke

Etter 1 år hadde yrke fortsatt ingen signifikant betydning for yrkesaktivitet. Innen håndverk/ manuelt arbeid var 63 % tilbake, innen kontor og administrasjon var 77 % tilbake, innen pedagogisk personale var 69 % tilbake, innen helse og sosial var 68 % tilbake og innen servicearbeid var 71 % tilbake i yrkesaktivitet ($p=0.90 \chi^2$).

Diagnose

Etter 1 år hadde medisinsk diagnose ved inntak (ICPC) fortsatt ingen signifikant betydning for yrkesaktivitet. Blant personer med muskelskjelettplager (L-diagnose) var 63 % tilbake, blant personer med psykiske lidelser (P-diagnose) var 81 % tilbake og blant personer med A-diagnoser og uspesifisert / annet var 67 % tilbake i yrkesaktivitet ($p=0.25 \chi^2$).

Eget initiativ

33 personer av de 95 forsøkspersonene som svarte ved 1 års registreringen, hadde selv tatt initiativ til oppholdet ved AiR. Blant disse 33 var det ikke signifikant forskjell i yrkesaktivitet etter 1 år sammenlignet med de som ikke hadde tatt initiativ. 25 personer (76 %) av de som hadde tatt eget initiativ var tilbake i yrkesaktivitet, mot 41 personer (66 %) av de som ikke hadde tatt initiativ ($p=0.46 \chi^2$).

Yrkesmessig oppfølging og trening

Spørreskjemaet om yrkesmessige forhold inneholdt ved 1 års registrering ikke lenger noe spørsmål om yrkesmessig oppfølging eller trening i etterkant av oppholdet. Men 91 personer av disse 95 forsøkspersonene hadde besvart spørsmålene ved 3 måneders registreringen (se 7.1.2). Yrkesmessig oppfølging rapportert ved 3 måneder hadde ikke lenger noen prediktiv betydning for yrkesaktivitet registrert ved 1 år. Blant de som rapporterte god oppfølging ved 3 måneder var 73 % tilbake i yrkesaktivitet etter 1 år, blant de som rapporterte dårlig var 59 % tilbake og blant de som rapporterte at oppfølging var unødvendig rapporterte 77 % å være tilbake ($p=0.34 \chi^2$). Trening rapportert ved 3 måneder hadde heller ingen betydning for yrkesaktivitet registrert ved 1 år. Blant de som var mer aktive ved 3 måneder var 79 % tilbake etter 1 år, blant de som trente like mye var 78 % tilbake og blant de som rapporterte å være mindre aktive ved 3 måneder var 50 % tilbake i yrkesaktivitet etter 1 år ($p=0.26 \chi^2$).

Uførhet

Tretten personer (13.7 %) av 95 hadde søkt uføretrygd 1 år etter oppholdet på AiR. Totalt 11 personer mottok uføretrygd 1 år etter oppholdet. Av disse oppga tre personer å ha 100 % uføretrygd, en 90 %, en 70 %, fire 50 % og to 25 % uføretrygd.

8.2.3 Prediksjon av tilbakegang til yrkesaktivitet

3 måneders registrering

Høye skåre på ”pseudonevrologi”, allergi, og smerte-relatert frykt for arbeid ga økt risiko for å ikke komme tilbake i yrkesaktivitet 3 måneder etter oppholdet på AiR, justert for kjønn og alder (se tabell 17). Instrumentell mestringsstil hadde en beskyttende effekt, det vil si at sjansene for å komme tilbake i arbeid var 5 ganger høyere ved høy instrumentell mestring enn ved lav. Etter å ha justert for alle faktorer i modellen som var signifikante i første del av analysen, var det over 3 ganger så stor risiko for å ikke komme tilbake i yrkesaktivitet etter 3 måneder ved høy skåre på ”pseudonevrologi” og smerte-relatert frykt for arbeid. Instrumentell mestring hadde fortsatt en beskyttende effekt.

Tabell 17

Odds ratio (95 % konfidensintervall) for å ikke være tilbake i yrkesaktivitet etter 3 mnd.

	OR justert for kjønn og alder n=113	p-verdi	OR justert for kjønn, alder og signifikante faktorer # n=98	p-verdi*
År på skole	0.9 (0.42-1.99)	0.83		
Muskelskjelett plager	1.2 (0.54-2.71)	0.70		
”Pseudonevrologi”	3.5 (1.51-8.02)	0.004	3.3 (1.14-9.60)	0.03
Gastrointestinale plager	1.9 (0.83-4.18)	0.14		
Allergi	2.6 (1.12-5.93)	0.03	2.8 (0.98-8.22)	0.053
Luftveisplager	1.3 (0.57-2.82)	0.61		
Frykt for fysisk aktivitet	1.8 (0.80-4.17)	0.16		
Frykt for arbeid	2.3 (1.00-5.49)	0.05	3.8 (1.30-11.32)	0.02
”Coping”	1.4 (0.63-3.25)	0.41		
Håpløshet	1.8 (0.79-4.18)	0.21		
Instrumentell mestring	0.2 (0.08-0.51)	0.001	0.3 (0.10-0.74)	0.01
Emosjonell mestring	1.2 (0.54-2.71)	0.64		
”Self-Efficacy”	0.8 (0.33-1.73)	0.51		

* Signifikansnivå er basert på logistisk regresjonsanalyse. $p < 0.05$ ved tall i fet skrift.

Det ble justert for alle faktorer i modellen som var signifikante i første del av analysen.

1 års registrering

Det var økt risiko for å ikke komme tilbake i yrkesaktivitet etter 1 år ved kort utdanning (≤ 12 år) og høy skåre på frykt for arbeid etter å ha justert for kjønn og alder (se tabell 18). Høy grad av instrumentell mestring hadde ikke lenger noen beskyttende effekt etter 1 år, men hadde snudd til å bli en risikofaktor. Etter å ha justert for alle faktorer i modellen som var signifikante i første del av analysen, var det fortsatt økt risiko for å ikke være tilbake i yrkesaktivitet ved mye frykt for arbeid og ved instrumentell mestringsstil. Kort utdanning var ikke lenger noen risikofaktor. Det er imidlertid knyttet noe usikkerhet til skåre på både instrumentell mestring og frykt for arbeid pga. store konfidensintervall.

Tabell 18

Odds ratio (95 % konfidensintervall) for å ikke være tilbake i yrkesaktivitet etter 1 år.

	OR justert for kjønn og alder n=95	p-verdi	OR justert for kjønn, alder og signifikante faktorer # n=86	p-verdi*
År på skole	0.2 (0.09-0.64)	0.005	0.4 (0.12-1.12)	0.07
Muskelskjelett plager	1.8 (0.71-4.54)	0.21		
”Pseudonevrologi”	0.7 (0.31-1.91)	0.53		
Gastrointestinale plager	1.5 (0.61-3.61)	0.40		
Allergi	0.9 (0.40-2.20)	0.80		
Luftveisplager	1.2 (0.51-2.98)	0.67		
Frykt for fysisk aktivitet	1.6 (0.65-4.21)	0.31		
Frykt for arbeid	6.9 (2.30-20.91)	0.001	9.5 (2.40-37.53)	0.001
”Coping”	0.9 (0.35-2.30)	0.83		
Håpløshet	1.2 (0.51-3.04)	0.71		
Instrumentell mestring	3.1 (1.20-8.24)	0.02	5.9 (1.63-21.41)	0.007
Emosjonell mestring	0.6 (0.31-1.60)	0.33		
”Self-Efficacy”	2.1 (0.85-5.24)	0.11		

* Signifikansnivå er basert på logistisk regresjonsanalyse. $p < 0.05$ ved tall i fet skrift.

Det ble justert for alle faktorer i modellen som var signifikante i første del av analysen.

8.3 HVA FORKLARER VARIANSEN I PREDIKTORENE?

Både subjektive helseplager og sykdomsforståelse var med på å forklare smerte-relatert frykt for arbeid (se tabell 19). Totalt ble hele 48 % av variansen forklart av disse variablene etter å ha blitt justert for hverandre. Kjønn, alder og år på skole forklarte ca.18 % av variansen.

Subjektive helseplager forklarte ca.19 % av variansen, mens sykdomsforståelse forklarte ca.18 % av variansen. I steg ett var det både alder og år på skole som slo ut. I steg to var det både SHC muskelskjelettplager og SHC ”pseudonevrologi” som slo ut, i steg tre var det *varighet / prognose, alvorlige konsekvenser* og mangel på *personlig kontroll* som slo ut.

I regresjonsanalysen ble ytterligere 5 variabler for de ulike mestringsinstrumentene forsøkt i et 4. steg. Disse var ”self-efficacy”, emosjonell mestring, instrumentell mestring, håpløshet og ”coping”. Mestring forklarte kun 1 % av variansen i frykt for arbeid.

(justert $R^2 = .556$, signifikant endring = .781).

Tabell 19

Hierarkisk multipl regressjonsanalyse av subjektive helseplager og sykdomsforståelse med smerte-relatert frykt for arbeid som avhengig variabel (n=135).

	Steg ett		Steg to		Steg tre	
	β	p-verdi	β	p-verdi	β	p-verdi
1. Kjønn	-.078	.354	-.111	.166	-.029	.703
2. Alder	-.198	.019	-.154	.043	-.139	.051
3. År skolegang	-.365	.000	-.286	.000	-.183	.015
4. SHC muskel [^]			.482	.000	.397	.000
5. SHC pseudo [^]			-.198	.033	-.258	.008
6. SHC gastro [^]			-.061	.455	.014	.859
7. SHC allergi [^]			-.035	.707	-.055	.507
8. SHC luftveier [^]			-.034	.667	-.038	.593
9. Identitet [#]					-.122	.232
10. Varighet/prognose [#]					.200	.031
11. Variasjon [#]					-.033	.643
12. Konsekvenser [#]					.284	.001
13. Personlig kontroll [#]					-.226	.006
14. Behandlingseffekt [#]					.109	.262
15. Innsikt [#]					.134	.082
16. Følelser [#]					.077	.350
R ²	.177		.369		.545	
Justert R ²	.156		.325		.477	
R ² Endring	.177		.192		.176	
Signifikant endring	p<.001		p<.001		p<.001	

[^]Høy skåre er mye rapporterte subjektive helseplager. [#] Høy skåre er mange symptomer sett i sammenheng med plager, lang varighet/dårlig prognose, stor grad av variasjon, alvorlige konsekvenser, høy personlig kontroll, tro på behandlingseffekt, god innsikt og mye følelsesmessige representasjoner.

8.4 I HVILKEN GRAD VAR DET ENDRINGER PÅ DE ULIKE MÅLEINSTRUMENTENE ETTER OPPHOLDET?

Subjektive helseplager

Det var statistisk signifikant endring i subjektive helseplager over tid (se tabell 20).

Tendensen på de fleste kategoriene var at skåre gikk ned fra pretest til posttest og noe opp igjen etter 1 år. Kvinner rapporterte signifikant mindre muskelskjelettplager ved posttest, men etter 1 år hadde rapporterte plager økt signifikant fra posttest. For de fleste andre kategoriene som endret seg fra pretest til posttest, var det fortsatt signifikante forskjeller fra pretest til test ved 1 år. Menn rapporterte ikke signifikante endringer i muskelskjelettplager på noen av måletidspunktene. For ”pseudonevrologiske plager” rapporterte menn nedgang i plager fra pretest til posttest, men denne nedgangen holdt seg ikke etter 1 år. For kvinner derimot var det fortsatt signifikant nedgang i ”pseudonevrologi” etter 1 år.

Tabell 20

Endring i subjektive helseplager. Separate verdier for menn og kvinner.
Gjennomsnitt \bar{x} og standardavvik (SD) ved pretest, posttest og etter 1 år.

n=95 n=33 (menn) n=62 (kvinner)	Pretest \bar{x} (SD)	Posttest \bar{x} (SD)	1 år \bar{x} (SD)	F	p-verdi #
SHC total					
alle	20.63 (10.18)	15.30 (8.36)	16.52 (9.22)	20.86	<0.001 ^{1*,2*}
menn	17.50 (9.24)	13.74 (7.48)	14.06 (8.03)	4.97	0.01 ^{1^,2^}
kvinner	22.31 (10.34)	16.13 (8.73)	17.83 (9.61)	17.13	<0.001 ^{1*,2*}
Muskelskjelett plager					
alle	8.91 (4.88)	6.86 (4.48)	7.74 (4.96)	12.61	<0.001 ^{1*,2*}
menn	7.73 (5.33)	6.87 (5.25)	6.47 (5.04)	1.52	0.23
kvinner	9.54 (4.55)	6.85 (4.06)	8.42 (4.82)	15.23	<0.001 ^{1*,2^,3*}
”Pseudonevrologi”					
alle	6.47 (3.87)	4.77 (3.52)	4.86 (3.91)	16.83	<0.001 ^{1*,2*}
menn	5.19 (3.53)	3.88 (2.76)	4.19 (3.61)	3.80	0.03 ^{1^}
kvinner	7.15 (3.89)	5.24 (3.80)	5.22 (4.05)	13.35	<0.001 ^{1*,2*}
Gastrointestinale plager					
alle	2.53 (2.48)	1.96 (2.28)	1.93 (2.04)	4.42	0.02 ^{1^,2^}
menn	2.41 (2.32)	1.79 (2.13)	1.58 (1.79)	3.73	0.04 ^{1^}
kvinner	2.61 (2.57)	2.05 (2.37)	2.11 (2.15)	2.17	0.12
Allergi					
alle	1.86 (2.67)	1.08 (1.83)	1.22 (1.85)	7.35	0.001 ^{1*,2*}
menn	1.42 (2.35)	0.55 (1.12)	0.94 (1.64)	3.01	0.06
kvinner	2.11 (2.82)	1.37 (2.06)	1.37 (1.95)	4.81	0.01 ^{1^,2^}
Luftveisplager					
alle	0.96 (1.38)	0.67 (1.03)	0.81 (1.21)	1.71	0.19
menn	0.91 (1.33)	0.71 (0.98)	0.97 (1.29)	0.57	0.57
kvinner	0.98 (1.42)	0.66 (1.05)	0.73 (1.18)	1.31	0.28

Signifikansnivå er basert på Wilks`Lambda ANOVA for repeterte målinger. $p < 0.05$ ved tall i fet skrift.

Der ANOVA viste signifikante endringer over tid, ble paired-samples t-test utført for å evaluere på hvilke måletidspunkt endringene var signifikante:

1* = pretest / posttest $p < 0.001$ 1^ = pretest / posttest $p < 0.05$

2* = pretest / 1år $p < 0.001$ 2^ = pretest / 1år $p < 0.05$

3* = posttest / 1år $p < 0.001$ 3^ = posttest / 1år $p < 0.05$

Sykdomsforståelse

Det var statistisk signifikant endring i sykdomsforståelse over tid (se tabell 21). Det var forskjeller mellom kvinner og menn og mellom de forskjellige måletidspunktene. Alle forsøkspersonene samlet, og kvinner alene, rapporterte i mindre grad å se ulike symptomer i sammenheng med sine helseplager (*identitet*) og rapporterte færre *konsekvenser* av sine plager. Det var fortsatt signifikant nedgang i skåre på *identitet* og *konsekvenser* etter 1 år. *Personlig kontroll* var bedret for alle ved posttest, men var igjen signifikant redusert etter 1 år. Forsøkspersonenes tro på *varighet / prognose*, endret seg ikke ved posttest, men var forverret etter 1 år. Det var tilsvarende resultat for *tro på behandlingseffekt*. Her var det ikke signifikant reduksjon fra pretest til posttest, men signifikant reduksjon i *tro på behandlingseffekt* etter 1 år både for menn og kvinner. *Følelsesmessige representasjoner* var imidlertid redusert for alle forsøkspersonene over tid.

Tabell 21

Endring i sykdomsforståelse, (IPQ a) *identitet* og IPQ b). Gjennomsnitt (\bar{x}), og standardavvik (SD) ved pretest, posttest og etter 1 år. Separate verdier for menn og kvinner

n=95					
n=33 (menn) n=62 (kvinner)	Pretest \bar{x} (SD)	Posttest \bar{x} (SD)	1 år \bar{x} (SD)	F	p-verdi #
Identitet					
alle	6.10 (2.51)	5.06 (2.42)	5.02 (2.84)	13.76	<0.001 ^{1*,2*}
menn	5.21 (2.38)	4.62 (2.31)	4.38 (2.47)	2.59	0.09
kvinner	6.54 (2.47)	5.27 (2.47)	5.34 (2.97)	12.31	<0.001 ^{1*,2*}
Varighet / prognose					
alle	20.95 (4.49)	21.03 (5.45)	22.07 (5.52)	3.07	0.05 ^{2^,3^}
menn	21.51 (5.38)	21.75 (5.67)	22.84 (5.37)	1.25	0.30
kvinner	20.65 (3.94)	20.64 (5.33)	21.64 (5.61)	2.04	0.14
Variasjon					
alle	14.38 (2.64)	14.11 (2.76)	13.71(3.43)	1.57	0.21
menn	14.59 (2.86)	14.25 (2.18)	13.72 (3.51)	0.92	0.41
kvinner	14.26 (2.53)	14.03 (3.06)	13.68 (3.42)	0.71	0.51
Konsekvenser					
alle	21.25 (3.77)	20.41 (4.67)	19.87 (5.14)	5.31	0.007 ^{1^,2^}
menn	21.69 (3.77)	20.38 (5.05)	20.44 (4.91)	2.12	0.14
kvinner	21.01 (3.78)	20.41 (4.51)	19.57 (5.27)	3.18	0.05 ^{2^}
Personlig kontroll					
alle	21.38 (3.77)	22.21 (3.76)	21.05 (4.24)	5.41	0.006 ^{1^,3^}
menn	21.64 (3.44)	22.31(4.15)	20.46 (4.72)	2.92	0.07
kvinner	21.24 (3.96)	22.15 (3.56)	21.37 (3.96)	2.56	0.09
Behandlingseffekt					
alle	17.42 (2.59)	17.25 (2.86)	15.82 (3.62)	10.24	<0.001 ^{2*,3*}
menn	17.59 (2.88)	17.06 (2.66)	15.22 (4.12)	5.52	0.009 ^{2^,3^}
kvinner	17.32 (2.43)	17.36 (2.98)	16.17 (3.27)	4.74	0.01 ^{2^,3^}
Innsikt					
alle	18.51 (3.81)	19.07 (3.75)	19.17 (4.05)	1.09	0.34
menn	18.97 (3.40)	18.41 (4.21)	19.56 (3.54)	2.11	0.14
kvinner	18.25 (4.02)	19.44 (3.44)	18.96 (4.33)	2.95	0.06
Følelser					
alle	20.05 (4.52)	18.79 (4.56)	18.87 (4.94)	6.51	0.002 ^{1*,2^}
menn	19.25 (4.54)	17.31 (4.32)	18.09 (5.15)	4.90	0.01 ^{1^}
kvinner	20.49 (4.51)	19.61 (4.51)	19.31 (4.82)	2.56	0.09

Signifikansnivå er basert på Wilks`Lambda ANOVA for repeterte målinger. p<0.05 ved tall i fet skrift.

Der ANOVA viste signifikante endringer over tid, ble paired-samples t-test utført for å evaluere på hvilke måletidspunkt endringene var signifikante:

1* = pretest / posttest p<0.001

1^ = pretest / posttest p<0.05

2* = pretest / 1år p<0.001

2^ = pretest / 1år p<0.05

3* = posttest / 1år p<0.001

3^ = posttest / 1år p<0.05

Mestringsstil (UCL)

Det var statistisk signifikant endring i mestringsstil over tid, (se tabell 22). Forsøkspersonene rapporterte mer emosjonell mestringsstil etter 1 år. Økningen var signifikant fra posttest til test ved 1 år. Endringen var ikke signifikant ved separate analyser for menn og kvinner.

Kvinnelige forsøkspersoner rapporterte mer instrumentell mestringsstil etter 1 år. Endringen skjedde fra posttest til test ved 1 år. Det var for kvinner også statistisk signifikant reduksjon i depressiv reaksjon etter 1 år. Både menn og kvinner rapporterte reduksjon i bruk av trøstende tanker fra pretest til posttest. For utvalget under ett var det imidlertid signifikant økning i bruk av trøstende tanker og i å uttrykke følelser fra posttest til test ved 1 år.

Tabell 22

Endring i mestringsstil (UCL). Separate verdier for menn og kvinner.
Gjennomsnitt \bar{x} og standardavvik (SD) ved pretest, posttest og etter 1 år.

n=95 n=33 (menn) n= 62 (kvinner)	Pretest \bar{x} (SD)	Posttest \bar{x} (SD)	1 år \bar{x} (SD)	F	p-verdi #
Instrumentell mestring					
alle	2.88 (0.31)	2.88 (0.32)	2.90 (0.31)	0.35	0.71
menn	3.00 (0.26)	3.01 (0.25)	2.93 (0.31)	2.16	0.13
kvinner	2.81 (0.32)	2.82 (0.34)	2.89 (0.32)	3.31	0.04 ^{2^,3^}
Aktiv problemløsning					
alle	17.01 (3.37)	16.76 (3.31)	16.89 (3.68)	0.47	0.63
menn	17.12 (3.47)	16.79 (3.12)	16.40 (3.63)	0.97	0.39
kvinner	16.94 (3.35)	16.75 (3.42)	17.16 (3.71)	0.64	0.53
Passiv avoidance					
alle	15.82 (3.20)	15.84 (2,96)	15.71 (3.29)	0.12	0.89
menn	14.54 (2.67)	14.30 (2.31)	15.07 (3.06)	1.72	0.21
kvinner	16.53 (3.27)	16.69 (2.96)	16.05 (3.38)	1.3	0.28
Depressiv reaksjon					
alle	12.54 (3.18)	12.36 (3.29)	12.05 (3.07)	1.25	0.29
menn	11.31 (2.93)	11.15 (2.47)	11.70 (3.37)	0.66	0.53
kvinner	13.22 83.13)	13.03 (3.51)	12.24 (2.91)	5.08	0.009 ^{2^,3^}

Tabellen fortsetter neste side.

Emosjonell mestring					
alle	2.17 (0.37)	2.13 (0.35)	2.22 (0.36)	4.34	0.02 ^{3^}
menn	2.11 (0.43)	2.05 (0.34)	2.12 (0.29)	1.37	0.27
kvinner	2.21 (0.35)	2.18 (0.35)	2.27 (0.39)	2.91	0.06
Søker sosial støtte					
alle	13.99 (3.77)	14.00 (3.66)	14.32 (3.71)	0.66	0.52
menn	13.76 (4.25)	13.71 (3.62)	13.61 (3.45)	0.03	0.97
kvinner	14.13 (3.52)	14.16 (3.70)	14.70 (3.81)	1.52	0.23
Utrykker følelser					
alle	6.08 (1.62)	5.84 (1.45)	6.21 (1.36)	3.48	0.04 ^{3^}
menn	5.71 (1.69)	5.59 (1.22)	6.06 (1.09)	2.31	0.12
kvinner	6.28 (1.55)	5.98 (1.55)	6.29 (1.51)	1.73	0.19
Palliative reaksjoner					
alle	17.09 (3.25)	16.76 (2.97)	17.41 (3.12)	2.38	0.11
menn	16.79 (3.78)	16.03 (3.28)	16.67 (3.23)	1.05	0.36
kvinner	17.25 (2.93)	17.17 (2.73)	17.80 (3.02)	1.47	0.24
Trøstende tanker					
alle	12.85 (2.53)	12.13 (2.42)	12.63 (2.65)	7.09	0.001 ^{1*,3^}
menn	12.61 (2.43)	11.71 (2.23)	12.33 (2.61)	3.87	0.03 ^{1^}
kvinner	12.98 (2.59)	12.37 (2.50)	12.79 (2.68)	3.38	0.04 ^{1^}

Signifikansnivå er basert på Wilks` Lambda ANOVA for repeterte målinger. $p < 0.05$ ved tall i fet skrift.

Der ANOVA viste signifikante endringer over tid, ble paired-samples t-test utført for å evaluere på hvilke måletidspunkt endringene var signifikante:

1* = pretest / posttest $p < 0.001$ 1^ = pretest / posttest $p < 0.05$

2* = pretest / 1år $p < 0.001$ 2^ = pretest / 1år $p < 0.05$

3* = posttest / 1år $p < 0.001$ 3^ = posttest / 1år $p < 0.05$

Mestringsforventning

Det var statistisk signifikant endring i rapportert håpløshet over tid (se tabell 23). Økningen i det å føle håpløshet var signifikant fra pretest til test ved 1 år, og fra posttest til test ved 1 år. Det var ellers ikke signifikante forskjeller i mestringsforventning ("self-efficacy" og "coping"), heller ikke ved separate analyser for menn og kvinner.

Tabell 23

Endring i mestringsforventning.

Gjennomsnitt \bar{x} og standardavvik (SD) ved pretest, posttest og etter 1 år.

n=95 n=33 (menn) n= 62 (kvinner)	Pretest \bar{x} (SD)	Posttest \bar{x} (SD)	1 år \bar{x} (SD)	F	p-verdi #
“Self-Efficacy”	28.61 (4.41)	28.90 (4.51)	29.33 (4.00)	2.21	0.12
“Coping”	14.80 (3.20)	14.51 (3.32)	15.04 (3.11)	2.53	0.86
Håpløshet	2.41 (1.98)	2.31 (1.57)	2.81 (1.91)	3.92	0.02 ^{2*,3*}

Signifikansnivå er basert på Wilks` Lambda ANOVA for repeterte målinger. $p < 0.05$ ved tall i fet skrift.

Der ANOVA viste signifikante endringer over tid, ble paired-samples t-test utført for å evaluere på hvilke måletidspunkt endringene var signifikante:

1* = pretest / posttest $p < 0.05$

2* = pretest / 1år $p < 0.05$

3* = posttest / 1år $p < 0.05$

”Livets stige”

Det var statistisk signifikant endring over tid på ”livets stige”, (se tabell 24). Ved posttest var det flere både blant menn og kvinner, som rapporterte å ha det bedre her og nå, enn det de rapporterte ved pretest. Disse verdiene holdt seg etter 1 år. Forsøkspersonene var mest optimistiske i sin tro på framtiden (trinn, om et år) ved posttest. Denne optimismen holdt seg imidlertid ikke. Etter 1 år var det signifikant reduksjon i det å se optimistisk på framtiden.

Tabell 24

Endringer på ”livets stige”. (Trinn fra 1-10). Gjennomsnitt (\bar{x}) og standardavvik (SD) ved pretest, posttest og etter 1 år. Separate verdier for menn og kvinner.

n=95 n=33 (menn) n= 62 (kvinner)	Pretest \bar{x} (SD)	Posttest \bar{x} (SD)	1 år \bar{x} (SD)	F	p-verdi #
Trinn, akkurat nå					
alle	5.09 (1.71)	6.14 (1.59)	6.13 (1.52)	21.33	<0.001 ^{1*,2*}
menn	5.19 (1.51)	6.09 (1.42)	6.22 (1.76)	5.72	0.008 ^{1^,2^}
kvinner	5.03 (1.81)	6.16 (1.68)	6.08 (1.55)	15.38	<0.001 ^{1*,2*}
Trinn, for et år siden					
alle	4.89 (2.18)	4.47 (2.16)	5.15 (1.72)	3.97	0.02 ^{1^,3^}
menn	5.59 (1.93)	5.00 (2.11)	5.41 (1.39)	1.93	0.16
kvinner	4.52 (2.23)	4.18 (2.15)	5.02 (1.86)	2.77	0.07
Trinn, om et år					
alle	7.50 (1.66)	7.70 (1.46)	7.16 (1.81)	3.72	0.03 ^{3^}
menn	7.60 (2.01)	7.60 (1.43)	6.83 (2.21)	2.01	0.15
kvinner	7.45 (1.45)	7.75 (1.49)	7.34 (1.53)	1.87	0.16

Signifikansnivå er basert på Wilks`Lambda ANOVA for repeterte målinger. $p < 0.05$ ved tall i fet skrift.

Der ANOVA viste signifikante endringer over tid, ble paired-samples t-test utført for å evaluere på hvilke måletidspunkt endringene var signifikante:

1* = pretest / posttest $p < 0.001$ 1^ = pretest / posttest $p < 0.05$

2* = pretest / 1år $p < 0.001$ 2^ = pretest / 1år $p < 0.05$

3* = posttest / 1år $p < 0.001$ 3^ = posttest / 1år $p < 0.05$

Smerte-relatert frykt

Det var statistisk signifikant endring i smerte-relatert frykt for fysisk aktivitet og frykt for arbeid over tid, (se tabell 25). Endringen i frykt for fysisk aktivitet var signifikant fra pretest til posttest, og holdt seg etter 1 år for hele utvalget og ved separate analyser for kvinner. Det var for hele utvalget også reduksjon i smerte-relatert frykt for arbeid etter 1 år. Endringen var her signifikant fra pretest til test ved 1 år.

Tabell 25

Endring i smerte-relatert frykt. Gjennomsnitt (\bar{x}) og standardavvik (SD) ved pretest, posttest og etter 1 år.

n=83	Pretest \bar{x} (SD)	Posttest \bar{x} (SD)	1 år \bar{x} (SD)	F	p-verdi #
Frykt for fysisk aktivitet					
alle	10.24 (5.69)	8.15 (5.91)	8.29 (6.07)	11.30	<0.001 ^{1^,2*}
menn	10.07 (5.86)	8.83 (6.19)	8.69 (6.06)	1.50	0.24
kvinner	10.33 (5.65)	7.78 (5.78)	8.07 (6.12)	11.21	<0.001 ^{1^,2^}
Frykt for arbeid					
alle	21.38 (11.43)	21.41 (12.24)	19.41 (12.62)	3.08	0.05 ^{2^}
menn	23.42 (12.06)	22.71 (12.89)	21.82 (12.44)	0.79	0.47
kvinner	20.33 (11.06)	20.73 (11.96)	18.17 (12.65)	2.78	0.07 ^x

Signifikansnivå er basert på Wilks` Lambda ANOVA for repeterte målinger. $p < 0.05$ ved tall i fet skrift.

Der ANOVA viste signifikante endringer over tid, ble paired-samples t-test utført for å evaluere på hvilke måletidspunkt endringene var signifikante:

1* = pretest / posttest $p < 0.001$ 1^ = pretest / posttest $p < 0.05$

2* = pretest / 1år $p < 0.001$ 2^ = pretest / 1år $p < 0.05$

3* = posttest / 1år $p < 0.001$ 3^ = posttest / 1år $p < 0.05$

^xDet var ved repeterte målinger, ANOVA ikke signifikante endringer over tid i frykt for arbeid for kvinner. Paired-samples t-test viste imidlertid signifikant endring for kvinner mellom ulike måletidspunkt. Det var statistisk signifikant reduksjon i frykt for arbeid fra pretest ($\bar{x} = 20.33$, $SD = 11.06$) til test ved 1 år [$\bar{x} = 18.17$, $SD = 12.65$, $t(53) = 2.02$, $p = 0.048$], og fra posttest ($\bar{x} = 20.73$, $SD = 11.96$) til test ved 1 år [$\bar{x} = 20.73$, $SD = 11.96$, $t(53) = 2.20$, $p = 0.032$].

8.4.1 Korrelasjonsanalyser

Korrelasjonsanalyser ble foretatt for å undersøke sammenhengen mellom noen av måleinstrumentene som ble benyttet i undersøkelsen.

Subjektive helseplager og sykdomsforståelse.

Det var signifikant partiell korrelasjon mellom subjektive helseplager og sykdomsforståelse (se tabell 26). De fleste subskalaer for SHC korrelerte sterkt med *identitet*. Ellers var det sterkeste korrelasjon mellom muskelskjelettplager og flere av subskalaene innen sykdomsforståelse. ”Pseudonevrologi” korrelerte med *konsekvenser* og *følelsesmessige representasjoner*.

Tabell 26

Partiell korrelasjon mellom sykdomsforståelse og subjektive helseplager, kontrollert for kjønn

n=135	SHC	SHC	SHC	SHC	SHC
luftveier		muskel	pseudo	gastro	allergi
Identitet	0.51***	0.55***	0.41***	0.46***	0.03*
Prognose	0.41***	0.01	0.05	0.12	-0.02
Variasjon	0.26**	0.15	0.08	0.07	-0.03
Konsekvenser	0.31**	0.34***	0.04	0.26**	0.15
Personlig kontroll	-0.20*	-0.07	0.03	0.04	0.06
Behandlingseffekt	-0.20*	0.05	0.11	0.06	0.01
Innsikt	-0.09	-0.18*	-0.14	-0.00	-0.08
Følelser	0.06	0.41***	0.16	0.15	0.02

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Mestring, subjektive helseplager, sykdomsforståelse og smerterelatert frykt

Det var signifikant partiell korrelasjon mellom alle instrumenene som måler mestring, bortsett fra emosjonell mestringsstil (se tabell 27). Det var signifikant, men lav korrelasjon mellom mestringsstil og subjektive helseplager. Det var svært liten korrelasjon mellom mestringsstil og sykdomsforståelse. Det var ingen korrelasjon mellom mestringsstil og smerte-relatert frykt.

Tabell 27

Partiell korrelasjon mellom mestringsstil og mestringsstil, mestringsforventning, subjektive helseplager, sykdomsforståelse og smerte-relatert frykt, korrigert for kjønn.

n=135	Instrumentell mestring	Emosjonell mestring	Håpløshet	“Coping”	“Self- Efficacy”
Instrumentell	1.0				
Emosjonell	0.11	1.0			
Håpløshet	-0.48***	-0.21*	1.0		
“Coping”	-0.51***	-0.08	0.62***	1.0	
“Self-Efficacy”	0.61***	0.17	-0.49***	-0.53***	1.0
SHC muskel	0.09	0.04	-0.02	-0.03	0.25**
SHC pseudo	-0.26**	-0.01	0.27**	0.17*	-0.18*
SHC gastro	-0.11	0.19*	-0.00	0.03	0.02
SHC allergi	-0.02	0.14	0.01	0.12	0.20*
SHC luftveier	-0.06	-0.09	0.06	0.14	0.04
Identitet	-0.14	0.07	0.07	0.15	0.07
Prognose	0.09	0.11	0.12	0.11	0.13
Variasjon	-0.01	-0.05	-0.02	0.01	0.02
Konsekvenser	-0.13	0.13	0.09	0.16	0.02
Personlig kontroll	0.01	0.03	-0.19*	-0.15	0.01
Behandlingseffekt	-0.12	0.17	-0.19*	-0.25*	0.02
Innsikt	0.01	-0.00	-0.08	-0.15	0.02
Følelse	-0.25**	0.12	0.27**	0.17	-0.20*
Frykt for fysisk aktivitet	0.03	0.07	0.00	-0.01	0.07
Frykt for arbeid	-0.04	0.04	0.08	0.04	0.03

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

9.0 DISKUSJON

9.1 KJENNETEGN VED DEN LANGTIDSSYKMELDTE BRUKEREN

Den langtidssykmeldte brukeren ved AiR kjennetegnes ved mye helseplager og lav grad av mestring. Brukerne hadde i gjennomsnitt vært sykmeldt 10.5 måneder ved inntak. 76 % av brukerne var søkt inn med muskelskjelettdiagnose eller psykisk diagnose (ICPC), og over halvparten hadde oppgitt minst 2 medisinske diagnoser. Forsøkspersonene rapporterte signifikant mer subjektive helseplager enn ”normalmaterialet” de ble sammenlignet med. Det var mindre forskjeller i plager mellom kvinner og menn blant forsøkspersonene enn i ”normalmaterialet”. I gjennomsnitt ble det rapportert 12 enkeltplager siste 30 døgn. Tretthet var hyppigste enkeltplage og ble rapportert av 84 % av utvalget, deretter fulgte nakkesmerter, hodepine, søvnproblemer, depresjon og korsryggsmerter. Forsøkspersonene rapporterte stress (68 %) og overarbeid (63 %) som hovedårsak til sine plager. Det var signifikant flere kvinner enn menn som betraktet egen følelsesmessige tilstand, samt bekymringer og problemer i familien, som årsak til sine plager. Mange (30 %) mente at plagene skyldtes arv. Også ulykke eller skade, tilfeldigheter eller uflaks og dårlig medisinsk behandling ble hyppig rapportert som årsak til plagene. Både kvinner og menn blant forsøkspersonene rapporterte i mindre grad instrumentell mestring (aktiv mestringsstil), enn personer i ”normalmaterialet”. Det var mindre forskjeller i mestringsstil mellom kvinner og menn blant forsøkspersonene ved AiR, enn i ”normalmaterialet”.

Denne undersøkelsen bekrefter antagelsen om at langtidssykmeldte brukere ved AiR ville rapportere mye helseplager. Både menn og kvinner rapporterte signifikant mer subjektive helseplager enn ”normalmaterialet” de ble sammenlignet med. Dette var som forventet for muskelskjelett plager og ”pseudonevrologi”, ettersom lidelser i muskelskjelettsystemet og psykiske lidelser er de vanligste diagnosene ved sykefravær og uførhet (Trygdeataten 2004). At det i tillegg ble rapportert mer gastrointestinale plager, allergi og luftveisplager hos forsøkspersonene enn i ”normalmaterialet” kan si noe om at brukerne har sammensatte plager. Selv om det ikke finnes et gitt skille mellom hva som er normalt og hva som må defineres som sykdom (Ihlebak, Eriksen & Ursin 2002), befinner disse langtidssykmeldte personene seg langt over det som er vanlig å rapportere innen samtlige kategorier subjektive helseplager. Det er grunn til å tro at disse personene har nådd en terskel for hva de opplever som akseptabelt, da de har søkt helsehjelp og blitt sykmeldt for sine plager. En mulig forklaring på

mye rapporterte plager ved inntak til AiR, kan være at brukerne ønsket å rettferdiggjøre at de har vært lenge ute av arbeid ved ”å vise hvor syke de er”. Det har også blitt hevdet at økt sykefravær kan skyldes at terskelen for å rapportere om redusert helse er blitt lavere (NOU 2000:27). Bruk av spørreskjema som målemetode kan også diskuteres. Steingrimsdóttir og medarbeidere (2004) fant at det var høyere grad av plager ved første måletidspunkt sammenlignet med andre, uten at det var grunn til å tro at det var reell forskjell i plager mellom første og senere besvarelser. Slike betenkeligheter må tas i betraktning ved tolkning av resultatene. Selvrapporterte plager er uansett ikke tenkt som et objektivt mål for å skille syk og frisk, men er ment å fange opp personens subjektive opplevelse av egne helseplager siste 30 døgn (Eriksen, Ihlebæk & Ursin 1999a).

Mye helseplager hos forsøkspersonene kan være forklart av sensitivisering, det vil si økt psykobiologisk respons etter gjentatte stimuli (Eriksen & Ursin 2004; Ursin m.fl. 1993). Det er blitt foreslått at sensitivisering kan forekomme på flere nivåer utover sensitivisering i det perifere og sentrale nociceptive nervesystemet ved smertestimuli. Brosschot (2002) beskriver et slikt nivå som kognitiv sensitivisering, fordi det omhandler personens sykdomsforståelse eller persepsjon. Forsøkspersonens sykdomsforståelse kan være preget av at behandlingstiltak ikke har hatt ønsket effekt, samt av mangel på medisinsk diagnose og forklaring på plagene. Bekymring over tilstanden kan ha medvirket til vedvarende aktivering. Dette blir omtalt som komplekse kognitive nettverk der personens stadige erfaringer av plager trigger opplevelsen av vedvarende helseplager (Brosschot 2002). Basert på denne teorien vil sjansene for sensitivisering og kronifisering øke desto lenger plagene har vart. Dette kan beskrives som en ond sirkel påvirket av kognitive mekanismer (Brosschot 2002).

Kvinner rapporterte mer muskelskjelettplager og ”pseudonevrologiske” plager enn menn. Dette stemmer med kjønnsforskjeller i ”normalmaterialet”. Biologiske faktorer kan forklare noe av forskjellene i plager mellom kvinner i menn, men forskjellene kan også skyldes ulikheter rundt jobb, økonomi, sosialt liv og forventninger (Bingefors & Isacson 2004). Mer helseplager hos kvinner kan være forårsaket av ulik sykdomserfaring og sykdomsforståelse (O’Neill & Morrow 2001) eller forskjellig mestringsstil (Eriksen, Olff & Ursin 1997). Kvinnelige forsøkspersoner rapporterte ikke mer gastrointestinale plager og allergi enn menn, men det gjorde kvinner i ”normalmaterialet”. Mindre kjønnsforskjeller i plager mellom forsøkspersonene kan være forklart av likheter i belastning og kronifiserende faktorer hos de langtidssykmeldte som gruppe.

Det ble i gjennomsnitt rapportert hele 12 enkeltplager siste 30 døgn før inntak til senteret. Dette tolkes som tegn på stor grad av komorbiditet, og stemmer overens med tidligere undersøkelser om folks helseplager (Eriksen m.fl. 1998). At det for over halvparten av brukerne var oppgitt mer enn en medisinsk diagnose, tyder også på komorbiditet. Ved komorbiditet sees flere samtidige plager og stor grad av overlapp i plager, noe som indikerer at det kan være en felles underliggende sensitiviseringsprosess (Burton 2003; Ursin 1997; Wessely m.fl. 1999).

Tretthet var hyppigst rapporterte enkeltplage hos forsøkspersonene. Dette passer overens med kunnskap om tilstander som fibromyalgi, kronisk tretthetssyndrom, depresjon og gastrointestinale plager, der tretthet inngår som en av flere helseplager (Adler 2004; Chang 1998; Korszun 2000). Funnet er i tråd med det vi vet om prevalens av plager i befolkningen. Tretthet var hyppigste plage i ”normalmaterialet” forsøkspersonene ble sammenlignet med (Ihlebak m.fl. 2002), og i en nordisk studie (Eriksen m.fl. 1998). Det var likevel en større andel av forsøkspersonene som rapporterte tretthet (84 %) enn i ”normalmaterialet” (53 %). Den langtidssykmeldte brukeren opplevde med andre ord å være trette enn det som er vanlig å rapportere. Nest etter tretthet ble nakkesmerter, hodepine, søvnproblemer, depresjon og korsryggsmerter hyppig rapportert. Selv om tilsvarende helseplager er blitt hyppig rapportert i andre studier (Eriksen m.fl. 1998; Ihlebak m.fl. 2002), var prevalensen for samtlige av disse plagene langt høyere for forsøkspersonene i denne undersøkelsen. Dette er helseplager som ikke enkelt kan klassifiseres innen tradisjonelle sykdomsdiagnoser. Det faktum at grad av plager følger et kontinuum fra ingen plager til alvorlige plager, gjør en diagnosemodell med to kategorier, syk eller frisk, lite tjenelig (Natvig 1995). Natvig og medarbeidere (1995) hevder at hvis alle personer med helseplager hadde behov for diagnose og behandling, måtte store deler av befolkningen defineres som pasienter. Denne konflikten mellom vekting av det subjektive og det såkalt objektive, er en del av diagnosesystemets dilemma (Bentsen & Hjortdal 1991). Medisinske diagnoser kan derfor få preg av å være tilfeldige merkelapper. Dette er en utfordring for de klare kriteriene som fortsatt gjelder for trygdeytelser. I veileder til trygdemedisin står det at legen skal fremlegge medisinske fakta som i trygdelovgivningen er definert som sykdom, skade og lyte (Mæland 2003).

Det ble ikke funnet aldersforskjeller i plager hos forsøkspersonene. Dette er det imidlertid funnet i andre studier. Muskelskjelettplager har en tendens til å øke med alderen, mens andre

helseplager avtar (Eriksen m.fl.1998). I Ihlebæk sitt materiale (2002) var det signifikant lavere prevalens av muskelskjelettplager og luftveisplager hos den eldste alderskategorien sammenlignet med de yngste, men ellers økte intensiteten av de fleste plager med alderen. Manglende aldersforskjeller i plager blant forsøkspersonene på AiR, kan tyde på at langtidssykmeldte personer tilhører en homogen gruppe. Det kan også skyldes mindre spredning i alder, da alle forsøkspersonene var i yrkesaktiv alder og eldste alderskategori i denne undersøkelsen derfor var yngre enn eldste alderskategori i ”normalmaterialet”.

Stress og overarbeid ble av forsøkspersonene betraktet som hovedårsak til helseplager. Hva en person betrakter som årsak til sine plager, vil være en viktig del av personens sykdomsforståelse (Scharloo m.fl. 1998; Weinman m.fl. 1996). Vi har kunnskap om at stress, krav og belastninger ofte blir rapportert i forbindelse med subjektive helseplager (Mikkelsen 1999). Hos personer med fibromyalgi og kronisk tretthetssyndrom, rapporterte 61 % stress som årsak til plagene (Neerinckx m.fl. 2000). Stress ble også hos Salmon og medarbeidere (1996) funnet å være en viktig opplevd årsak til plager hos personer med muskelskjelettplager, luftveisproblemer og gastrointestinale plager.

Det er mulig å analysere sykdomsforståelse i lys av mestringsteori (Weinman & Petrie 1997), da både sykdomsforståelse og mestring er påvirket av personens tidligere erfaringer og forventninger. Tidligere erfaringer fra lignende situasjoner vil nødvendigvis prege personens tolkning av nåværende situasjonen. Rapportert stress og overarbeid hos forsøkspersonene vil således være påvirket av hvordan personen tolker belastningen eller kravene. Ifølge CATS-modellen (se 4.1), vil personens subjektive opplevelse av disse kravene gi en fysiologisk aktivering som påvirker en rekke kroppslige systemer, fra hjerne og vegetative prosesser, til endokrine systemer, immunsystemet og muskelskjelettsystemet (Ursin 1998). Denne stress responsen kan gi kortvarig eller langvarig aktivering. Kortvarig aktivering ser ikke ut til å representere noen helserisiko (Ursin & Eriksen 2004). Det er grunn til å tro at forsøkspersonene har vært utsatt for langvarig aktivering. Helseplager kan i denne modellen forstås som uhensiktsmessig stressrespons. Uhensiktsmessig stressrespons, eller kronisk stress, er blitt foreslått som en mulig forklaringsmodell for fibromyalgilignende tilstander, kronisk tretthetssyndrom og funksjonell dyspepsi (Egle m.fl. 2004; Ursin & Eriksen 2001; Van Houdenhove & Egle 2004; Wilhelmsen 2002).

I tillegg til stress og overarbeid betraktet mange av forsøkspersonene egen følelsesmessige tilstand, samt bekymringer og problemer i familien som årsak til sine plager. Noen rapporterte arv, ulykke eller skade, tilfeldigheter eller uflaks og tidligere medisinsk behandling som årsak til plager, mens andre igjen årsaksforklarte helseplagene med egen oppførsel og personlighet. Teorien om hvordan vi knytter årsaksforklaringer til det som hender oss kalles attribusjonsteori (Imsen 1998). Attribusjonsteori blir også kalt fortolkningsteori. Lokalisering, det vil si ytre eller indre årsaksforklaring, om årsaksfaktorene er stabile eller varierende og kontrollerbarhet, er tre viktige begreper knyttet til attribusjonsteori (Imsen 1998). Ved fibromyalgi og kronisk tretthetssyndrom har man funnet at ytre og stabile attribusjoner har negativ betydning for personens mestringsforventning (Neerinckx m.fl. 2000). Stress og overarbeid er ytre mer eller mindre stabile årsaksforklaringer, men vi vet ikke hvordan forsøkspersonene selv definerer stress og overarbeid. Det kan være relatert til arbeidssituasjonen, eller kan forstås som summen av alle arbeidsoppgaver personen har. Personens krav og belastninger på arbeidsplassen og andre omgivelsesfaktorer er imidlertid ikke kartlagt i denne undersøkelsen, men kan være medvirkende årsaker til sykefravær (Bernard m.fl. 1997; Linton 2001; Theorell & Karasek 1996). Uansett vil ulike mennesker oppleve samme type belastning forskjellig, og det er personens egen fortolkning av belastningen som blir viktig for resultatet (Ursin & Eriksen 2004). Mange av forsøkspersonene betraktet følelsesmessig tilstand samt bekymringer og problemer i familien som årsak til sine plager. Dette er i samsvar med at psykologiske og følelsesmessige belastninger er funnet å være de hyppigst rapporterte stress stimuli (Levine & Ursin 1991; Ursin & Eriksen 2004). I følge attribusjonsteori vil dette være en blanding av ytre årsaker; problemer i familien og indre årsaker; egen følelsesmessige tilstand. Hos forsøkspersonene varierte årsaksforklaringene i stor grad mellom ytre og indre fortolkninger. Også Neerinckx og medarbeidere (2000) fant stor grad av variasjon mellom ytre og indre attribusjon hos personer med fibromyalgi og kronisk tretthetssyndrom.

Egen oppførsel og personlighet som årsaksforklaring til plager, er indre attribusjoner. Slike fortolkninger kan være knyttet til innsikt og ansvarlighet hos personen, men kan også være et tegn på at personen klandrer seg selv. Ved arbeidsrelaterte korsryggplager har man funnet at attribusjon til indre årsaksfaktorer øker arbeidstakers opplevelse av kontroll, mens ytre attribusjon kan forårsake distress (Byrns, Agnew & Curbow 2002). Arv, ulykke eller skade, tilfeldigheter eller uflaks og tidligere medisinsk behandling er ytre årsaksforklaringer. Dette kan vitne om en sykdomsforståelse der bruker ser seg selv som ”offer” for ulike tilfeldige

omstendigheter. Det å plassere årsaken til helseplagene på forhold det er umulig å påvirke, kan bli oppfattet som passiv sykdomsforståelse. Passiv sykdomsforståelse kan kanskje føre til passiv mestringsstil. Attribusjon til slike ytre forhold synes ikke forenlig med forventninger om å kunne bli bedre av sine plager. Ytre, stabile attribusjoner kan derfor føre til hjelpeløshet (Neerinckx m.fl. 2000). Hjelpeløshet i forhold til egne plager kan være noe av bakgrunnen for å søke helsehjelp. Vi vet ellers at komplekse psykososiale forhold er viktige tilleggsfaktorer for om en person med muskelskjelettplager velger å søke helsehjelp eller ikke (Uhlig, Hagen & Kvien 2002).

I denne undersøkelsen var det flere kvinner enn menn som mente at følelsesmessige belastninger, samt bekymringer og problemer i familien var årsak til plagene. Det ble funnet tilsvarende kjønnsforskjeller i rapportert årsak til plager hos personer med fibromyalgi og kronisk tretthetssyndrom (Neerinckx m.fl. 2000). Forskjellen kan skyldes at kvinner reelt sett har mer å bekymre seg over, eller det kan være fordi kvinner har større tendens enn menn til å bekymre seg. Kvinner rapporterer uansett oftere psykologiske forklaringer ved ulike somatiske plager enn det menn gjør (Nykvist, Kjellberg & Bildt 2002). Det er mulig at ulikheter i attribusjon mellom kvinner og menn, kan medvirke til kjønnsforskjeller i plager.

Antagelsen om at de langtidssykmeldte forsøkspersonene ville rapportere lav grad av mestringsstil ble bekreftet. Både kvinner og menn i ”normalmaterialet” hadde mer instrumentell mestringsstil enn brukerne ved AiR. Instrumentell mestringsstil kan beskrives som aktiv mestringsstil, og anses som mest hensiktsmessig i forhold til positive forventninger og helse (Eriksen m.fl. 1997). Lav grad av aktiv mestringsstil hos forsøkspersonene kan derfor forstås som et uttrykk for negative forventninger, som igjen kan ha betydning for helse. Kun 13 % av brukerne rapporterte god helse ved pretest. Blant AiR sine brukere ble det rapportert mer instrumentell mestringsstil hos menn enn hos kvinner. Dette sammenfaller med kjønnsforskjeller funnet i ”normalmaterialet”. Tilsvarende skåret mannlige forsøkspersoner bedre på mestringsforventning (”coping”) enn kvinner ved inntak til AiR. Hos forsøkspersonene var det imidlertid ikke kjønnsforskjeller for emosjonell mestringsstil, slik det ble funnet i ”normalmaterialet”. Det kan i denne undersøkelsen derfor synes som om det er mindre forskjeller i mestringsstil mellom langtidssykmeldte menn og kvinner enn mellom menn og kvinner ellers i samfunnet. Den viktigste forskjellen var at mannlige brukere skåret høyere på emosjonell mestringsstil, ved i større grad å rapportere palliative (lindrende) reaksjoner og søke sosial støtte enn menn i ”normalmaterialet”. Dette kan selvfølgelig være et tilfeldig

funn, men siden undersøkelsen også viser mindre kjønnsforskjeller for rapporterte helseplager, kan disse funnene være forklart av at langtidssykmeldte menn og kvinner tilhører en homogen gruppe. Det å være langtidssykmeldt hadde i denne undersøkelsen sammenheng med lav grad av instrumentell mestring. Vi vet ikke noe om mestringsstil hos forsøkspersonene før de ble sykmeldt. Tveito og medarbeidere (2002) fant imidlertid at lav grad av instrumentell mestring hadde betydning for lengden på sykefravær.

Kun 13 % av forsøkspersonene rapporterte god fysisk form ved inntak til AiR, og de rapporterte mindre fysisk aktivitet siste halve året enn ”normalmaterialet”. Funnet kan stemme med et generelt inntrykk av at sykmeldte personer blir passivisert (Kann & Kolstad 2003), og bekreftes av resultater fra tidligere kondisjonstester foretatt på AiR sine brukere, der konklusjonen var lavt kondisjonsnivå hos brukergruppen. Det er etter hvert allment akseptert at fysisk aktivitet har en forebyggende effekt på de fleste helseplager og sykefravær (Tveito m.fl. 2004; van Tulder m.fl. 2000a). Liten grad av fysisk trening gir dårligere prognose for bedring av plager og friskmelding (Haldorsen m.fl. 1998). Brukernes aktivitetsnivå før de ble sykmeldt er imidlertid ikke kjent i denne undersøkelsen, og det kan følgelig ikke trekkes noen slutning om at inaktivitet har medvirket til langtidssykefraværet.

Gjennomsnittlig utdanningslengde var blant de langtidssykmeldte forsøkspersonene signifikant lenger enn i ”normalmaterialet”. Dette er overraskende da motsatt forhold var forventet. Hos personer med ryggsmarter har lav utdanning vist større risiko for langvarige plager og tilbakefall av plager (Dionne m.fl. 2001). Lavt utdanningsnivå er også funnet å ha sammenheng med lengden på sykefravær og overgang til uførhet (Gjesdal & Bratberg 2003; SHUS-rapport nr. 4/2001). Det er derfor sannsynlig at den typiske bruker ved AiR ikke er representativ for gruppen langtidssykmeldte personer ellers i samfunnet. Dette kan for eksempel skyldes at innsøkende instans tror at et opphold på AiR passer best for personer med lengre utdanning, og derfor er selektive på hvilke grupper de velger å søke inn. At det ble funnet lenger formell utdanning hos personer som selv tok initiativ til oppholdet, vil også være en medvirkende forklaring.

Forsøkspersonene fordelte seg relativt likt innen de fem yrkeskategoriene som ble benyttet i denne undersøkelsen. Det var flere kvinner innen helse- og sosialsektoren, innen pedagogisk personale i skole og barnehage og innen servicearbeid. Det var flest menn blant de som hadde håndverksyrker og manuelt arbeid. Kjønnfordelingen innen de ulike yrkeskategorier synes å

være i tråd med tradisjonelle yrkesforskjeller mellom kvinner og menn i det norske samfunn (Statistisk sentralbyrå 2000).

Deltidsarbeid og tidligere arbeidsledighet synes å ha negativ betydning for å komme tilbake i arbeid (Bendix m.fl. 1998a; Gjesdal & Bratberg 2003). I denne undersøkelsen ble det redegjort for stillingsstørrelse og sykmeldingsstatus hos forsøkspersonene. Det var også 11 personer som var uten arbeidsforhold ved inntak til AiR. Dette er ikke i tråd med AiR sine inntaksregler, og det er grunn til å tro at disse opplysningene ikke har kommet fram i søknaden, eller at bruker har mistet jobben i påvente av plass ved institusjonen. Kun 65 % av forsøkspersonene hadde opprinnelig 100 % stilling. De fleste var registrert med 100 % sykmelding ved inntak, andre hadde vært på gradert sykmelding og noen få hadde en kombinasjon av uføretrygd og arbeid. 38 personer hadde vært på aktiv sykmelding siste 12 måneder. Verken stillingsbrøk eller sykmeldingsstatus ble tatt hensyn til i den endelige analysen, men var blitt vurdert i delanalyser underveis. Det er i resultatene heller ikke beskrevet hvilken stillingsbrøk eller sykmeldingsstatus personen hadde etter rehabiliteringsoppholdet. Dette kan være en svakhet ved denne undersøkelsen, spesielt hvis man ønsker å sammenligne yrkesaktivitet etter et opphold ved AiR med yrkesmessige resultater fra andre studier. Imidlertid skiller heller ikke tilgjengelig sykefraværstatistikk fra Trygdestatistisk årbok og NHO's kvartalsrapportering mellom hel og gradert sykmelding (Brage & Reiso 1999).

Initialt ble 172 personer spurt om å delta i denne undersøkelsen. 135 forsøkspersoner deltok ved pretest og 95 personer ved 1 års registrering. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller i kjønn, alder, sykmeldingslengde eller diagnoser mellom de personene som ikke ble med i undersøkelsen og de 135 som valgte å delta (se 7.1.3). Ved 1 års registrering var det heller ikke signifikante forskjeller i kjønn, sykmeldingslengde eller diagnoser mellom de 95 som fortsatt var med i undersøkelsen og de som opprinnelig ble inkludert i studien. Utvalget tolkes derfor å være representativt for de brukerne som initialt ble spurt om å delta i undersøkelsen. Forsøkspersonene som svarte ved 1 års registrering var imidlertid signifikant eldre enn de som valgte å ikke delta i undersøkelsen. Vi vet ikke om høyere gjennomsnittsalder ved 1 års registrering kan ha påvirket resultatet.

9.2 PREDIKSJON AV FORLØP OG PROGNOSE

Tre måneder etter oppholdet på AiR var 60 % av forsøkspersonene tilbake i yrkesaktivitet, det vil si tilbake i jobb eller under yrkesrettet atferd, og etter 1 år var 70 % tilbake i yrkesaktivitet. Sosio-demografiske forhold som kjønn, alder, sykmeldingslengde ved inntak, utdanning, yrke og diagnose hadde ingen betydning for yrkesaktivitet 3 måneder etter oppholdet. Personer som rapporterte dårlig yrkesmessige oppfølging var imidlertid mindre yrkesaktive etter 3 måneder enn de som mente oppfølgingen var god eller unødvendig. Personer som selv hadde tatt initiativ til rehabiliteringsoppholdet, var ikke mer yrkesaktive enn andre verken etter 3 måneder eller etter 1 år. Etter 1 år var personer med sykmeldingslengde over 1 år ved inntak til AiR og personer med lav utdanning (grunnskole/videregående skole) i mindre grad tilbake i yrkesaktivitet, enn personer sykmeldt under 1 år og personer med høy utdanning (høgskole/ universitetsutdanning). I en justert modell ga høy skåre på smerte-relatert frykt for arbeid og ”pseudonevrologiske plager” (tretthet, depresjon, svimmelhet o.l.) økt risiko for ikke å være tilbake i yrkesaktivitet etter 3 måneder. Personer med høy skåre på instrumentell mestring var i større grad tilbake i yrkesaktivitet etter 3 måneder. Etter 1 år ga smerte-relatert frykt for arbeid fortsatt økt risiko for å ikke være tilbake i yrkesaktivitet. Høy skåre på instrumentell mestring hadde etter 1 år snudd og blitt en risikofaktor for manglende yrkesaktivitet.

Det var 10 % flere tilbake i yrkesaktivitet etter 1 år enn etter 3 måneder. Denne økningen er forklart av en nedgang på 10 % i bruk av aktiv sykmelding etter 1 år. Aktiv sykmelding er blitt kritisert for ikke å ha ønsket effekt på å redusere sykefravær eller å hindre overgang til uførhet (Kann & Kolstad 2003; Scheel m.fl. 2002). I denne undersøkelsen var imidlertid over halvparten av de som var på aktiv sykmelding etter 3 måneder tilbake i yrkesaktivitet etter 1 år.

Yrke, kjønn, alder og diagnose er faktorer som er funnet å ha innflytelse på sykefravær (se Brage m.fl. 1997; Gjesdal & Bratberg 2002; Gjesdal & Bratberg 2003; SHUS-rapport nr. 4/2001). I denne undersøkelsen hadde ingen av disse faktorene betydning for tilbakegang til yrkesaktivitet, verken etter 3 måneder eller etter 1 år. Basert på funn i andre studier (Brage m.fl. 1997), var personer med manuelt arbeid, såkalte ”blue-collar” arbeidere, forventet å ha dårligere prognose for yrkesaktivitet etter oppholdet på AiR. Dette var ikke tilfelle, og kan

skyldes en rekke andre forhold av betydning for yrke som prognostisk faktor. Yrkesforskjeller kan være forklart av kjønnsforskjeller (Ihlebak m.fl. 2003), utdanning og livsstil (Tveito m.fl. 2002) og av at psykososiale belastninger kovarierer med det å ha fysisk krevende arbeid (MacDonald m.fl. 2001). Det er mulig at slike forhold var jevnt fordelt i dette utvalget, slik at yrke alene ikke fikk noen prediktiv betydning. Da økningen i sykefravær og uførhet er størst blant kvinner (Brage 1998; Gjesdal & Bratberg 2002; SHUS- rapport nr. 4/2001), kunne man forventet at kvinner skulle være mindre yrkesaktive etter oppholdet enn menn. Kvinner under rehabilitering synes i denne undersøkelsen å ha like god prognose som menn. Det faktum at en større andel av de sykmeldte i Norge er kvinner, kommer likevel til uttrykk ved at 64 % av forsøkspersonene var kvinner. Lengden på sykefravær og overgang til uførhet øker med alderen (Gjesdal & Bratberg 2003). Manglende alderforskjeller i dette utvalget kan være forklart av at brukerne som kommer til AiR tilhører en selektert gruppe, motivert for oppholdet og for arbeid. Forsøkspersonene var også selektert via AiR sine inntakskriterier, da institusjonen ikke ønsker å vurdere brukere for eventuell varig stønad i folketrygden. Muskelskjelettplager og psykiske lidelser var de hyppigste diagnosegruppene blant forsøkspersonene ved AiR. At det ikke ble funnet forskjeller i prognose mellom diagnoser er sannsynligvis forklart av at økningen i langtidsfravær har vært størst nettopp i disse diagnosegruppene (NOU 2000:27). På den annen side kan medisinske diagnoser for personer med uspesifikke plager og stor grad av komorbiditet være tilfeldig merkelapper. Hos Gjesdal & Bratberg (2003), var det økt risiko for uførhet ved klart avgrensede medisinske diagnoser i nervesystemet, hjerte-karsystemet og i luftveier, likeså ved kreftdiagnoser og andre alvorlige sykdommer. Dette er diagnosegrupper som sjelden kommer til AiR.

Sykmeldingslengde og utdanning hadde i denne undersøkelsen heller ingen betydning for tilbakegang til yrkesaktivitet etter 3 måneder. Etter 1 år derimot var flere tilbake i yrkesaktivitet blant de som var sykmeldt under 1 år ved inntak, sammenlignet med de som hadde vært ute av arbeid i over 1 år ved inntak til AiR. Det var også flere tilbake i yrkesaktivitet etter 1 år blant personer med høy utdanning (høgskole/universitetsutdanning). Undersøkelser viser at det er vanskeligere å komme tilbake i jobb desto lenger et fravær varer (Ursin 1999a). Resultatene i denne undersøkelsen synes å bekrefte andres resultater om sykmeldingslengde som prognostisk tegn for tilbakegang til arbeid (Bendix m.fl. 1998; Gjesdal og Bratberg 2003), men dette gjaldt bare etter 1 år. At sykmeldingslengde ved inntak ikke hadde betydning for yrkesaktivitet etter 3 måneder, kan skyldes et ønske hos brukere som hadde vært svært lenge ute av arbeid om å prøve seg i jobb etter oppholdet. De kan også ha

følt seg presset tilbake i jobb, enten fra AiR eller fra trygdekontor og innsøkende instans. Vi vet ikke noe om yrkesaktivitet mellom måletidspunktene, men resultatene indikerer at flere av de som hadde vært sykmeldt i over et år ved inntak, og som var i yrkesaktivitet etter 3 måneder, igjen var blitt sykmeldt etter 1 år. Dette kan skyldes mer, eller alvorligere helseplager hos personer som hadde vært svært lenge ute av arbeid før rehabiliteringsoppholdet, eller det kan skyldes andre kronifiserende faktorer.

En rekke kompliserende omgivelsesfaktorer gjør yrkesaktivitet vanskelig når man har vært ute av jobb i lang tid (Linton 2001). Forholdet til arbeidsplassen synes å være en slik viktig faktor. Forsøkspersonene ble i 3 måneders registreringen spurt om å bedømme yrkesmessig oppfølging. Hele 20 av 26 som rapportert dårlig oppfølging mente at det var arbeidstedet som hadde sviktet. Dette kan skyldes ytre attribusjonsfaktorer, men kan også være en reell følelse av å være uønsket på jobb. Arbeidsgivere som ønsker å kvitte seg med uproduktive arbeidstakere kan gjøre dette med loven i hånd, når arbeidstaker har vært sykmeldt i over 1 år. En slik trussel vil være lite forenlig med behovet for dialog og tilpasninger for igjen å prøve seg i arbeid, og er i konflikt med intensjonen om et inkluderende arbeidsliv. Et annet forhold som kan komplisere situasjonen etter lang tid ute av arbeidslivet, er at den sykmeldte glir inn i en ”passiv sykerolle” Denne rollen kan forsterkes av negative erfaringer med helsevesen og behandlingsapparat. Personens nettverk og sosiale støtteapparat kan også ha både positiv og negativ innflytelse på den sykmeldte (Linton 2001). Det er mulig at det ved en ”passiv sykerolle” er lettere å legge ansvar for egne problemer over på arbeidsplass og arbeidsgiver. En slik ansvarsfraskrivelse hos den langtidssykmeldte kan være påvirket av personens mestringsstil.

Etter 1 år på sykepenges er trygdellovgivningen slik at den sykmeldte vil bli overført på rehabiliteringspenger, noe som utgjør ca. 60 % av inntekten. Norge har en av de gunstigste sykepengeordningene i verden med 100 % lønnskompensasjon opptil 52 uker. Økning i sykefravær har skapt en diskusjon om disse rettighetene bør endres (Tveito m.fl. 2002). Reduksjon i inntekt kan tenkes å være en sterk motivator for å gå tilbake på jobb. I denne undersøkelsen var ikke denne trusselen om redusert inntekt ved overgang til rehabiliteringspenger sterk nok til å endre sykmeldingslengde som prognostisk tegn.

At personer med lav utdanning (grunnskole/videregående skole) i mindre grad var yrkesaktive

1 år etter oppholdet stemmer med andre undersøkelser. Lav utdanning er funnet å være prediktor for langvarig fravær (Tveito m.fl. 2002) og uførhet (Gjesdal & Bratberg 2002; SHUS-rapport nr. 4/2001). Det ble i denne undersøkelsen ikke funnet forskjeller mellom yrker, men personer med lav utdanning kan ha færre muligheter for yrkesvalg og tilpasninger i arbeidssituasjonen enn personer med høy utdanning. Høy utdanning har også vist seg å ha sammenheng med ressurser og motivasjon for å gjøre noe med egen helsesituasjon (Eriksen & Ursin 2002). Høyere formell utdanning blant de 43 personene som selv hadde tatt initiativ til oppholdet ved AiR, skulle derfor være tegn på ekstra stor motivasjon for arbeid. Det var imidlertid ingen forskjell i yrkesaktivitet verken etter 3 måneder eller etter 1 år, mellom de som selv hadde tatt initiativ og de som ikke hadde tatt initiativ til rehabiliteringsoppholdet.

Det ble i logistisk regresjonsanalyse undersøkt om år på skole, subjektive helseplager, smerte-relatert frykt og skåre på de ulike instrumentene som måler mestring, ville predikere om forsøkspersonene kom tilbake i yrkesaktivitet eller ikke. Smerte-relatert frykt for arbeid var viktigste prediktor for ikke å være i yrkesaktivitet både etter 3 måneder og etter 1 år. Funnet stemmer med det andre har beskrevet i forbindelse med kronifisering, funksjonsevne og arbeidsevne (Fritz m.fl. 2001; Indahl 2004; Waddell m.fl. 1993b). Smerte-relatert frykt for fysisk aktivitet viste derimot ingen prediktiv verdi for yrkesaktivitet. Sjansene for å være i yrkesaktivitet etter 1 år var større for personer med mer enn 12 års skolegang, enn for personer med færre år på skole. I en justert modell hadde ikke lenger antall år på skole noen beskyttende effekt mot fravær. Mye ”pseudonevrologi” og allergiske plager viste over 3 ganger så høy risiko for ikke å være i yrkesaktivitet etter 3 måneder enn ved lav skåre. ”Pseudonevrologi” var fortsatt risikofaktor etter å ha justert for andre signifikante faktorer i modellen, mens denne effekten ble borte for allergiske plager. ”Pseudonevrologiske” plager er forenlig med lettere psykiske plager som angst og depresjon, men også tretthet, svimmelhet og søvnvansker. Funnet passer med risikofaktorer andre har beskrevet. Søvnvansker ble funnet å være prediktor for langtidssykefravær (>8 uker), etter å ha justert for en rekke andre mulige risikofaktorer (Eriksen, Natvig & Bruusgaard 2001). Psykiske lidelser er årsak til en stor andel av dagens sykefravær (Nystuen m.fl. 2001), og synes å gi dårligere prognose ved fravær, spesielt hos menn (Gjesdal & Bratberg 2003). Hos personer med korsryggplager var både medisinske, sosio-demografiske og psykologiske forhold prognostiske tegn for tilbakegang til arbeid (Haldorsen m.fl 1998a).

Personer som rapporterte mye ”pseudonevrologiske” plager var jevnt fordelt innen de tre diagnosekategoriene som er benyttet i denne oppgaven og er derfor ikke de samme som hadde P-diagnose (ICPC- diagnose, psykisk). ”Pseudonevrologiske” plager var viktigere enn medisinsk diagnose som prognostisk tegn. Funnet gir støtte til de som hevder at medisinske merkelapper ved uspesifikke plager kan være tilfeldige og kanskje virke uheldig. Funnet synliggjør en klar konflikt mellom det å vektlegge pasientens rapporterte plager (Bentsen & Hjortdal 1991) og trygdelovgivningens krav om medisinske fakta (Mæland 2003). I denne undersøkelsen var personens subjektive opplevelse en viktigere prediktor enn de såkalte medisinske fakta.

Ingen av instrumentene som målte mestringsforventning (”coping”, håpløshet eller ”self-efficacy”) predikerte yrkesaktivitet. Instrumentell mestringsstil viste seg derimot å ha beskyttende effekt mot fortsatt fravær etter 3 måneder. Men etter 1 år var det slik at høy grad av instrumentell mestring økte risikoen for ikke å være i arbeid. Det er ikke helt lett å forstå denne endringen i hvordan mestringsstil slår ut på yrkesaktivitet etter 3 måneder og etter 1 år. Instrumentell mestringsstil er kjennetegnet ved lav skåre på depresjon og unngåelsesadferd, og høy skåre på aktiv problemløsning. Selv om det er slik at de fleste personer vil ha en kombinasjon av instrumentell og emosjonell mestringsstil, var det forventet at personer med høy skåre på instrumentell mestring i større grad skulle være tilbake i arbeid. Denne slutningen forutsetter at alle personer i yrkesaktiv alder har et overordnet mål om å være i yrkesaktivitet. Negative erfaringer, for eksempel i arbeidslivet, kan gjøre at dette ikke er tilfelle. En mulig forklaring kan derfor være at personer med instrumentell mestringsstil tyr til sykmelding som en form for aktiv problemløsning, etter langvarige problemer med helse og arbeidssituasjon. Pasienten har sterk innflytelse på sykmeldingspraksis. 95 % av de som selv tar initiativ til sykmelding får dette (Larsen, Førde & Tellnes 1994). Selv om sykmelding skal begrunnes i sykdom og medisinsk diagnose, synes legers sykmeldingspraksis å variere. Det ble ikke funnet konsensus hos leger i forhold til vurdering av sykmelding ved muskelskjelettplager og psykososiale problemer (Haldorsen m.fl. 1996). Mestringsstil ble målt ved pretest, det vil si før inntak til AiR. Det er vanskelig å forstå hvorfor mestringsstil gir forskjellig utslag på yrkesaktivitet etter 3 måneder og etter 1 år. Endringen synes ikke å være forklart av forskjellig utvalgsstørrelse ved 3 måneders registrering (n=113) og ved 1 års registrering (n=95).

Tre måneder etter oppholdet ved AiR rapporterte 8 av 113 personer å ha søkt uføretrygd. Etter 1 år hadde 13 av 95 personer søkt uføretrygd. Totalt 11 personer rapporterte at de mottok uføretrygd 1 år etter oppholdet, men kun tre av disse hadde 100 % trygd. Det er sannsynlig at noen av disse tallene også inneholder andre private pensjonsløsninger, da eksempelvis to personer rapporterte 25 % trygd. Det kan synes som om sannsynligheten for å søke 100 % uføretrygd var større for de som allerede hadde en gradert trygd ved inntak til AiR. Det er imidlertid knyttet noe usikkerhet til disse tallene, dels fordi de er egenrapporterte, dels fordi flere mulige avkrysningskombinasjoner ble benyttet.

9.3 HVA FORKLARER VARIANSEN I PREDIKTORENE?

Høy skåre på smerte-relatert frykt for arbeid målt før inntak til AiR, var viktigste prediktor for fortsatt sykefravær 3 måneder og 1 år etter oppholdet. Dette er et mål på frykt for at arbeidet kan føre til skade og ytterligere forverring av plagene, og et mål på om arbeidet oppleves for tungt. I tillegg inneholder instrumentet et viktig forventningsspørsmål rundt egen tro på å være tilbake i vanlig arbeid innen 3 måneder. Variabelen smerte-relatert frykt ble splittet på median i høy og lav skåre (se 7.8). Grotle og medarbeidere (2004) valgte en annen ”cut-off” for denne variabelen i sin studie. Det kan være en svakhet at høy og lav skåre i denne undersøkelsen ikke er sammenlignbar med høy og lav skåre i andre undersøkelser. Subjektive helseplager, sykdomsforståelse sammen med alder og antall skoleår, forklarte hele 48 % av variansen i frykt for arbeid. Kjønn, alder og år på skole forklarte alene ca. 18 % av variansen. Subjektive helseplager forklarte ca. 19 % av variansen, mens sykdomsforståelse forklarte ca. 18 % av variansen i frykt for arbeid. Mestring forklarte kun 1 % av variansen i frykt for arbeid.

Antall år på skole forklarte alene en signifikant del av variansen i frykt for arbeid. At kort utdanning (<12 år) er med å forklare en stor del av variansen i frykt for arbeid, kan skyldes at denne gruppen har manglende kunnskap om eventuelle konsekvenser helseplagene kan medføre. Personer med høy utdanning fanger opp ny og relevant kunnskap om faktorer av betydning for helse raskere enn de med lav utdanning (Ihlebak og Eriksen 2004). Det kan også skyldes reelle forskjeller i arbeidsoppgaver og arbeidssituasjon. Personer med kort utdanning har ofte tyngre og mer fysisk krevende arbeidsoppgaver, enn de med flere år på skolebenken, og de kan ha mindre innflytelse på og kontroll over egen arbeidssituasjon

(Dionne m.fl. 2001; Skovron 1992). Basert på tidligere negative erfaringer er det mulig at disse forsøkspersonene kan ha en velbegrunnet frykt for at arbeidsoppgavene kan forverre plagene. På den annen side kan personer med lav utdanning være mindre fornøyd med jobbsituasjonen og derfor mindre motivert for å fortsette i jobb etter å ha utviklet helseplager (Dionne m.fl. 2001; Skovron 1992).

I tillegg til å forklare en del av variansen i prediktoren frykt for arbeid, hadde kort utdanningslengde en selvstendig prediktiv betydning for yrkesaktivitet etter oppholdet. Kort utdanning synes i denne undersøkelsen å være en betydelig risikofaktor for fortsatt sykefravær. Dionne og medarbeidere (2001) har funnet at utdanning er et godt mål på sosioøkonomisk status og sosial ulikhet, da det er enkelt å registrere, og ikke er påvirket av kronisk sykdom i voksen alder eller andre forhold av innflytelse på yrke og inntekt. Resultatene i denne undersøkelsen stemmer med det andre har funnet. Lav formell utdanning har betydning for lengden på sykefravær (SHUS-rapport nr. 4/2001) og øker risikoen for å bli uføretrygdet (Gjesdal & Bratberg; Hagen m.fl. 2000; SHUS-rapport nr. 4/2001). Det er videre funnet sammenheng mellom lav utdanning og varighet av plager (Dionne m.fl. 2001). Hos personer med muskelskjelettplager ble det rapportert høyere smerteintensitet, mer utbredte plager, mer psykiske plager, mer nedsatt funksjon og mindre tilfredshet med livssituasjonen hos personer med lav sosioøkonomisk status, enn hos personer med høy sosioøkonomisk status (Brekke, Hjortdal & Kvien 2002). Utdanningslengde har betydning for hvordan personer oppfatter og forstår sin egen helsesituasjon (Brekke m.fl. 1999). I denne undersøkelsen var det kun 13 % av forsøkspersonene som rapporterte god helse. Til sammenligning ble det i helseundersøkelsen for 1995 (Statistisk sentralbyrå 1996) rapportert god helse hos 73 %, på tross av sykdom, skade eller funksjonshemming. 10 % av personene i helseundersøkelsen vurderte helsetilstanden sin som dårlig, mens tilsvarene tall blant forsøkspersonene var 38 %. Disse funnene kan virke dramatiske, da det er funnet økt dødelighet blant personer som rapporterer dårlig helse (Kristenson m.fl. 2001). Rapporteringen er sannsynligvis influert av måletidspunktet, fordi det kan virke selvmotsigende å rapportere god helse ved inntak til et rehabiliteringsopphold.

Personens sykdomsforståelse har sterk innflytelse på egenrapportert helse og synes i stor grad å være bestemt av tidligere erfaringer og læring (Eriksen & Ursin 2002d). Det kan tenkes at sosial ulikhet med hensyn til utdanning produserer forskjeller i livsstil og helse, begrunnet i uhensiktsmessig stress-respons (Eriksen & Ursin 2002d). Dette kan skyldes ulike

læringsbetingelser og erfaringer fra tidligere. U hensiktsmessig stress-respons er tidligere i oppgaven blitt foreslått som mulig forklaringsmodell for en rekke helseplager (Egle m.fl. 2004; Van Houdenhove & Egle 2004; Wilhelmsen 2002). Sosiale forskjeller i rapportert stress kan komme av ulike forventninger til å mestre vanskelighetene (Eriksen & Ursin 2002d) I Brekke sine studier blir denne hypotesen langt på vei bekreftet. Personer med lav sosioøkonomisk status viste lavere tiltro til egne muligheter og egen mestringsevne ("self-efficacy") til å påvirke helseplagene (Brekke m.fl. 1999). Hos personer med leddgikt som i utgangspunktet hadde høy tiltro til å kunne mestre smerte, ble det rapportert signifikant mindre smerte fem år senere, men dette gjaldt kun personer med utdanningsnivå over gjennomsnittet (Brekke, Hjortdal & Kvien 2003).

Subjektive helseplager forklarte en stor del av variansen i frykt for arbeid. Det er ikke overraskende at smerterelatert frykt var knyttet til plager i muskelskjelettsystemet, da instrumentet (FABQ) er spesielt rettet mot personer med ryggplager. Blant forsøkspersonene var det 70 % som rapporterte korsryggsmerter, og 52 % som rapporterte smerter øverst i ryggen. Det var mange som rapporterte begge deler. Også "pseudonevrologi" forklarte en del av variansen i frykt for arbeid. Dette kan forstås som om personer i dette utvalget hadde sammensatte plager og stor grad av komorbiditet, og stemmer overens med hva andre har funnet hos personer med langvarige ryggplager (van Tulder, Koes & Bombardier 2002; Waddell 1993). Grotle og medarbeidere (2004) har funnet at distress (forstått som økt kroppsoppmerksomhet, depresjon og angst) er relatert til smerterelatert frykt, og at begge deler har sterk innflytelse på nedsatt funksjon og arbeidsevne hos personer med kroniske og akutte korsryggplager. Teorien om smerte-relatert frykt er ikke ment som et mål på smerte og kroppslige plager, men er en biopsykososial modell for hvordan kognitive, affektive og adferdsmessige forhold påvirker adferden hos ryggpasienter (Waddell m.fl. 1993). Smerte-relatert frykt henger nøye sammen med sykdomsforståelse (Vlaeyen & Linton 2000).

Under sykdomsforståelse var det spesielt undergruppene *varighet/prognose*, det å se alvorlige *konsekvenser* og mangel på *personlig kontroll* som forklarte variansen i frykt for arbeid. *Varighet/prognose* gir svar på om personen tror at plagene vil være av lang eller kort varighet. *Konsekvenser* gir svar på om personen opplever at plagene forårsaker alvorlige innvirkninger på livet, på sosiale relasjoner og på økonomi, mens *personlig kontroll* gir svar på om personen opplever å kunne påvirke plagene i positiv eller negativ retning (Moss-Morris m.fl. 2002; Weinman m.fl. 1996). Instrumentene "Illness perception" og "Fear Avoidance beliefs" synes

begge å gi et bilde av personens sykdomsforståelse, men fanger opp ulike forhold. Mens "Illness perception" beskriver personens tanker og forventninger knyttet til plagene (Moss-Morris m.fl. 2002; Weinman m.fl. 1996), prøver "Fear Avoidance beliefs" å fange opp unngåelsesadferd knyttet til sykdomsforståelsen (Waddell m.fl. 1993). Det er forståelig at forsøkspersoner som trodde at plagene ville bli langvarige og som ikke trodde at de selv kunne gjøre noe for å bli bedre, også hadde unngåelsesadferd relatert til fysisk aktivitet og arbeid. Likeså er det logisk at personer med frykt for at det å være i arbeid kan føre til forverring av plager, også opplevde at plagene hadde alvorlige konsekvenser på livet. Petrie og medarbeidere (1996) fant lignende resultater hos personer med hjerteinfarkt. De som trodde plagene ville bli kortvarige og som så mindre alvorlige konsekvenser av plagene, var raskere tilbake i jobb. Sykdomsforståelse preget av lite personlig kontroll forklarte også variansen i frykt for arbeid. Kontrollerbarhet er et av tre viktige begreper knyttet til attribusjonsteori (Imsen 1998). Manglende kontroll over arbeidssituasjonen, kan være en mulig forklaring på hvorfor mangel på personlig kontroll har betydning for smerte-relatert frykt for arbeid. Dette kan forstås som en form for ytre attribusjon, idet belastende arbeidsoppgaver blir tolket som årsak til både plager, frykt og manglende kontroll.

9.4 I HVILKEN GRAD VAR DET ENDRINGER PÅ DE ULIKE MÅLEINSTRUMENTENE ETTER OPPHOLDET?

Det var statistisk signifikant endring over tid i subjektive helseplager, sykdomsforståelse, mestring og smerte-relatert frykt. Kvinner rapporterte mindre muskelskjelettplager etter oppholdet enn ved inntak til AiR, men rapporterte igjen signifikant mer plager etter 1 år enn ved hjemreise. Hos menn var det kun små endringer i muskelskjelettplager. Kvinner rapporterte mindre "pseudonevrologi" etter oppholdet og plagene holdt seg på et lavere nivå etter 1 år. Også menn rapporterte mindre "pseudonevrologi" ved hjemreise, men dette holdt seg ikke etter 1 år. I tillegg ble det rapportert mindre gastrointestinale plager og allergi hos forsøkspersonene både ved endt opphold og etter 1 år. Under sykdomsforståelse rapporterte forsøkspersonene nedgang fra pretest til posttest i å se ulike symptomer som en del av sine helseplager (*identitet*), og skåre holdt seg lavere etter 1 år. Brukerne så også i mindre grad alvorlige *konsekvenser* av sine plager og opplevde færre *følelsesmessige representasjoner*. Denne nedgangen var signifikant fra pretest til posttest og skåre holdt seg lavere etter 1 år. Opplevelsen av *personlig kontroll* var bedret ved posttest, men var signifikant forverret igjen

etter 1 år. Forsøkspersonenens tro på *varighet/prognose* var forverret etter 1 år. Det var etter 1 år også reduksjon i tro på at det finnes *effektiv behandling* for plagene. Det var kun små endringer i mestringsstil og mestringsforventning over tid. Flest endringer var det likevel i etterkant av oppholdet, fra posttest til 1 års registrering. Smerte-relatert frykt for fysisk aktivitet endret seg signifikant fra pretest til posttest og holdt seg lavere etter 1 år. Smerte-relatert frykt for arbeid hadde ikke endret seg fra pretest til posttest, men var signifikant redusert etter 1 år.

Rapporterte endringer på de ulike måleinstrumentene kan skyldes samvirkning av flere forhold. Resultatene kan være påvirket av at innsamling av data skjedde i forkant og etterkant av et rehabiliteringsopphold. Dette kan ha ført til både overrapportering og underrapportering. Forsøkspersonenens egne forventninger til oppholdet kan ha hatt betydning for rapporterte endringer, da personens egne tanker om mulig effekt av behandling og om prognose synes å påvirke resultatet (Scarloo m.fl. 1998; Weinman m.fl. 1996). Forventninger fra behandlingspersonalet og andre i omgivelsene kan også ha påvirket forsøkspersonen rapportering. Videre kan endringene være påvirket av selve intervensjonen. Intervensjonen på AiR inneholder en kombinasjon av medisinske, psykologiske, treningsmessige, adferdsmessige og yrkesmessige tiltak. Den er ledet av 5 forskjellige helsefaggrupper med ulik klinisk bakgrunn. Tilbudet på AiR er i samsvar med europeiske retningslinjer for kroniske uspesifikke ryggplager (2004). Selv om AiR ikke gir tilbud om kognitiv adferdsterapi, er deler av det multidisiplinære tilbudet basert på en kognitiv tilnærming. Vi kan ikke med sikkerhet hevde at endringer på de ulike måleinstrumentene skyldes intervensjonen ved AiR. Sannsynlige sammenhenger mellom intervensjon og endring vil likevel bli drøftet. Eventuell effekt av tiltaket er trolig summen av en hel tiltakspakke, fordi brukerne under oppholdet gjør positive erfaringer på en rekke ulike områder.

Kvinnelige forsøkspersoner rapporterte mindre muskelskjelettplager ved hjemreise. Funnet passer med at multidisiplinære tiltak har vist bedring i smerte og funksjon hos personer med kroniske ryggplager (Guzman.m.fl. 2001; Guzman m.fl. 2002; Schonstein m.fl. 2003; Turner 1996; van Tulder, Koes & Bombardier 2002), men det ble ikke rapportert kjønnsforskjeller i disse studiene.

Både menn og kvinner rapporterte mindre ”pseudonevrologiske plager” ved hjemreise. Aktive fysiske tiltak er funnet å ha positiv effekt på psykiske plager som depresjon og angst

(Martinsen 2003). Bedring i subjektive helseplager er også i samsvar med kunnskap om at kognitiv adferdsterapi kan redusere smerteintensitet og opplevd smerte hos personer med ulike former for muskelskjelettplager (Morley m.fl. 1999; van Tulder m.fl. 2000b). Rapporterte endringene kan videre være påvirket av endringer i smertekontroll og smerteadferd (Kole-Snijders m.fl. 1999; Strong 1998). Etter 1 år rapporterte kvinner igjen mer muskelskjelettplager enn ved posttest og hos menn var det ikke lenger signifikant reduksjon i ”pseudonevrologiske plager”. Dette kan skyldes at forsøkspersonene falt tilbake til gammelt reaksjonsmønster og samsvarer med at ulike helseplager kan forstås som en del av et lært reaksjonsmønster (Carroll m.fl. 2002; Eriksen m.fl. 1999). Det kan også skyldes at bruker, tilbake i sine vanlige omgivelser, igjen reagerte uhensiktsmessig på opplevde krav og belastninger. Også uhensiktsmessig stress-respons er blitt foreslått som mulig forklaringsmodell for en rekke helseplager (Egle m.fl. 2004; Van Houdenhove & Egle 2004; Wilhelmsen 2002). Det er mest sannsynlig en tidkrevende prosess å påvirke stabile endringer både i lært reaksjonsmønster og uhensiktsmessig stress-respons. Det er likevel positivt at de fleste helseplager synes å være langvarig redusert i etterkant av oppholdet på AiR. Dette kan i lys av CATS-modellen tolkes som om positive erfaringer, gjort under rehabiliteringsoppholdet, har dannet grunnlag for positiv responsforventning. Reduksjon i rapporterte plager over tid kan dermed forstås som et uttrykk for mestring.

Det er mye som tyder på at rapporterte helseplager har sammenheng med hvilken forståelse personen har av sine plager (Moss-Morris 2002; Weinman m.fl. 1996). Skåre på flere undergrupper av ”Illness perception” korrelerte med flere subskalaer innen subjektive helseplager (SHC). *Identitet* korrelerte sterkt med samtlige subskalaer av SHC. *Konsekvenser* korrelerte med både muskelskjelettplager, ”pseudonevrologi” og allergi. *Varighet / prognose, variasjon, personlig kontroll og behandlingseffekt* korrelerte alle med muskelskjelettplager, mens *følelsesmessige representasjoner* korrelerte sterkt med ”pseudonevrologi”.

Det var også forventet at rapporterte plager skulle ha sammenheng med mestring. Skåre på mestringsinstrumentene benyttet i denne undersøkelsen korrelerte imidlertid i liten grad med skåre på subjektive helseplager. De korrelerte heller ikke med smerte-relatert frykt, men til en viss grad med noen undergrupper av sykdomsforståelse. Mestringsinstrumentene korrelerte som forventet innbyrdes. Liten grad av korrelasjon mellom mestringsinstrumenten og de andre måleinstrumentene, kan tyde på at mestringsstil og mestringsforventning fanger opp andre sider ved personens oppfattelse og håndtering av egen situasjon. Signifikante forskjeller

i mestringsstil mellom forsøkspersonene og ”normalmaterialet” tyder på at mestring likevel kan spille en viktig rolle i utviklingen av langtidssykefravær.

I motsetning til de andre måleinstrumentene, var det kun små endringer i mestringsstil og mestringsforventning over tid. Forsøkspersonene samlet rapporterte i større grad emosjonell mestringsstil etter 1 år. Kvinner alene hadde mer instrumentell mestringsstil etter 1 år. Instrumentell mestring eller aktiv mestringsstil er forbundet med positive forventninger og helse, mens personer med passiv mestringsstil er funnet å ha mer fordøyelsesproblemer, angst, smerter og helseproblemer (Eriksen m.fl. 1997). Under mestringsforventning var det kun håpløshet som hadde endret seg, og her var det slik at forsøkspersonene så mer håpløst på framtiden etter 1 år, enn hva de gjorde både ved pretest og posttest. Dette blir også fanget opp av ”livets stige”. Etter 1 år rapporterte brukerne mindre optimisme for hvordan livet ville være om et år fram i tid, enn hva de gjorde ved posttest. I CATS-modellen er håpløshet beskrevet som negativ responsforventning, det vil si at individet tror at resultatet blir negativt uansett hva det velger å gjøre. Negativ responsforventning har sammenheng med negative erfaringer og kan forstås som en negativ eller ond sirkel. Det kan derfor synes som om forsøkspersonene har gjort negative erfaringer i etterkant av oppholdet på AiR. Det er imidlertid positivt at forsøkspersonene i gjennomsnitt hadde gått opp et trinn på ”livets stige” fra pretest til posttest, og også holdt seg der etter 1 år. Manglende endringer i mestringsstil og mestringsforventninger i denne undersøkelsen er ikke i samsvar med funn hos andre. Lavdosert fysisk aktivitet hadde effekt blant annet på mestringsforventning hos fibromyalgipasienter (Kurtze 2004), og hos pasienter med kroniske smerter, hadde kognitiv adferdsterapi effekt på mestringsadferd (Morley m.fl. 1999). Magnussen og medarbeidere (2005) fant også mer aktive mestringsstrategier hos personer med kroniske rygg smerter, etter å ha deltatt i en kognitiv treningsgruppe. En mulig forklaring på små endringer i mestring i denne undersøkelsen, kan være at intervensjon relativt sent i et sykmeldingsforløp, gjør det vanskeligere å påvirke mestringsstil. Thomas & Mac Adams (2004) fant imidlertid bedret mestringssevne hos ryggpasienter, ved intervensjon igangsatt sent i et forløp.

Under sykdomsforståelse rapporterte forsøkspersonene i mindre grad alvorlige *konsekvenser* av sine plager og opplevde færre *følelsesmessige representasjoner*. Dette er en svært positiv nedgang, da det å oppleve at plagene fører til alvorlige konsekvenser for en selv og omgivelsene forklarte en stor del av variansen i smerte-relatert frykt for arbeid.

Følelsesmessige representasjoner innebærer alt fra det å føle seg deprimert, engstelig og redd

med tanke på sine plager, til å føle sinne og irritasjon. Denne undergruppen av sykdomsforståelse korrelerte sterkt med ”pseudonevrologi”. Endringer i følelsesmessige representasjoner samsvarer med signifikant reduksjon i rapporterte ”pseudonevrologiske plager” over tid.

Opplevelsen av personlig kontroll var bedret ved posttest men var forverret igjen etter 1 år. *Personlig kontroll* er et mål som er funnet å ha likheter med ”self-efficacy” (Moss-Morris 2002), men *personlig kontroll* korrelerte ikke med ”self-efficacy” eller noen av de andre mestringsinstrumentene i denne undersøkelsen. Forsøkspersonenes tro på *varighet / prognose* var forverret etter 1 år. Tilsvarende var det etter 1 år, reduksjon i tro på at det finnes effektiv behandling for plagene. Dette kan skyldes lang erfaring med at behandling ikke har hatt ønsket effekt. Mange brukere rapporterer å ha prøvd en rekke ulike behandlingformer for sine plager før inntak til AiR. AiR tilbyr ikke passiv behandling for den enkeltes plager, men legger til rette for at bruker selv skal være aktør og ta ansvar for egen rehabiliteringsprosess. AiR prøver å utfordre brukers forklaringsmodell rundt egne plager, og ønsker blant annet å bevisstgjøre bruker på sammenhengen mellom tanker, følelser og adferd. Kognitive prosesser vil nødvendigvis ta tid, likeså å endre fokus fra brikke til aktør. Hvis bruker erfarer at dette heller ikke har ønsket effekt i etterkant av oppholdet, reduseres troen på at noe virker. At bruker etter 1 år tror at plagene vil være langvarige og kanskje vare livet ut, henger sannsynligvis sammen med denne erfaringen. Det er da påfallende at brukerne etter 1 år rapporterte færre følelsesmessige representasjoner pga. sine plager, som eksempelvis irritasjon, bekymring og engstelse. Dette kan tolkes som et uttrykk for at brukerne har forsonet seg med situasjonen sin, eller det kan være uttrykk for mestring.

Høy skåre på smerte-relatert frykt for arbeid var viktigste prediktor for ikke å komme tilbake i yrkesaktivitet både etter 3 måneder og etter 1 år, mens smerte-relatert frykt for fysisk aktivitet ikke hadde prediktiv betydning for yrkesaktivitet på noen av måletidspunktene. Det var imidlertid kun smerte-relatert frykt for fysisk aktivitet som endret seg signifikant fra pretest til posttest og skåre holdt seg på et lavere nivå etter 1 år. Funnet kan tolkes som en direkte følge av at fysisk trening er vektlagt under rehabiliteringsoppholdet ved AiR, og at trygghet, mestring og læring hele tiden er i fokus. Flere undersøkelser bekrefter at pasienter rapporterer mindre grad av smerte-relatert frykt etter fysiske treningsregimer (Klaber Moffett m.fl. 2004; Storheim m.fl. 2003). Skåre på smerte-relatert frykt for arbeid gikk ikke ned fra pretest til posttest, men hadde derimot gått signifikant ned etter 1 år. Selv om disse endringene kan ha

blitt initiert under oppholdet, er det vanskelig å tenke at denne nedgangen er en direkte følge av erfaringer gjort under oppholdet på AiR. Redusert frykt for arbeid etter 1 år skyldes mest sannsynlig erfaringer gjort i etterkant av oppholdet. Manglende effekt på frykt for arbeid etter oppholdet kan muligens forklares av læringsteori (Overmier 2002). Overmier hevder at effektiv terapi vil kreve adferdsrettede tiltak i selve situasjonen som framprovoserer frykt. Smerte-relatert frykt for arbeid kan muligens best reduseres på selve arbeidsplassen. Ønsket om at mestring av ulike fysiske aktiviteter skal ha overføringsverdi til arbeidsliv ser ikke ut til å stemme. Positive erfaringer med fysisk aktivitet førte til mindre redsel for fysisk aktivitet, en direkte konsekvens av det personen hadde erfart og lært. Konklusjonen må være at det blir viktig å kartlegge hvorfor personen frykter sine arbeidsoppgaver, og dernest prøve å følge opp dette i de bestemte situasjonene som forårsaker frykt og angst.

Skåre på subjektive helseplager, sykdomsforståelse og smerte-relatert frykt for fysisk aktivitet endret seg signifikant fra pretest til posttest og holdt seg etter 1 år. Frykt for arbeid og mestring endret seg ikke fra pretest til posttest, men hadde endret seg signifikant etter 1 år. Det mulig å forstå disse funnene både i lys av "Cognitive activation theory of stress" (CATS) og kognitiv adferdsterapi. Både mestring, sykdomsforståelse og smerte-relatert frykt kan forstås som uttrykk for kognisjon, det vil si hvordan menneskehjernen kontinuerlig bearbeider og lagrer all informasjon den mottar (Berge & Repål 2000). Vår kognisjon vil også være farget av vår persepsjon, eller våre teorier om hvordan verden ser ut. Relatert til sykdomsforståelse blir dette kognitive forestillinger om egne plager basert på tidligere erfaringer og kunnskap om tilsvarende medisinske fenomen (Scharloo m.fl. 1998). I CATS-modellen kommer disse mekanismene fram som hjernens filtrering av krav og stressorer. Hvordan vi forstår en situasjon og våre mestringsforventninger, vil være avhengig av lagret erfaring om tilsvarende fenomen. Smerte-relatert frykt kan, basert på en slik forståelse, være et resultat av negative erfaringer med aktivitet og smerte i en gitt situasjon. Det faktum at det kun var smerterelatert frykt for fysisk aktivitet som endret seg signifikant under oppholdet, mens smerte-relatert frykt for arbeid forble uforandret, bekrefter teorier om at disse kognitive mekanismene er situasjonsspesifikke (Overmier 2002). Positive erfaringer med fysisk aktivitet under rehabiliteringsoppholdet ved AiR hadde tilsynelatende ikke ønsket overføringsverdi til brukernes arbeidssituasjon. Det trenger nødvendigvis ikke være slik at den langtidssykmeldte personen ikke ønsker å nå sine mål om å komme tilbake i yrkesaktivitet. Hvis personen ikke lenger har tro på å lykkes med dette prosjektet, kan manglende resultat skyldes en selvoppfyllende profeti. Disse kognitive mekanismene kan

forstås som en del av en ond sirkel. Liten endring i mestringsstil og mestringsforventninger under oppholdet støtter opp om de teorier som hevder at dette er stabile karaktertrekk (Miller 2000). Vi vet at en del av våre automatiske tanker og skjemaer er dannet allerede i barnealder og er sterkt påvirket av våre sosiale relasjoner (Hollon 1998). Noen skjemaer kan være mer stabile enn andre, og derfor vanskeligere å forandre. Det vil være urealistisk å forvente målbare endringer på slike etablerte forestillinger etter 4 ukers intervensjon. Teorier om kognitiv psykologi forutsetter at endringer i mestring, sykdomsforståelse og adferd vil ta tid. Det faktum at det likevel var endringer både i frykt for arbeid og mestring etter et år, bekrefter at det er mulig å endre relativt stabile kognitive forestillinger. Endringene kan skyldes prosesser igangsatt under oppholdet på AiR, men er mest sannsynlig også påvirket av erfaringer gjort i etterkant av oppholdet.

AiR gir et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud til personer som er langt ute i et sykmeldingsforløp. Dette er ikke i samsvar med anbefalinger om at tidlig arbeidsrettet intervensjon er viktig for å forhindre langvarig sykefravær og funksjonsnedsettelse (Gjesdal & Bratberg 2003; Marhold m.fl. 2001). Resultater etter et opphold på AiR må drøftes i lys av kunnskap om at langvarig sykefravær øker kompleksiteten og gjør rehabilitering både dyrere og vanskeligere (Waddell & Burton 2001). Tilbake i arbeid vil alltid være overordnet effektmål ved arbeidsrettet rehabilitering. Komplekse og sammensatte årsaksforhold ved sykefravær, og stor grad av variasjon og bredde i tiltakskjeden, vanskeliggjør evaluering og forskning i feltet.

Denne undersøkelsen hadde ikke til hensikt å evaluere effekt av intervensjonen ved AiR og det er ikke mulig å hevde med sikkerhet at rapporterte endringer hos forsøkspersonene var et resultat av oppholdet ved institusjonen. Da det i denne undersøkelsen ikke var noen kontrollgruppe, kan vi heller ikke vite om de som kom tilbake i yrkesaktivitet ville vært tilbake uavhengig av et opphold på AiR.

10.0 KONKLUSJON

Viktige kjennetegn ved de langtidssykmeldte forsøkspersonene i denne undersøkelsen var mye subjektive helseplager, komorbiditet og lav grad av instrumentell mestring (aktiv mestringsstil). Forsøkspersonenes sykdomsforståelse bar preg av attribusjon til ytre forhold som stress, overarbeid og familieproblemer / bekymringer. Smerte-relatert frykt for arbeid var viktigste prediktor for fortsatt sykefravær både etter 3 måneder og etter 1 år. I tillegg var færre personer med lav utdanning tilbake i yrksaktivitet etter 1 år. Smerte-relatert frykt for arbeid var i stor grad forklart av kort utdanning, muskelskjelettplager, ”pseudonevrologi” (tretthet, depresjon, svimmelhet o.l.) og personens sykdomsforståelse. Det var signifikante endringer over tid i subjektive helseplager, sykdomsforståelse, mestring og smerte-relatert frykt. Undersøkelsen bekrefter antagelsen om at personens egen opplevelse og tolkning av helseplager og arbeidssituasjon hadde større betydning for fortsatt sykefravær enn medisinsk diagnose. Tidligere erfaringer påvirker den sykmeldtes fortolkning av situasjonen og forventninger til hvordan det vil gå videre.

Det er enighet om at sykefravær og da spesielt langtidsfravær og uførhet kan skyldes samvirkning av omgivelsesfaktorer og individuelle forhold hos individet. I denne oppgaven er individfaktorene blitt vektlagt. Hensikten med å sette fokus på enkeltindividet har ikke vært å bagatellisere samfunnsmessige endringer eller arbeidsgivers ansvar og rolle rundt den sykmeldte. Forhold i omgivelsene vil alltid være en del av kartleggingen i forbindelse med arbeidsrettet rehabilitering, men det er i den sykmeldte personen selv at det igangsettes en rehabiliteringsprosess.

For å kunne bli bedre veiledere i denne rehabiliteringsprosessen er det viktig med mer kunnskap om langtidssykmeldte personer under rehabilitering, hvilke muligheter som finnes for endring og hvilke forhold som er av betydning for yrkesaktivitet. Slik kunnskap kan også bidra til å finne effektive tiltak og rett behandling til rett gruppe brukere. Tiltakene bør rettes både mot subjektive helseplager og mot komplekse psykososiale forhold, spesielt de kognitive mekanismer som ligger under frykten for å vende tilbake til arbeid.

REFERANSER

- Aaron, L. A. & Buchwald, D. 2003, "Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and co-morbid unexplained clinical conditions", *Best Pract.Res.Clin.Rheumatol.*, vol. 17, no. 4, pp. 563-574.
- Adler, R. H. 2004, "Chronic fatigue syndrome (cfs)", *Swiss.Med.Wkly.*, vol. 134, no. 19-20, pp. 268-276.
- Afari, N. & Buchwald, D. 2003, "Chronic fatigue syndrome: a review", *Am.J.Psychiatry*, vol. 160, no. 2, pp. 221-236.
- Allan, D. B. & Waddell, G. 1989, "An historical perspective on low back pain and disability", *Acta Orthop.Scand.Suppl*, vol. 234, pp. 1-23.
- American Psychiatric Assosiation 1994, *Diagnostisic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Assosiation., Washington, DC.
- Anderson, R. M., Funnell, M. M., Butler, P. M., Arnold, M. S., Fitzgerald, J. T., & Feste, C. C. 1995, "Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial", *Diabetes Care*, vol. 18, no. 7, pp. 943-949.
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. 1978, "Measuring global well-being," in *Social indicators of well-being*, F. M. Andrews & S. B. Withey, eds., Plenum Press, New York and London, pp. 63-107.
- Antonovsky, A. 1987, *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well* Jossey-Bass, San Francisco.
- Arbeidsdirektoratet 1995, *Yrkes-klassifisering. Yrkeslister med NYK-nummer*.
- Asmundson, G. J., Norton, P. J., & Norton, G. R. 1999, "Beyond pain: the role of fear and avoidance in chronicity", *Clin.Psychol.Rev.*, vol. 19, no. 1, pp. 97-119.
- Bagnall, A. M., Whiting, P., Richardson, R., & Sowden, A. J. 2002, "Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis", *Qual.Saf Health Care*, vol. 11, no. 3, pp. 284-288.
- Ballas, C. A. & Staab, J. P. 2003, "Medically unexplained physical symptoms: toward an alternative paradigm for diagnosis and treatment", *CNS.Spectr.*, vol. 8, no. 12 Suppl 3, pp. 20-26.
- Bandura, A. 1977, *Social Learning Theory* Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J., USA.
- Bandura, A. 1997, *Self-efficacy : the exercise of control* Freeman, New York.
- Beck, A. T. 1991, "Cognitive therapy. A 30-year retrospective", *Am.Psychol.*, vol. 46, no. 4, pp. 368-375.

- Bendix, A. E., Bendix, T., Hastrup, C., & Busch, E. 1998a, "A prospective, randomized 5-year follow-up study of functional restoration in chronic low back pain patients", *Eur.Spine J.*, vol. 7, no. 2, pp. 111-119.
- Bendix, A. F., Bendix, T., & Hastrup, C. 1998b, "Can it be predicted which patients with chronic low back pain should be offered tertiary rehabilitation in a functional restoration program? A search for demographic, socioeconomic, and physical predictors", *Spine*, vol. 23, no. 16, pp. 1775-1783.
- Bentsen, B. G. & Hjortdahl, P. 1991, "[Why do people contact physicians? The development of the core classification of primary health care]", *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, vol. 111, no. 23, pp. 2867-2870.
- Berge, T. & Repål, A. 2000, *Den indre samtalen. Innføring i kognitiv terapi* Gyldendal akademisk, Oslo.
- Bernard, B. P. 1997, "Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors. A critical review of epidemiological evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and low back pain", *U.s.department of health and human services*.
- Bingefors, K. & Isacson, D. 2004, "Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain--a gender perspective", *Eur.J.Pain*, vol. 8, no. 5, pp. 435-450.
- Boersma, K. & Linton, S. J. 2005, "Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention", *Clin.J.Pain*, vol. 21, no. 1, pp. 38-43.
- Bolles, R. C. 1972, "Reinforcement, expectancy and learning", *Psychol.Rev.*, vol. 79, pp. 394-409.
- Boorse, C. 1977, "Health as a theoretical concept", *Philosophy of Science*, 44: 542-573.
- Brage, S. & Bjerkedal, T. 1996, "Musculoskeletal pain and smoking in Norway", *J.Epidemiol.Community Health*, vol. 50, no. 2, pp. 166-169.
- Brage, S., Bjerkedal, T., & Bruusgaard, D. 1997, "Occupation-specific morbidity of musculoskeletal disease in Norway", *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 25, no. 1, pp. 50-57.
- Brage, S., Nygard, J. F., & Tellnes, G. 1998, "The gender gap in musculoskeletal-related long-term sickness absence in Norway", *Scand.J.Soc.Med.*, vol. 26, no. 1, pp. 34-43.
- Brage, S. & Reiso, H. 1999, "[Work ability and gender--physicians' assessment of sick-listed patients]", *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, vol. 119, no. 25, pp. 3737-3740.
- Brekke, M., Hjortdahl, P., & Kvien, T. K. 2002, "Severity of musculoskeletal pain: relations to socioeconomic inequality", *Soc.Sci.Med.*, vol. 54, no. 2, pp. 221-228.
- Brekke, M., Hjortdahl, P., & Kvien, T. K. 2003, "Changes in self-efficacy and health status over 5 years: a longitudinal observational study of 306 patients with rheumatoid arthritis", *Arthritis Rheum.*, vol. 49, no. 3, pp. 342-348.

- Brekke, M., Hjortdahl, P., Thelle, D. S., & Kvien, T. K. 1999, "Disease activity and severity in patients with rheumatoid arthritis: relations to socioeconomic inequality", *Soc.Sci.Med.*, vol. 48, no. 12, pp. 1743-1750.
- Brosschot, J. F. 2002, "Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints", *Scand.J.Psychol.*, vol. 43, no. 2, pp. 113-121.
- Brosse, A. L., Sheets, E. S., Lett, H. S., & Blumenthal, J. A. 2002, "Exercise and the treatment of clinical depression in adults: recent findings and future directions", *Sports Med.*, vol. 32, no. 12, pp. 741-760.
- Brox, J. I., Sorensen, R., Friis, A., Nygaard, O., Indahl, A., Keller, A., Ingebrigtsen, T., Eriksen, H. R., Holm, I., Koller, A. K., Riise, R., & Reikeras, O. 2003, "Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration", *Spine*, vol. 28, no. 17, pp. 1913-1921.
- Buer, N. & Linton, S. J. 2002, "Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population", *Pain*, vol. 99, no. 3, pp. 485-491.
- Burton, C. 2003, "Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS)", *Br.J.Gen.Pract.*, vol. 53, no. 488, pp. 231-239.
- Busch, A., Schachter, C. L., Peloso, P. M., & Bombardier, C. 2002, "Exercise for treating fibromyalgia syndrome", *Cochrane.Database.Syst.Rev.* no. 3, p. CD003786.
- Byrns, G., Agnew, J., & Curbow, B. 2002, "Attributions, stress, and work-related low back pain", *Appl.Occup.EnvIRON.Hyg.*, vol. 17, no. 11, pp. 752-764.
- Carroll, L., Mercado, A. C., Cassidy, J. D., & Cote, P. 2002, "A population-based study of factors associated with combinations of active and passive coping with neck and low back pain", *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 34, no. 2, pp. 67-72.
- Carson, A. J., Ringbauer, B., Stone, J., McKenzie, L., Warlow, C., & Sharpe, M. 2000, "Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics", *J.Neurol.Neurosurg.Psychiatry*, vol. 68, no. 2, pp. 207-210.
- Cassidy, T. 1999, *Stress, cognition and health* Routledge, London.
- Chang, L. 1998, "The association of functional gastrointestinal disorders and fibromyalgia", *Eur.J.Surg.Suppl* no. 583, pp. 32-36.
- Ciccone, D. S. & Natelson, B. H. 2003, "Comorbid illness in women with chronic fatigue syndrome: a test of the single syndrome hypothesis", *Psychosom.Med.*, vol. 65, no. 2, pp. 268-275.
- Crombez, G., Vlaeyen, J. W., Heuts, P. H., & Lysens, R. 1999, "Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability", *Pain*, vol. 80, no. 1-2, pp. 329-339.
- d'Elia, G. 2004, "[Chronic fatigue syndrome in a cognitive perspective. A therapeutic model]", *Lakartidningen*, vol. 101, no. 5, pp. 358-364.

- Dahl, J. C. & Nilsson, A. 2001, "Evaluation of a randomized preventive behavioural medicine work site intervention for public health workers at risk for developing chronic pain", *Eur.J.Pain*, vol. 5, no. 4, pp. 421-432.
- Dionne, C. E., Von Korff, M., Koepsell, T. D., Deyo, R. A., Barlow, W. E., & Checkoway, H. 2001, "Formal education and back pain: a review", *J.Epidemiol.Community Health*, vol. 55, no. 7, pp. 455-468.
- Edmonds, M., McGuire, H., & Price, J. 2004, "Exercise therapy for chronic fatigue syndrome", *Cochrane.Database.Syst.Rev.* no. 3, p. CD003200.
- Egle, U. T., Ecker-Egle, M. L., Nickel, R., & Van Houdenhove, B. 2004, "[Fibromyalgia as a dysfunction of the central pain and stress response]", *Psychother.Psychosom.Med.Psychol.*, vol. 54, no. 3-4, pp. 137-147.
- Eriksen, H. R. & Ihlebæk, C. 2002, "Subjective health complaints", *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 43, no. 2, pp. 101-103.
- Eriksen, H. R., Ihlebaek, C., Mikkelsen, A., Gronningsaeter, H., Sandal, G. M., & Ursin, H. 2002, "Improving subjective health at the worksite: a randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme", *Occupational Medicine-Oxford*, vol. 52, no. 7, pp. 383-391.
- Eriksen, H. R., Ihlebæk, C., & Ursin, H. 1999a, "A scoring system for subjective health complaints (SHC)", *Scand.J.Public Health*, vol. 27, no. 1, pp. 63-72.
- Eriksen, H. R., Olff, M., Murison, R., & Ursin, H. 1999b, "The time dimension in stress responses: relevance for survival and health", *Psychiatry Research*, vol. 85, no. 1, pp. 39-50.
- Eriksen, H. R., Olff, M., & Ursin, H. 1997, "The CODE: A revised battery for coping and defense and its relations to subjective health", *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 38, no. 3, pp. 175-182.
- Eriksen, H. R., Svendsrød, R., Ursin, G., & Ursin, H. 1998, "Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993", *European Journal of Public Health*, vol. 8, no. 4, pp. 294-298.
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. 1999, "Subjective health complaints: is coping more important than control?", *Work and Stress*, vol. 13, no. 3, pp. 238-252.
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. 2002a, "Sensitization and subjective health complaints", *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 43, no. 2, pp. 189-196.
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. 2002b, "Social inequalities in health: Biological, cognitive and learning theory perspectives.", *Norsk Epidemiologi*, vol. 1, pp. 33-38.
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. 2004, "Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress)", *J.Psychosom.Res.*, vol. 56, no. 4, pp. 445-448.
- Eriksen, W., Natvig, B., & Bruusgaard, D. 2001, "Sleep problems: a predictor of long-term work disability? A four-year prospective study", *Scand.J.Public Health*, vol. 29, no. 1, pp. 23-31.

European guidelines 2004a, *Management of chronic non-specific low back pain*.

European guidelines 2004b, *Prevention in low back pain*.

Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., & Salonen, J. T. 1996, "Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer", *Psychosom.Med.*, vol. 58, no. 2, pp. 113-121.

Finfgeld, D. L. 2004, "Empowerment of individuals with enduring mental health problems: results from concept analyses and qualitative investigations", *ANS Adv.Nurs.Sci.*, vol. 27, no. 1, pp. 44-52.

Fischler, B. 1999, "Review of clinical and psychobiological dimensions of the chronic fatigue syndrome: differentiation from depression and contribution of sleep dysfunctions", *Sleep Med.Rev.*, vol. 3, no. 2, pp. 131-146.

Folkehelseinstituttet 2002, *Rapport 2002:6. Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998*. Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Frank, J. W., Brooker, A. S., DeMaio, S. E., Kerr, M. S., Maetzel, A., Shannon, H. S., Sullivan, T. J., Norman, R. W., & Wells, R. P. 1996, "Disability resulting from occupational low back pain. Part II: What do we know about secondary prevention? A review of the scientific evidence on prevention after disability begins", *Spine*, vol. 21, no. 24, pp. 2918-2929.

Fritz, J. M. & George, S. Z. 2002, "Identifying psychosocial variables in patients with acute work-related low back pain: the importance of fear-avoidance beliefs", *Phys.Ther.*, vol. 82, no. 10, pp. 973-983.

Fritz, J. M., George, S. Z., & Delitto, A. 2001, "The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status", *Pain*, vol. 94, no. 1, pp. 7-15.

Fukuda, K., Straus, S. E., Hickie, I., Sharpe, M. C., Dobbins, J. G., & Komaroff, A. 1994, "The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group", *Ann.Intern.Med.*, vol. 121, no. 12, pp. 953-959.

Gannik, D. E. 1999, *Situationel sykdom : fragmenter til en social sykdomsteori baseret paa en undersøgelse af ryglidelser* Samfundslitteratur, Central forskningsenhed for almen praksis, Frederiksberg.

Geisser, M. E., Robinson, M. E., Miller, Q. L., & Bade, S. M. 2003, "Psychosocial factors and functional capacity evaluation among persons with chronic pain", *J.Occup.Rehabil.*, vol. 13, no. 4, pp. 259-276.

George, S. Z., Fritz, J. M., & Erhard, R. E. 2001, "A comparison of fear-avoidance beliefs in patients with lumbar spine pain and cervical spine pain", *Spine*, vol. 26, no. 19, pp. 2139-2145.

- Gjesdal, S. & Bratberg, E. 2002, "The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits. Results from a multiregister based, prospective study in Norway 1990-1995", *Eur.J.Public Health*, vol. 12, no. 3, pp. 180-186.
- Gjesdal, S. & Bratberg, E. 2003, "Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: Results from a three-year, multi-register based and prospective study", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 31, no. 4, pp. 246-254.
- Grotle, M., Vøllestad, N. K., Veierød, M. B., & Brox, J. I. 2004, "Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain", *Pain*, vol. 112, no. 3, pp. 343-352.
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., & Bombardier, C. 2001, "Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review", *BMJ*, vol. 322, no. 7301, pp. 1511-1516.
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., & Bombardier, C. 2002, "Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain", *Cochrane.Database.Syst.Rev.* no. 1, p. CD000963.
- Hagen, E. M., Eriksen, H. R., & Ursin, H. 2000, "Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain?", *Spine*, vol. 25, no. 15, pp. 1973-1976.
- Hagen, K. B., Tambs, K., & Bjerkedal, T. 2002, "A prospective cohort study of risk factors for disability retirement because of back pain in the general working population", *Spine*, vol. 27, no. 16, pp. 1790-1796.
- Haldorsen, E. M., Brage, S., Johannesen, T. S., Tellnes, G., & Ursin, H. 1996, "Musculoskeletal pain: concepts of disease, illness, and sickness certification in health professionals in Norway", *Scand.J.Rheumatol.*, vol. 25, no. 4, pp. 224-232.
- Haldorsen, E. M., Grasdahl, A. L., Skouen, J. S., Risa, A. E., Kronholm, K., & Ursin, H. 2002, "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*, vol. 95, no. 1-2, pp. 49-63.
- Haldorsen, E. M., Indahl, A., & Ursin, H. 1998a, "Patients with low back pain not returning to work. A 12-month follow-up study", *Spine*, vol. 23, no. 11, pp. 1202-1207.
- Haldorsen, E. M., Kronholm, K., Skouen, J. S., & Ursin, H. 1998b, "Multimodal cognitive behavioral treatment of patients sicklisted for musculoskeletal pain: a randomized controlled study", *Scand.J.Rheumatol.*, vol. 27, no. 1, pp. 16-25.
- Haldorsen, E. M., Kronholm, K., Skouen, J. S., & Ursin, H. 1998c, "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*, vol. 2, no. 4, pp. 293-307.
- Haug, T. T., Wilhelmsen, I., Ursin, H., & Berstad, A. 1995, "What are the real problems for patients with functional dyspepsia?", *Scand.J.Gastroenterol.*, vol. 30, no. 2, pp. 97-100.

Haugli, L., Steen, E., Laerum, E., Nygard, R., & Finset, A. 2001, "Learning to have less pain - is it possible? A one-year follow-up study of the effects of a personal construct group learning programme on patients with chronic musculoskeletal pain", *Patient.Educ.Couns.*, vol. 45, no. 2, pp. 111-118.

Haugstvedt, K. T. S., Graff-Iversen, S., Sørensen, M., & Haugstvedt, Y. 2002, *Rapport 2000:2 Sammen for egen vekst. Mobilisering av ressurser hos sykmeldte* Folkehelseinstituttet, Oslo.

Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. 2003, "Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review", *Psychosom.Med.*, vol. 65, no. 4, pp. 528-533.

Hollon, S. D. 1998, "What is cognitive behavioural therapy and does it work?", *Curr.Opin.Neurobiol.*, vol. 8, no. 2, pp. 289-292.

Hoogendoorn, W. E., van Poppel, M. N., Bongers, P. M., Koes, B. W., & Bouter, L. M. 2000, "Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain", *Spine*, vol. 25, no. 16, pp. 2114-2125.

Ihlebaek, C. & Eriksen, H. R. 2003, "Are the "myths" of low back pain alive in the general Norwegian population?", *Scand.J.Public Health*, vol. 31, no. 5, pp. 395-398.

Ihlebaek, C. & Eriksen, H. R. 2003, "Occupational and social variation in subjective health complaints", *Occup.Med.(Lond)*, vol. 53, no. 4, pp. 270-278.

Ihlebaek, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. 2002, "Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 30, no. 1, pp. 20-29.

Imsen, G. 1998, *Elevers verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. Tano Aschehoug.

Indahl, A. 2004, "Low back pain: diagnosis, treatment, and prognosis", *Scand.J.Rheumatol.*, vol. 33, no. 4, pp. 199-209.

Indahl, A., Velund, L., & Reikeraas, O. 1995, "Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial", *Spine*, vol. 20, no. 4, pp. 473-477.

Kann, I. C. & Kolstad, A. 2003, *Rapport 10/2003. Effekt av aktiv sykmelding?* Rikstrygdeverket. Utredningsavdelingen..

Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., & Koes, B. 2000, "Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults", *Cochrane.Database.Syst.Rev.* no. 2, p. CD001984.

Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., & Koes, B. 2003a, "Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults", *Cochrane.Database.Syst.Rev.* no. 2, p. CD002194.

Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., & Koes, B. 2003b, "Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults", *Cochrane.Database.Syst.Rev.* no. 2, p. CD002193.

- Keel, P. 1999, "Pain management strategies and team approach", *Baillieres Best.Pract.Res.Clin.Rheumatol.*, vol. 13, no. 3, pp. 493-506.
- Kessler, R. C. & Frank, R. G. 1997, "The impact of psychiatric disorders on work loss days", *Psychol.Med.*, vol. 27, no. 4, pp. 861-873.
- Klaber Moffett, J. A., Carr, J., & Howarth, E. 2004, "High fear-avoiders of physical activity benefit from an exercise program for patients with back pain", *Spine*, vol. 29, no. 11, pp. 1167-1172.
- Kole-Snijders, A. M., Vlaeyen, J. W., Goossens, M. E., Rutten-van Molken, M. P., Heuts, P. H., van Breukelen, G., & van Eek, H. 1999, "Chronic low-back pain: what does cognitive coping skills training add to operant behavioral treatment? Results of a randomized clinical trial", *J.Consult Clin.Psychol.*, vol. 67, no. 6, pp. 931-944.
- Kolstad, A. 2004, *Rapport 03/2004. Effekt av aktiv sykmelding, 2002-2003 Rikstrygdeverket. Utredningsavdelingen.*
- Korszun, A. 2000, "Sleep and circadian rhythm disorders in fibromyalgia", *Curr.Rheumatol.Rep.*, vol. 2, no. 2, pp. 124-130.
- Kristenson, M., Eriksen, H. R., Sluiter, J. K., Starke, D., & Ursin, H. 2004, "Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health", *Social Science & Medicine*, vol. 58, no. 8, pp. 1511-1522.
- Kristenson, M., Kucinskiene, Z., Bergdahl, B., Calkauskas, H., Urmonas, V., & Orth-Gomer, K. 1998, "Increased psychosocial strain in Lithuanian versus Swedish men: the LiVicordia study", *Psychosom.Med.*, vol. 60, no. 3, pp. 277-282.
- Kristenson, M., Kucinskiene, Z., Bergdahl, B., & Ort-Gomer, K. 2001, "Risk factors for coronary heart disease in different socioeconomic groups of Lithuania and Sweden--the LiVicordia Study", *Scand.J.Public Health*, vol. 29, no. 2, pp. 140-150.
- Kroenke, K. 2003, "Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management", *Int.J.Methods Psychiatr.Res.*, vol. 12, no. 1, pp. 34-43.
- Krupp, L. B., Mendelson, W. B., & Friedman, R. 1991, "An overview of chronic fatigue syndrome", *J.Clin.Psychiatry*, vol. 52, no. 10, pp. 403-410.
- Kurtze, N. 2004, "[Fibromyalgia--effect of exercise]", *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, vol. 124, no. 19, pp. 2475-2478.
- Larsen, B. A., Forde, O. H., & Tellnes, G. 1994, "[Physician's role in certification for sick leave]", *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, vol. 114, no. 12, pp. 1442-1444.
- Lau-Walker, M. 2004, "Relationship between illness representation and self-efficacy", *J.Adv.Nurs.*, vol. 48, no. 3, pp. 216-225.
- Lazarus, R. S. 1984, *Stress, appraisal, and coping* Springer Publ. Co., New York.

- Levine, S. & Ursin, H. 1991, "What is stress?," in *Stress. Neurobiology and Neuroendocrinology*, M. R. Brown, G. F. Koob, & C. Rivier, eds., Marcel Dekker, New York, pp. 3-21.
- Lindh, M., Lurie, M., & Sanne, H. 1997, "A randomized prospective study of vocational outcome in rehabilitation of patients with non-specific musculoskeletal pain: a multidisciplinary approach to patients identified after 90 days of sick-leave", *Scand.J.Rehabil.Med.*, vol. 29, no. 2, pp. 103-112.
- Linton, S. J. 2001, "Occupational psychological factors increase the risk for back pain: a systematic review", *J.Occup.Rehabil.*, vol. 11, no. 1, pp. 53-66.
- Linton, S. J. 2002, "Early identification and intervention in the prevention of musculoskeletal pain", *Am.J.Ind.Med.*, vol. 41, no. 5, pp. 433-442.
- Linton, S. J. & Andersson, T. 2000, "Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain", *Spine*, vol. 25, no. 21, pp. 2825-2831.
- Linton, S. J., Boersma, K., Jansson, M., Svard, L., & Botvalde, M. 2005, "The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave: a randomized controlled trial", *Clin.J.Pain*, vol. 21, no. 2, pp. 109-119.
- Linton, S. J. & Ryberg, M. 2001, "A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial", *Pain*, vol. 90, no. 1-2, pp. 83-90.
- Linton, S. J. & van Tulder, M. W. 2001, "Preventive interventions for back and neck pain problems: what is the evidence?", *Spine*, vol. 26, no. 7, pp. 778-787.
- Lorenzen, I. 1994, "Fibromyalgia - A Clinical Challenge", *Journal of Internal Medicine*, vol. 235, no. 3, pp. 199-203.
- MacDonald, L. A., Karasek, R. A., Punnett, L., & Scharf, T. 2001, "Covariation between workplace physical and psychosocial stressors: evidence and implications for occupational health research and prevention", *Ergonomics*, vol. 44, no. 7, pp. 696-718.
- Mæland, J. G. 2003, *Veileder i trygdemedisin 2003* Gyldendal akademisk, Oslo.
- Magnussen, L., Rognsvag, T., Tveito, T. H., & Eriksen, H. R. 2005, "Effect of a Brief Cognitive Training Programme in Patients with Long-lasting Back Pain Evaluated as Unfit for Surgery", *J.Health Psychol.*, vol. 10, no. 2, pp. 233-243.
- Maiden, N. L., Hurst, N. P., Lochhead, A., Carson, A. J., & Sharpe, M. 2003, "Medically unexplained symptoms in patients referred to a specialist rheumatology service: prevalence and associations", *Rheumatology (Oxford)*, vol. 42, no. 1, pp. 108-112.
- Malterud, K. & Taksdal, A. 2001, "[A shared room of reflection where the patient's symptoms are valid sources of knowledge]", *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, vol. 121, no. 30, pp. 3605-3609.

- Mannion, A. F., Junge, A., Taimela, S., Muntener, M., Lorenzo, K., & Dvorak, J. 2001, "Active therapy for chronic low back pain: part 3. Factors influencing self-rated disability and its change following therapy", *Spine*, vol. 26, no. 8, pp. 920-929.
- Mannion, A. F., Muntener, M., Taimela, S., & Dvorak, J. 1999, "A randomized clinical trial of three active therapies for chronic low back pain", *Spine*, vol. 24, no. 23, pp. 2435-2448.
- Marhold, C., Linton, S. J., & Melin, L. 2001, "A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave", *Pain*, vol. 91, no. 1-2, pp. 155-163.
- Martinsen, E. W. 2003, "Kan man løpe fra angst og depresjon?", *Tidsskrift for norsk psykologforening*, vol. 40, pp. 676-681.
- Mikkelsen, A. 2002, *Tiltak mot sykefravær* Cappelen akademisk forl., Oslo.
- Mikkelsen, A. & Saksvik, P. O. 1999, "Impact of a participatory organizational intervention on job characteristics and job stress", *Int.J.Health Serv.*, vol. 29, no. 4, pp. 871-893.
- Miller, J. F. 2000, "Client power resources and analysis of coping with illness," in *Coping with chronic illness, overcoming powerlessness*, J. F. Miller & F. A. Miller, eds., Davis Company, Philadelphia, pp. 3-53.
- Molde, H. E., Grasdal, A., & Eriksen, H. R. 2003, "Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study", *Spine*, vol. 28, no. 20, pp. 2309-2315.
- Morken, T., Riise, T., Moen, B., Hauge, S. H., Holien, S., Langedrag, A., Pedersen, S., Saue, I. L., Seljebo, G. M., & Thoppil, V. 2003, "Low back pain and widespread pain predict sickness absence among industrial workers", *BMC.Musculoskelet.Disord.*, vol. 4, no. 1, p. 21.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. 1999, "Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache", *Pain*, vol. 80, no. 1-2, pp. 1-13.
- Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, & Buick D 2002, "The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)", *Psychology and Health*, vol. 17, pp. 1-16.
- Moss-Morris, R. & Chalder, T. 2003, "Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis", *J.Psychosom.Res.*, vol. 55, no. 4, pp. 305-308.
- Moss-Morris, R., Sharon, C., Tobin, R., & Baldi, J. C. 2005, "A randomized controlled graded exercise trial for chronic fatigue syndrome: outcomes and mechanisms of change", *J.Health Psychol.*, vol. 10, no. 2, pp. 245-259.
- Natvig, B., Bruusgaard, D., & Eriksen, W. 2001, "Localized low back pain and low back pain as part of widespread musculoskeletal pain: two different disorders? A cross-sectional population study", *J.Rehabil.Med.*, vol. 33, no. 1, pp. 21-25.
- Natvig, B., Eriksen, W., & Bruusgaard, D. 2002, "Low back pain as a predictor of long-term work disability", *Scand.J.Public Health*, vol. 30, no. 4, pp. 288-292.

- Natvig, B., Nessiøy, I., Bruusgaard, D., & Rutle, O. 1995, "Musculoskeletal symptoms in a local community", *European Journal of General Practice*, vol. 1, pp. 25-28.
- Neerinx, E., Van Houdenhove, B., Lysens, R., Vertommen, H., & Onghena, P. 2000, "Attributions in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome in tertiary care", *J.Rheumatol.*, vol. 27, no. 4, pp. 1051-1055.
- Nicassio, P. M., Moxham, E. G., Schuman, C. E., & Gevirtz, R. N. 2002, "The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia", *Pain*, vol. 100, no. 3, pp. 271-279.
- Nicassio, P. M., Radojevic, V., Weisman, M. H., Schuman, C., Kim, J., Schoenfeld-Smith, K., & Krall, T. 1997, "A comparison of behavioral and educational interventions for fibromyalgia", *J.Rheumatol.*, vol. 24, no. 10, pp. 2000-2007.
- NOU 27 2000, *Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv.*
- Nygård, R. 1993, *Aktør eller brikke? -om menneskers selvforståelse. Ad Notam Gyldendal.*
- Nykvist, K., Kjellberg, A., & Bildt, C. 2002, "Causal explanations for common somatic symptoms among women and men", *Int.J.Behav.Med.*, vol. 9, no. 3, pp. 286-300.
- Nystuen, P., Hagen, K. B., & Herrin, J. 2001, "Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce", *Scand.J.Public Health*, vol. 29, no. 3, pp. 175-182.
- O'Neill, E. S. & Morrow, L. L. 2001, "The symptom experience of women with chronic illness", *J.Adv.Nurs.*, vol. 33, no. 2, pp. 257-268.
- Oliver, A. & Cookson, R. 2000, "Towards multidisciplinary research into health inequalities", *Health Econ.*, vol. 9, no. 7, pp. 565-566.
- Overmier, J. B. 2002, "Sensitization, conditioning, and learning: can they help us understand somatization and disability?", *Scand.J.Psychol.*, vol. 43, no. 2, pp. 105-112.
- Pallant, J. 2001, *SPSS. Survival manual . A step by step guide to data analysis using SPSS* St. Edmundsbury Press, Suffolk.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. 1981, "The stress process", *J.Health Soc.Behav.*, vol. 22, no. 4, pp. 337-356.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. 1978, "The structure of coping", *J.Health Soc.Behav.*, vol. 19, no. 1, pp. 2-21.
- Petrie, K., Moss-Morris, R., & Weinman, J. 1995, "The impact of catastrophic beliefs on functioning in chronic fatigue syndrome", *J.Psychosom.Res.*, vol. 39, no. 1, pp. 31-37.
- Petrie, K. J., Sivertsen, B., Hysing, M., Broadbent, E., Moss-Morris, R., Eriksen, H. R., & Ursin, H. 2001, "Thoroughly modern worries: the relationship of worries about modernity to reported symptoms, health and medical care utilization", *J.Psychosom.Res.*, vol. 51, no. 1, pp. 395-401.

- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., & Buckley, J. 1996, "Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study", *BMJ*, vol. 312, no. 7040, pp. 1191-1194.
- Pfingsten, M., Leibing, E., Harter, W., Kroner-Herwig, B., Hempel, D., Kronshage, U., & Hildebrandt, J. 2001, "Fear-avoidance behavior and anticipation of pain in patients with chronic low back pain: a randomized controlled study", *Pain Med.*, vol. 2, no. 4, pp. 259-266.
- Price, J. R. & Couper, J. 2000, "Cognitive behaviour therapy for adults with chronic fatigue syndrome", *Cochrane.Database.Syst.Rev.* no. 2, p. CD001027.
- Prins, J. B., Bleijenberg, G., Bazelmans, E., Elving, L. D., de Boo, T. M., Severens, J. L., van der Wilt, G. J., Spinhoven, P., & van der Meer, J. W. 2001, "Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial", *Lancet*, vol. 357, no. 9259, pp. 841-847.
- Rapport nr.1 Folkehelseinstituttet 2003, *Bedre helse - større forskjeller. En analyse av hvordan inntekt, utdanning, og husholdningsinntekt har påvirket dødeligheten i befolkningen i perioden 1970-77, 1980-87, 1990-97.*
- Redondo, J. R., Justo, C. M., Moraleda, F. V., Velayos, Y. G., Puche, J. J., Zubero, J. R., Hernandez, T. G., Ortells, L. C., & Pareja, M. A. 2004, "Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach", *Arthritis Rheum.*, vol. 51, no. 2, pp. 184-192.
- Richardson, R. D. & Engel, C. C., Jr. 2004, "Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms", *Neurologist*, vol. 10, no. 1, pp. 18-30.
- Rognerud, M., Strand, B. H., & Dalgard, O. S. 2002, "Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil", *Norsk Epidemiologi*, vol. 12 (3), pp. 239-248.
- Ross, S. D., Estok, R. P., Frame, D., Stone, L. R., Ludensky, V., & Levine, C. B. 2004, "Disability and chronic fatigue syndrome: a focus on function", *Arch.Intern.Med.*, vol. 164, no. 10, pp. 1098-1107.
- Rygh, L. J., Tjolsen, A., Hole, K., & Svendsen, F. 2002, "Cellular memory in spinal nociceptive circuitry", *Scand.J.Psychol.*, vol. 43, no. 2, pp. 153-159.
- Salmon, P. 2001, "Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory", *Clin.Psychol.Rev.*, vol. 21, no. 1, pp. 33-61.
- Salmon, P. & Hall, G. M. 2003, "Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine", *Soc.Sci.Med.*, vol. 57, no. 10, pp. 1969-1980.
- Salmon, P., Woloshynowych, M., & Valori, R. 1996, "The measurement of beliefs about physical symptoms in English general practice patients", *Soc.Sci.Med.*, vol. 42, no. 11, pp. 1561-1567.
- Sandstrand, T. 2002, "Mestring - en del av rehabiliteringen.", *Rehabiliteringsmagasinet Bris*, vol. 2.

- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E., & Tell, G. S. 2003, "Occupational differences in levels of anxiety and depression: the Hordaland Health Study", *J.Occup.Environ.Med.*, vol. 45, no. 6, pp. 628-638.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B. J., & Rooijmans, H. G. 2000, "Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up", *Br.J.Dermatol.*, vol. 142, no. 5, pp. 899-907.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N., Bergman, W., & Rooijmans, H. G. 1998, "Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis", *J.Psychosom.Res.*, vol. 44, no. 5, pp. 573-585.
- Scheel, I. B., Hagen, K. B., Herrin, J., Carling, C., & Oxman, A. D. 2002, "Blind faith? The effects of promoting active sick leave for back pain patients: a cluster-randomized controlled trial", *Spine*, vol. 27, no. 23, pp. 2734-2740.
- Schonstein, E., Kenny, D., Keating, J., Koes, B., & Herbert, R. D. 2003a, "Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a cochrane systematic review", *Spine*, vol. 28, no. 19, p. E391-E395.
- Schonstein, E., Kenny, D. T., Keating, J., & Koes, B. W. 2003b, "Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain", *Cochrane.Database.Syst.Rev.* no. 1, p. CD001822.
- Schreurs, P. J. G., Van De Willige, G., Brosschot, J. F., & Grau, G. 1993, "De Utrechtse Copinglijst: UCL. Handleiding", *Lisse: Swets en Zeitlinger*.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. 1995, "Generalized Self-Efficacy scale," in *Measures in health psychology: A user`s portfolio. Causal and control beliefs*, J. Weinman & S. Wright, eds., NFER-NELSON, Windsor, UK, pp. 35-37.
- Selye, H. 1974, *Stress without distress* Loppincott, New York.
- Selye, H. 1956, *The stress of life* McGraw-Hill, New York.
- Sharpe, M. 1996, "Chronic fatigue syndrome", *Psychiatr.Clin.North Am.*, vol. 19, no. 3, pp. 549-573.
- SHUS-rapport nr 4 2001, *Prognosegrupper blant sykmeldte* Statens helseundersøkelser, Rapport fra NHO-Prosjekt nr. 1604 - Trinn II, Clausen B. & Haugstvedt KTS.
- Skouen, J. S., Grasdahl, A. L., Haldorsen, E. M., & Ursin, H. 2002, "Relative cost-effectiveness of extensive and light multidisciplinary treatment programs versus treatment as usual for patients with chronic low back pain on long-term sick leave: randomized controlled study", *Spine*, vol. 27, no. 9, pp. 901-909.
- Skovron, M. L. 1992, "Epidemiology of low back pain", *Baillieres Clin.Rheumatol.*, vol. 6, no. 3, pp. 559-573.
- Sosial og helsedirektoratet 2004, <http://www.kith.no/icf>.

- Søvik, O. 2001, "[The concept of disease in historical and current context]", *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, vol. 121, no. 22, pp. 2624-2627.
- St.meld.nr.21 1999, *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Det kongelige sosial- og helsedepartement..
- Staal, J. B., Hlobil, H., van Tulder, M. W., Koke, A. J., Smid, T., & van Mechelen, W. 2002, "Return-to-work interventions for low back pain: a descriptive review of contents and concepts of working mechanisms", *Sports Med.*, vol. 32, no. 4, pp. 251-267.
- Statistisk sentralbyrå 1996, http://www.ssb.no/www-open/ukens_statistikk/utg/9635/1.html.
- Statistisk sentralbyrå 2000, http://www.ssb.no/www-open/emner/00/02/10/ola_kari/arbeid/.
- Steingrimsdottir, O. A., Vollestad, N. K., Roe, C., & Knardahl, S. 2004, "Variation in reporting of pain and other subjective health complaints in a working population and limitations of single sample measurements", *Pain*, vol. 110, no. 1-2, pp. 130-139.
- Storheim, K., Brox, J. I., Holm, I., Koller, A. K., & Bo, K. 2003, "Intensive group training versus cognitive intervention in sub-acute low back pain: short-term results of a single-blind randomized controlled trial", *J.Rehabil.Med.*, vol. 35, no. 3, pp. 132-140.
- Storrø, S., Moen, J., & Svebak, S. 2004, "Effects on sick-leave of a multidisciplinary rehabilitation programme for chronic low back, neck or shoulder pain: comparison with usual treatment", *J.Rehabil.Med.*, vol. 36, no. 1, pp. 12-16.
- Strong, J. 1998, "Incorporating cognitive-behavioral therapy with occupational therapy: A comparative study with patients with low back pain", *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 8, no. 1, pp. 61-71.
- Tellnes, G. & Bjerkedal, T. 1989, "Epidemiology of sickness certification--a methodological approach based on a study from Buskerud County in Norway", *Scand.J.Soc.Med.*, vol. 17, no. 3, pp. 245-251.
- Theorell, T. & Karasek, R. A. 1996, "Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research", *J.Occup.Health Psychol.*, vol. 1, no. 1, pp. 9-26.
- Thesen, J. & Malterud, K. 2001, "[Empowerment and stronger patient's position--an educational model]", *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, vol. 121, no. 13, pp. 1624-1628.
- Thomas, C. H. & MacAdams, D. 2004, "Back pain rehabilitation", *Aust.Fam.Physician*, vol. 33, no. 6, pp. 427-430.
- Thorlacius, S., Jonsson, F. H., & Gudmundsson, G. K. 2002, "Vocational rehabilitation for prevention of disability in Iceland", *Disability Medicine*, vol. 2, pp. 79-85.
- Trygdeetaten 2004, www.trygdeetaten.no.
- Trygdeetaten 2005, www.trygdeetaten.no.
- Turner, J. A. 1996, "Educational and behavioral interventions for back pain in primary care", *Spine*, vol. 21, no. 24, pp. 2851-2857.

- Turner, R. J. & Lloyd, D. A. 1999, "The stress process and the social distribution of depression", *J.Health Soc.Behav.*, vol. 40, no. 4, pp. 374-404.
- Tveito, T. H., Halvorsen, A., Lauvålien, J. V., & Eriksen, H. R. 2002, "Room for everyone in working life? 10% of the employees - 82% of the sickness leave.", *Norsk Epidemiologi*, vol. 12 (1), pp. 63-68.
- Tveito, T. H., Hysing, M., & Eriksen, H. R. 2004, "Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review", *Occup.Med.(Lond)*, vol. 54, no. 1, pp. 3-13.
- Uhlig, T., Hagen, K. B., & Kvien, T. K. 2002, "Why do patients with chronic musculoskeletal disorders consult their primary care physicians?", *Curr.Opin.Rheumatol.*, vol. 14, no. 2, pp. 104-108.
- Undeland, M. & Malterud, K. 2002, "Diagnostic work in general practice: more than naming a disease", *Scand.J.Prim.Health Care*, vol. 20, no. 3, pp. 145-150.
- Unden, A. L., Schenck-Gustafsson, K., Axelsson, P. O., Karlsson, I., Orth-Gomer, K., & Ydrefors, A. M. 1993, "Positive effects of increased nurse support for male patients after acute myocardial infarction", *Qual.Life Res.*, vol. 2, no. 2, pp. 121-127.
- Unger, E. R., Nisenbaum, R., Moldofsky, H., Cesta, A., Sammut, C., Reyes, M., & Reeves, W. C. 2004, "Sleep assessment in a population-based study of chronic fatigue syndrome", *BMC.Neurol.*, vol. 4, no. 1, p. 6.
- Ursin, H. 1988, "Expectancy and activation: An attempt to systematize stress theory," in *Neurobiological approaches to human disease*, D. Hellhammer, I. Florin, & H. Weiner, eds., Huber, Toronto, pp. 313-334.
- Ursin, H. 1997, "Sensitization, somatization, and subjective health complaints", *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 4, no. 2, pp. 105-116.
- Ursin, H. 1999, "[Prognosis in back pain]", *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, vol. 119, no. 13, pp. 1909-1912.
- Ursin, H. 2000, "Norsk ryggforskning," in *Korsryggsmarter. En samfunnsmedisinsk og allmennmedisinsk utfordring. Festskrift til Dag Bruusgaard i anledning hans 60 års fødselsdag*, W. Eriksen & S. Brage, eds., Unipub forlag, pp. 139-158.
- Ursin, H. 2003, "Psychological factors in the treatment of chronic pain," in *Psyche, Soma and Pain*, E. Kalso, A.-M. Estlander, & M. Klockars, eds., The Signe and Ane Gyllenberg Foundation, Helsinki.
- Ursin, H., Endresen, I. M., Håland, E. M., & Mjellem, N. 1993, "Sensitization: a neurological theory for muscle pain.," in *Progress in fibromyalgia and myofacial pain.*, H. Værøy & H. Merkey, eds., Elsevier, Amsterdam, pp. 413-427.
- Ursin, H. & Eriksen, H. R. 2001, "Sensitization, subjective health complaints, and sustained arousal", *Ann.N.Y.Acad.Sci.*, vol. 933, pp. 119-129.
- Ursin, H. & Eriksen, H. R. 2004, "The cognitive activation theory of stress", *Psychoneuroendocrinology*, vol. 29, no. 5, pp. 567-592.

- Vaa, G. 1997, *Frå visjon til handling til ny visjon. 1986 til 1997 Attføringscenteret i Rauland*.
- Vahtera, J., Kivimaki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P., & Ferrie, J. E. 2004, "Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study", *BMJ*, vol. 328, no. 7439, p. 555.
- van den Hout, J. H., Vlaeyen, J. W., Heuts, P. H., Zijlema, J. H., & Wijnen, J. A. 2003, "Secondary prevention of work-related disability in nonspecific low back pain: does problem-solving therapy help? A randomized clinical trial", *Clin.J.Pain*, vol. 19, no. 2, pp. 87-96.
- van Dulmen, A. M., Fennis, J. F., & Bleijenbergh, G. 1996, "Cognitive-behavioral group therapy for irritable bowel syndrome: effects and long-term follow-up", *Psychosom.Med.*, vol. 58, no. 5, pp. 508-514.
- Van Houdenhove, B. 2003, "Fibromyalgia: a challenge for modern medicine", *Clin.Rheumatol.*, vol. 22, no. 1, pp. 1-5.
- Van Houdenhove, B. & Egle, U. T. 2004, "Fibromyalgia: a stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together", *Psychother.Psychosom.*, vol. 73, no. 5, pp. 267-275.
- van Tulder, M. & Koes, B. 2003, "Low back pain and sciatica (chronic)", *Clin.Evid.* no. 9, pp. 1260-1276.
- van Tulder, M., Koes, B., & Bombardier, C. 2002, "Low back pain", *Best.Pract.Res.Clin.Rheumatol.*, vol. 16, no. 5, pp. 761-775.
- van Tulder, M., Malmivaara, A., Esmail, R., & Koes, B. 2000a, "Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group", *Spine*, vol. 25, no. 21, pp. 2784-2796.
- van Tulder, M. W., Ostelo, R., Vlaeyen, J. W., Linton, S. J., Morley, S. J., & Assendelft, W. J. 2000b, "Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group", *Spine*, vol. 25, no. 20, pp. 2688-2699.
- Vlaeyen, J. W. & Crombez, G. 1999, "Fear of movement/(re)injury, avoidance and pain disability in chronic low back pain patients", *Man.Ther.*, vol. 4, no. 4, pp. 187-195.
- Vlaeyen, J. W. & Linton, S. J. 2000, "Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art", *Pain*, vol. 85, no. 3, pp. 317-332.
- Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D. L., Simon, G., Saunders, K., Stang, P., Brandenburg, N., & Kessler, R. 2005, "Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication", *Pain*, vol. 113, no. 3, pp. 331-339.
- Vowles, K. E. & Gross, R. T. 2003, "Work-related beliefs about injury and physical capability for work in individuals with chronic pain", *Pain*, vol. 101, no. 3, pp. 291-298.
- Waddell, G. 1987, "1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain", *Spine*, vol. 12, no. 7, pp. 632-644.

Waddell, G. 1993, "How patients react to low back pain", *Acta Orthop.Scand.Suppl*, vol. 251, pp. 21-24.

Waddell, G. 1998, *The Back Pain Revolution*. Churchill Livingstone, United Kingdom.

Waddell, G. & Burton, A. K. 2001, "Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review", *Occup.Med.(Lond)*, vol. 51, no. 2, pp. 124-135.

Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. 1993, "A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability", *Pain*, vol. 52, no. 2, pp. 157-168.

Wallman, K. E., Morton, A. R., Goodman, C., Grove, R., & Guilfoyle, A. M. 2004, "Randomised controlled trial of graded exercise in chronic fatigue syndrome", *Med.J.Aust.*, vol. 180, no. 9, pp. 444-448.

Watson, D. & Pennebaker, J. W. 1989, "Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity", *Psychol.Rev.*, vol. 96, no. 2, pp. 234-254.

Watson, P. J., Booker, C. K., Moores, L., & Main, C. J. 2004, "Returning the chronically unemployed with low back pain to employment", *Eur.J.Pain*, vol. 8, no. 4, pp. 359-369.

Weinman, J. & Petrie, K. J. 1997, "Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics?", *J.Psychosom.Res.*, vol. 42, no. 2, pp. 113-116.

Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. 1996, "The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness", *Psychology and Health*, vol. 11, p. 431.

Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. 1999, "Functional somatic syndromes: one or many?", *Lancet*, vol. 354, no. 9182, pp. 936-939.

Westgaard, R. H. & Winkel, J. 1997, "Ergonomic intervention research for improved musculoskeletal health: a critical review.", *International Journal Ind Ergon*, vol. 20, pp. 463-500.

White, K. P., Speechley, M., Harth, M., & Ostbye, T. 2000, "Co-existence of chronic fatigue syndrome with fibromyalgia syndrome in the general population. A controlled study", *Scand.J.Rheumatol.*, vol. 29, no. 1, pp. 44-51.

Whiting, P., Bagnall, A. M., Sowden, A. J., Cornell, J. E., Mulrow, C. D., & Ramirez, G. 2001, "Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review", *JAMA*, vol. 286, no. 11, pp. 1360-1368.

WHO 2001, <http://www.who.int/classification/icf>.

Wilhelmsen, I. 2001, "Kognitiv terapi ved somatoforme lidelser", *Tidsskrift for norsk psykologforening*, vol. 38, pp. 735-745.

Wilhelmsen, I. 2002, "Somatization, sensitization, and functional dyspepsia", *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 43, no. 2, pp. 177-180.

Woby, S. R., Watson, P. J., Roach, N. K., & Urmston, M. 2004, "Are changes in fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control, predictive of changes in chronic low back pain and disability?", *Eur.J.Pain*, vol. 8, no. 3, pp. 201-210.

World Health Organisation 1986, *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO Europe, Copenhagen.

Yunus, M. B., Kalyan-Raman, U. P., & Kalyan-Raman, K. 1988, "Primary fibromyalgia syndrome and myofascial pain syndrome: clinical features and muscle pathology", *Arch.Phys.Med.Rehabil.*, vol. 69, no. 6, pp. 451-454.

VEDLEGG

- Vedlegg 1 Brukerundersøkelse, Attføringscenteret i Rauland.
(Spørreskjemaet om subjektive helseplager, sykdomsforståelse, mestring og smerterelatert frykt).
- Vedlegg 2 3 måneders skjema om arbeids- og sykmeldingsforhold.
- Vedlegg 3 Kortversjon av 3 måneders skjema etter 1 år, om arbeids- og sykmeldingsforhold.
- Vedlegg 4 Konesjon fra Datatilsynet.
- Vedlegg 5 Fullmakt.
- Vedlegg 6 Kvittering fra personvernombudet,
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).
- Vedlegg 7 Informasjonsskriv til forsøkspersonene ved alle 3 registreringer.

ID nr: _____

Brukerundersøkelse

Attføringscenteret

i Rauland



I samarbeid med
Nasjonalt Ryggnettverk
Forskningsenheten
HALOS
Universitetet i Bergen

Dato: _____

1. Kjønn: θ_1 Mann θ_2 Kvinne

2. Fødselsår: 19_____

3. Sivilstand:

θ_1 Ugift

θ_3 Samboer

θ_5 Skilt

θ_2 Gift

θ_4 Enke-/enkemann

θ_6 Separert

4a. Hvor mange barn har du? _____

b. Hvor mange barn bor sammen med deg? _____

5. Yrke og utdanning

a. Hvor mange års skolegang/studier har du til sammen? _____ år
(tell antall år fra og med første skoleår på barneskole/folkeskole)

b. Formell utdanning (omtrent antall år)

Sett kryss ved den høyeste utdannelsen du har

o_1 Grunnskole

o_2 Videregående skole eller yrkesskole

o_3 Høgskole eller Universitet (1-4 år)

o_4 Høyere universitetsgrad (> 4 år)

6. Fysisk form

Hvordan vil du beskrive din fysiske form?

o_1 Meget god

o_3 Middels

o_2 God

o_4 Dårlig

o_5 Meget dårlig

7. **Har du i løpet av det siste halve året drevet regelmessig med fysisk trening** (mer enn 30 min. hver gang, og slik at du svetter)?

o₁ Ja (Hvis Ja, kryss av i de rutene som passer i skjemaet under)

o₂ Nei

	Frekvens (kryss av)					Tid
	Mindre enn 1g/uke	1 g/uke	2 g/uke	3 g/uke	Mer enn 3 g/uke	Totalt antall timer per uke
Turgåing						
Løp/jogging						
Aerobic/trimparti						
Vekt-/styrketrening						
Sykling						
Svømming						
Ballspill						
Ski						
Annet						

8. **Hvor mange kopper kaffe drikker du i løpet av en dag?**

o₁ Drikker ikke kaffe

o₃ 3-5 kopper

o₂ 1-2 kopper

o₄ 6-10 kopper

o₅ Mer enn 10 kopper

9. **Røyker du?**

θ₁ Nei, jeg har aldri røykt

θ₂ Nei, jeg har sluttet å røyke

o₃ Røyker av og til

θ₄ Ja, ca. _____ sigaretter pr. dag

10. **Alkoholforbruk**

Hvor mange enheter* med alkohol drikker du vanligvis i løpet av 14 dager?
(Angi mengde for to typiske uker i løpet av siste halvår)

_____ enheter

* 1 enhet alkohol = en halv flaske øl *eller* ett glass vin *eller* en dram/drink

11. Søvn

a) **Hvor godt har du sovet de tre siste månedene?**

- ₁ Meget godt ₃ Verken godt eller dårlig
₂ Godt ₄ Dårlig ₅ Meget dårlig

b) **Hvor mange timer sover du vanligvis per døgn i helgen?** Ca. _____ timer

c) **Hvor mange timer sover du vanligvis per døgn i arbeidsuken?** Ca. _____ timer

d) **Hvor mange timer søvn trenger du per døgn (hvor mange timer ville du sove hvis du hadde muligheten til å sove så lenge som du trengte)? Fyll ut:**

Jeg trenger _____ timer og _____ minutter søvn per døgn.

11. Hvordan vil du beskrive din egen helse?

- ₁ Meget godt ₃ Verken godt eller dårlig
₂ Godt ₄ Dårlig ₅ Meget dårlig

Helseproblemer siste 30 døgn

På den neste siden nevnes noen vanlige helseplager. Vi vil be deg om å vurdere hvert enkelt problem/symptom, og oppgi **i hvilken grad du har vært plaget** av dette i løpet av de siste tretti døgn, og **antall dager** du har vært plaget.

Eksempel

Hvis du føler at du har vært *endel* plaget med forkjølelse/influensa siste måned, og varigheten av plagene var *ca. en uke*, fylles dette ut på følgende måte:

Sett ring rundt tallet som passer best.

Nedenfor nevnes noen alminnelige helseproblemer	Ikke plaget	Litt plaget	Endel plaget	Alvorlig plaget	Antall dager plagene varte (omtrent)
1. Forkjølelse, influensa	0	1	(2)	3	7

NB! Det er viktig at du fyller ut både *hvor plaget* du har vært, og *omtrent antall dager* du har vært plaget siste tretti døgn.

Subjective Health Complaints - SHC (Eriksen et al., 1999)

Helseproblemer siste 30 døg

Nedenfor nevnes noen alminnelige helseproblemer (sett ring rundt tallet som passer)	Ikke plaget	Litt plaget	En del plaget	Alvorlig plaget	Antall dager plagene varte (omtrent)
1. Forkjølelse, influensa	0	1	2	3	.....
2. Hoste, bronkitt.....	0	1	2	3	.....
3. Astma	0	1	2	3	.....
4. Hodepine	0	1	2	3	.....
5. Nakkesmerter	0	1	2	3	.....
6. Smerter øverst i ryggen.....	0	1	2	3	.....
7. Smerter i korsrygg.....	0	1	2	3	.....
8. Smerter i armer.....	0	1	2	3	.....
9. Smerter i skuldre	0	1	2	3	.....
10. Migrene	0	1	2	3	.....
11. Hjertebank, ekstraslag.....	0	1	2	3	.....
12. Brystmerter	0	1	2	3	.....
13. Pustevansker	0	1	2	3	.....
14. Smerter i føttene ved anstrengelser	0	1	2	3	.....
15. Sure oppstøt, «halsbrann»	0	1	2	3	.....
16. Sug eller svie i magen	0	1	2	3	.....
17. Magekatarr, magesår	0	1	2	3	.....
18. Mageknip	0	1	2	3	.....
19. «Luftplager».....	0	1	2	3	.....
20. Løs avføring, diaré	0	1	2	3	.....
21. Forstoppelse	0	1	2	3	.....
22. Eksem.....	0	1	2	3	.....
23. Allergi	0	1	2	3	.....
24. Hetetokter.....	0	1	2	3	.....
25. Søvnproblemer	0	1	2	3	.....
26. Tretthet.....	0	1	2	3	.....
27. Svimmelhet	0	1	2	3	.....
28. Angst.....	0	1	2	3	.....
29. Nedtrykt, depresjon.....	0	1	2	3	.....

Sykdomsforståelse

a)

Under finner du en rekke symptomer som du kanskje har opplevd i forbindelse med plagene dine. Marker med et kryss under *Ja* eller *Nei* om du har hatt noen av disse symptomene etter at dine plager oppstod, og om du tror at disse symptomene har sammenheng med dine plager.

	Jeg har hatt symptomet etter at jeg fikk mine plager			Symptomet har sammenheng med mine plager	
	Ja	Nei		Ja	Nei
1. Smerter					
2. Sår hals					
3. Kvalme					
4. Pustebesvær					
5. Vekttap					
6. Tretthet					
7. Stivhet i leddene					
8. Såre øyne					
9. Tungpustet					
10. Hodepine					
11. Urolig mage					
12. Søvnproblemer					
13. Svimmelhet					
14. Kraftløshet					

- b) Vi er interessert i din personlige oppfatning av dine nåværende plager.**
Marker hvor enig eller uenig du er i de følgende utsagnene om dine plager ved å krysse av under det alternativet som passer best.

		Helt uenig	Uenig	Verken enig eller uenig	Enig	Helt enig
1	Mine plager vil være av kort varighet.					
2	Mine plager går nok ikke fort over, men blir sannsynligvis kroniske.					
3	Mine plager vil være langvarige.					
4	Disse plagene vil gå raskt over.					
5	Jeg regner med å ha disse plagene resten av livet.					
6	Mine plager er en alvorlig tilstand.					
7	Mine plager har store konsekvenser for livet mitt.					
8	Mine plager har ingen stor innvirkning på livet mitt.					
9	Mine plager har stor betydning for hvordan andre oppfatter meg.					
10	Mine plager har store økonomiske konsekvenser.					
11	Mine plager forårsaker problemer for mine nærmeste.					
12	Det er mye jeg kan gjøre for å kontrollere symptomene mine					
13	Det jeg selv gjør kan være avgjørende for om mine plager blir bedre eller verre.					
14	Plagens forløp kommer an på meg selv.					
15	Ingenting jeg gjør kan påvirke mine plager.					
16	Jeg har mulighet til å påvirke plagene mine.					
17	Mine handlinger vil ikke påvirke utfallet av plagene mine.					
18	Mine plager vil bli bedre med tiden.					
19	Der er svært lite som kan gjøres for å bedre plagene mine.					
20	Behandlingen jeg får vil kurere plagene mine.					
21	De negative konsekvensene av mine plager kan unngås ved hjelp av behandlingen jeg får.					
22	Den behandlingen jeg får kan holde plagene mine i sjakk.					
23	Det er ingenting som kan hjelpe for plagene mine.					

		Helt uenig	Uenig	Verken enig eller uenig	Enig	Helt enig
24	Symptomene på mine plager forundrer meg.					
25	Mine plager er et mysterium.					
26	Jeg forstår ikke mine plager.					
27	Mine plager er ubegripelige.					
28	Jeg har et klart bilde eller forståelse av mine plager.					
29	Symptomene mine varierer mye fra dag til dag.					
30	Symptomene kommer og går.					
31	Mine plager kan ikke forutsies.					
32	Jeg går igjennom perioder der plagene blir bedre og verre.					
33	Jeg blir deprimert av å tenke på mine plager.					
34	Jeg blir irritert når jeg tenker på mine plager.					
35	Mine plager gjør meg sint.					
36	Mine plager bekymrer meg ikke.					
37	Mine plager gjør meg engstelig.					
38	Mine plager gjør meg redd.					

c) Vi er interessert i hva du betrakter som årsaken til dine plager. Det er ingen rette eller gale svar. Vi er mest interessert i din egen oppfatning av hva som er årsaken til dine plager snarere enn hva andre, deriblant leger og familiemedlemmer, har uttalt. Under er en liste over mulige årsaker til dine plager. Marker hvor enig eller uenig du er i at dette er årsaken til dine plager ved å krysse av under det alternativet som passer best.

		Helt uenig	Uenig	Verken enig eller uenig	Enig	Helt enig
1	Stress eller bekymring					
2	Arvelig - rammer flere familiemedlemmer					
3	Bakterie eller virus					
4	Diett eller spisevaner					
5	Tilfeldigheter eller uflaks					
6	Dårlig medisinsk behandling tidligere					
7	Miljøforurensing					
8	Min egen oppførsel					
9	Min mentale holdning, f.eks. se mørkt på livet					
10	Familieproblemer eller bekymringer					
11	Overarbeidet					
12	Min følelsesmessige tilstand, f.eks. nedstemthet, ensomhet, engstelse, tomhet					
13	Aldring					
14	Alkohol					
15	Røyking					
16	Ulykke eller skade					
17	Min personlighet					
18	Endringer i immunsystemet					

(Weinman, Petrie, Moss-Morris, Horne, 1996)

Under ber vi deg om å rangere de tre viktigste faktorene du mener er årsaken til dine plager. Du kan bruke årsakene fra listen over, eller du kan komme med egne forslag.

Jeg mener de viktigste årsakene er:

1. _____

2. _____

3. _____

Moderne helsebekymringer

Nå for tiden er mange mennesker bekymret for hvordan ulike sider ved den moderne livsstil påvirker helsen. For hvert av punktene under markerer du hvor bekymret du er for hvilken effekt det har på din egen helse. Sett ring rundt tallet.

	Ikke bekymret	Lite bekymret	Moderat bekymret	Ganske bekymret	Svært bekymret
Mobiltelefoner.....	1	2	3	4	5
Radio- eller mobiltelefonmaster.....	1	2	3	4	5
Høyspentledninger	1	2	3	4	5
Kjernefysisk stråling	1	2	3	4	5
Luftforurensing.....	1	2	3	4	5
Uttykning av ozonlaget	1	2	3	4	5
Annen miljøforurensing	1	2	3	4	5
Desinfeksjonsprøytemidler	1	2	3	4	5
Dårlig ventilasjon i bygninger.....	1	2	3	4	5
Genmodifisert mat.....	1	2	3	4	5
Tilsetningsstoffer i mat.....	1	2	3	4	5
Desinfeksjonsmidler i mat.....	1	2	3	4	5
Antibiotika i mat.....	1	2	3	4	5
Hormoner i mat	1	2	3	4	5
Forurensede vannkilder	1	2	3	4	5
Fluor i drikkevannet	1	2	3	4	5
Vaksinasjonsprogram	1	2	3	4	5
Overforbruk av antibiotika	1	2	3	4	5
Giftige kjemikalier i husholdningsprodukter	1	2	3	4	5
Lekkasje fra mikrobølgeovner	1	2	3	4	5
Bakterier i ventilasjonsanlegg	1	2	3	4	5
Medikamentresistente bakterier	1	2	3	4	5
Amalgam tannfyllinger	1	2	3	4	5
Bileksos	1	2	3	4	5
Luftforurensing fra industri.....	1	2	3	4	5
Røntgen hos lege/tannlege	1	2	3	4	5
Støyforurensing	1	2	3	4	5

General Perceived Self-Efficacy Scale

Vennligst sett ring rundt tallet for det svaret som passer best for deg.

		Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
1	Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok.	1	2	3	4
2	Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil.	1	2	3	4
3	Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine.	1	2	3	4
4	Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte.	1	2	3	4
5	Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner.	1	2	3	4
6	Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det.	1	2	3	4
7	Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsveien min.	1	2	3	4
8	Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det.	1	2	3	4
9	Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut. ...	1	2	3	4
10	Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det.	1	2	3	4

Røysamb E, Schwarzer R & Jerusalem M (1998)

Takling av problemer og ubehagelige hendelser**Forklaring**

Folk flest har forskjellige måter å reagere på når de blir konfrontert med eller står foran problemer og ubehagelige hendelser. Reaksjonens art er ofte avhengig av problemets art, og av hvor alvorlig problemet er, eller av tidspunktet problemet oppstår på.

På de neste sidene finner du flere beskrivelser som sier noe om forskjellige måter du kunne tenke deg å reagere på når du står ovenfor et slikt problem. Vær vennlig å angi hvor ofte du ville handle på den måten som er beskrevet i setningen. Dette gjør du ved å sette en ring rundt det tallet som passer. Det er ingen riktige eller gale svar.

	Sjelden eller aldri	Noen ganger	Ofte	Veldig ofte
1. Jeg sier til meg selv at ting kunne vært verre	1	2	3	4
2. Jeg prøver å slappe av	1	2	3	4
3. Jeg trekker meg helt tilbake fra andre mennesker	1	2	3	4
4. Jeg viser min irritasjon.....	1	2	3	4
5. Jeg ser mørkt på situasjonen	1	2	3	4
6. Jeg engasjerer meg i andre aktiviteter for å holde tankene vekk fra problemet.....	1	2	3	4
7. Jeg viser mitt sinne til dem som er ansvarlig for problemet.....	1	2	3	4
8. Jeg gir etter for å unngå slike vanskelige situasjoner	1	2	3	4
9. Jeg forsoner meg med situasjonen	1	2	3	4
10. Jeg deler mine bekymringer med noen	1	2	3	4
11. Jeg griper direkte inn i problemet	1	2	3	4
12. Jeg sier til meg selv at alt ordner seg til slutt.....	1	2	3	4
13. Jeg ser på problemet som en utfordring.....	1	2	3	4
14. Jeg prøver å skyve bekymringene ved å ta et avbrekk eller en pause.....	1	2	3	4
15. Jeg venter og ser hva som da vil skje.....	1	2	3	4
16. Jeg forsøker å redusere anspenningen ved å røke mer, spise mer, drikke mer, mer fysisk aktivitet osv.....	1	2	3	4
17. Jeg søker noe som vil avlede oppmerksomheten.....	1	2	3	4
18. Jeg finner ut alt om problemet	1	2	3	4
19. Jeg forsøker å unngå vanskelige situasjoner så meget som mulig.....	1	2	3	4
20. Jeg forblir optimist når det gjelder fremtiden	1	2	3	4
21. Jeg prøver å forholde meg rolig i vanskelige situasjoner	1	2	3	4

	Sjelden eller aldri	Noen ganger	Ofte	Veldig ofte
22. Jeg vurderer forskjellige løsninger på problemet..	1	2	3	4
23. Jeg angriper problemet direkte	1	2	3	4
24. Jeg bekymrer meg om fortiden	1	2	3	4
25. Jeg oppsøker morsomt selskap når jeg er bekymret eller opprørt.....	1	2	3	4
26. Jeg prøver å komme meg vekk fra situasjonen.....	1	2	3	4
27. Jeg jobber ansentheten vekk	1	2	3	4
28. Jeg venter på bedre tider	1	2	3	4
29. Jeg spør noen om hjelp.....	1	2	3	4
30. Jeg tar beroligende midler.....	1	2	3	4
31. Jeg søker tilflukt i fantasier.....	1	2	3	4
32. Jeg lager mange alternative planer for å takle problemet	1	2	3	4
33. Jeg er fullstendig oppslukt av problemet	1	2	3	4
34. Jeg retter mine tanker mot andre ting	1	2	3	4
35. Jeg forsøker på en eller annen måte å få meg til å føle meg bedre	1	2	3	4
36. Jeg forteller meg selv at andre mennesker også har sine problemer fra tid til annen.....	1	2	3	4
37. Jeg tenker på at etter regn kommer det alltid solskinn ...	1	2	3	4
38. Jeg viser mine følelser	1	2	3	4
39. Jeg søker sympati og trøst hos en annen.....	1	2	3	4
40. Jeg lar problemene hope seg opp.....	1	2	3	4
41. Jeg prøver å se det humoristiske i situasjonen.....	1	2	3	4
42. Jeg viser at det er ting som plager meg.....	1	2	3	4
43. Jeg diskuterer problemet med venner og familie.....	1	2	3	4
44. Jeg lar problemene løse seg selv.....	1	2	3	4
45. Jeg bekymrer meg ikke, tingene ordner seg som regel...	1	2	3	4
46. Jeg føler meg ute av stand til å gjøre noe	1	2	3	4
47. Jeg overbeviser meg selv om at jeg faktisk har mot til å møte problemet.....	1	2	3	4

Copyright: UCL. Norsk oversettelse: H. Ursin

Hvor godt stemmer de følgende påstander for deg?

	Stemmer bra	Stemmer ganske bra	Stemmer dårlig	Stemmer ikke
G8 Det finnes virkelig ingen mulighet til å løse de problemene jeg har	1	2	3	4
G9 Iblant føles det som om jeg flyter omkring i tilværelsen	1	2	3	4
G10 Jeg har dårlig kontroll over ting som hender meg.....	1	2	3	4
G11 Jeg kan gjennomføre nesten hva som helst hvis jeg har bestemt meg for det	1	2	3	4
G12 Jeg føler meg ofte hjelpeløs når jeg står overfor problemer i livet	1	2	3	4
G13 Det som hender meg i fremtiden kommer hovedsakelig an på meg selv.....	1	2	3	4
G14 Det er ikke mye jeg kan gjøre for å forandre de viktige faktorene i livet mitt.....	1	2	3	4

	Stemmer helt	Stemmer delvis	Vet ikke	Stemmer dårlig	Stemmer ikke
G15 Jeg føler at det er umulig å nå de mål jeg setter meg	1	2	3	4	5
G16 Fremtiden virker håpløs og jeg kan ikke tro at ting vil endre seg til det bedre	1	2	3	4	5

G17 Her er en figur som skal forestille livets stige. Øverste trinnet representerer det beste liv du kan tenke deg, nederste trinn er det verste liv du kan tenke deg.

På hvilket trinn synes du at du står akkurat nå?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 80px;"> <tr><td>10</td></tr> <tr><td>9</td></tr> <tr><td>8</td></tr> <tr><td>7</td></tr> <tr><td>6</td></tr> <tr><td>5</td></tr> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>1</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
10													
9													
8													
7													
6													
5													
4													
3													
2													
1													
På hvilket trinn stod du for ett år siden?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												
Hvilket trinn tror du at du vil stå på om ett år?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												

Fysisk aktivitet, jobb og smerter

Her er noen utsagn som andre pasienter har gitt om sin smerte. For hvert utsagn ber vi deg ringe rundt ett av tallene fra 0-6 for å si hvor mye fysisk aktivitet som bøyning, løfting, gange eller kjøring affiserer eller vil kunne affisere *dine* ryggsmarter og om hvordan ditt vanlige arbeid affiserer eller vil kunne affisere dine ryggsmarter.

		Helt uenig			Usikker			Helt enig
1	Fysisk aktivitet gjør smerten min verre.	0	1	2	3	4	5	6
2	Fysisk aktivitet kan skade ryggen min.	0	1	2	3	4	5	6
3	Jeg burde ikke drive med fysisk aktivitet som forverrer (eller vil kunne forverre) smerten min.....	0	1	2	3	4	5	6
4	Jeg kan ikke drive med fysisk aktivitet som forverrer (eller vil kunne forverre) smerten min.....	0	1	2	3	4	5	6
5	Smerten ble forårsaket av mitt arbeid eller av en skade på jobben.	0	1	2	3	4	5	6
6	Arbeidet mitt forsterker smerten.....	0	1	2	3	4	5	6
7	Arbeidet mitt er for tungt for meg.	0	1	2	3	4	5	6
8	Arbeidet mitt gjør (eller vil kunne gjøre) smerten min verre.	0	1	2	3	4	5	6
9	Arbeidet mitt kan skade ryggen min.....	0	1	2	3	4	5	6
10	Jeg burde ikke gjøre min vanlige jobb med den smerten jeg har nå.	0	1	2	3	4	5	6
11	Jeg tror ikke jeg er tilbake i min vanlige jobb innen 3 måneder.....	0	1	2	3	4	5	6

FABQ (Waddell et al.,1993)

Attføringscenteret i Rauland a.s

CONFIDENTIAL



Dato:

TAKK FOR SIST!

VI HÅPER DU HAR HATT DET BEDRE DISSE MÅNEDENE SIDEN DU VAR HOS OSS, SAMMENLIGNET MED TIDEN LIKE FØR OPPHOLDET PÅ AIR. FOR Å FÅ LITT KUNNSKAP OM HVORDAN DET GENERELT GÅR MED VÅRE BRUKERE, BER VI DEG OM Å SVARE SÅ GODT DU KAN PÅ DETTE SKJEMAET OG RETURNERE DET TIL OSS. HVIS DET ER NOE DU LURER PÅ, SÅ RING GJERNE TIL LEGESEKRETÆREN, TLF. 35 06 28 00.

A) DIN NÅVÆRENDE ARBEIDSSITUASJON:

*kryss av det som er aktuelt
for deg nå*

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 1. | TILBAKE I ARBEIDET DITT | <input type="checkbox"/> |
| 2. | TILBAKE I ARBEIDET DITT (SAMME FUNKSJON),
MEN MED LETTERE ARBEIDSOPPGAVER | <input type="checkbox"/> |
| 3. | BEGYNT I ANNET ARBEID (NY PLASS/FUNKSJON) I SAMME BEDRIFT | <input type="checkbox"/> |
| 4. | BEGYNT I HELT NY BEDRIFT (NYTT ARBEID) | <input type="checkbox"/> |
| 5. | AKTIV SYKMELDING/ARBEIDSTRENING/HOSPITERING
PÅ TRYGDENESTER | <input type="checkbox"/> |
| 6. | YRKESRETTE ATTFØRING | <input type="checkbox"/> |
| 7. | ER FOR TIDEN IKKE I ARBEID
(P.g.a. sykmelding eller arbeidsledighet) | <input type="checkbox"/> |

CONFIDENTIAL

JOBBSTØRRELSE I PROSENT: _____ %
(ansettelsesforhold, ikke ta hensyn til om du er sykmeldt)

ØKONOMISK YTELSE/STØNAD.

HAR SYKEPENGER 100%
50%
ANNEN % SATS

HAR ATTFØRINGSPENGER/REHAB.PENGER 100%
50%
ANNEN % SATS

HAR ARBEIDSLEDIGHETSTRYGD

ANNEN STØNAD
(f.eks. via KLP, Statens Pensjonskasse, sosial stønad, etc.)

HAR DU SØKT UFØRETRYGD

MOTTAR DU UFØRETRYGD
(skriv prosentstørrelsen du mottar)

TRENING.

MER FYSISK AKTIV ENN FØR OPPHOLDET VED AIR?

SAMME FYSISKE AKTIVITET SOM FØR OPPHOLD VED AIR?

MINDRE FYSISK AKTIV ENN FØR OPPHOLDET VED AIR?

G) HVORDAN HAR DEN YRKESMESSIGE OPPFØLGINGEN VÆRT?

- GOD
- DÅRLIG
- OPPFØLGING VAR IKKE NØDVENDIG

HVIS DÅRLIG, HVILKE(N) INSTANS(ER) HAR SVIKTET?

- FORBEREDENDE ARBEID FRA AIR
- ARBEIDSSTEDET
- TRYGDEKONTORET
- ARBEIDSKONTORET
- BEHANDLENDE LEGE
- MEG SELV
- ANNET

EGNE KOMMENTARER OM DET SOM HAR SVIKTET:

BESKRIV KORT MED EGNE ORD:

- HVA VAR FOR MEG BRA VED OPPHOLDET VED AIR ?

CONFIDENTIAL

- *HVA KUNNE VÆRT BEDRE?*

- *SAVNET DU NOE, I TILFELLE HVA?*

- *BLE DE MÅLENE DU HADDE FØR OPPHOLDET INNFRIDD?
(Angi med strek på skalaen).*

|-----|
1 10
INGENTING FULLT UT

- *HVA BLE EVENT. IKKE INNFRIDD?*

*LEGG BREVET I VEDLAGTE, FRANKERTE SVARKONVOLUTT OG SEND DET SÅ FORT SOM MULIG
TIL OSS.*

LYKKE TIL VIDERE!

MED HILSEN OSS ALLE PÅ AIR

ID NR: _____

Noen spørsmål vedr. arbeidsforhold og sykmeldingsforhold:

Dette er de samme spørsmålene du besvarte 3 mnd. etter oppholdet ditt ved AiR.
Vi er interessert i å se om det er noen endring siden sist.

- A) DIN NÅVÆRENDE ARBEIDSSITUASJON:** **kryss av det som er aktuelt for deg nå**
- 1. Tilbake i arbeidet ditt
 - 2. Tilbake i arbeidet ditt (samme funksjon),
men med lettere arbeidsoppgaver
 - 3. Begynt i annet arbeid (ny plass/funksjon) i samme bedrift
 - 4. Begynt i helt ny bedrift (nytt arbeid)
 - 5. Aktiv sykmelding/arbeidstreing/hospitering på trygdemidler
 - 6. Yrkesretta attføring
 - 7. Er for tiden ikke i arbeid
(P.g.a. sykmelding eller arbeidsledighet)
- B)** Har du begynt i nytt yrke?
Hvis ja, hvilket yrke?.....
- Går du på skole eller kurs?
Hvis ja, hva utdanner du deg til?.....
- C)** Jobbstørrelse i prosent:%
(Ansettelsesforhold, ikke ta hensyn til om du er sykmeldt)

D) ØKONOMISK YTELSE/STØNAD:

Har sykepenger 100%

50%

Annen % sats

Har attføringspenger/rehab.penger 100%

50%

Annen % sats

Har arbeidsledighetstrygd

Annen stønad

E) Har du søkt uføretrygd?

Mottar du uføretrygd?
(Skriv prosentstørrelsen du mottar)

F) Jeg gir tillatelse til at svarene fra spørreskjemaene kan brukes og knyttes til opplysninger fra journal fra AiR som angitt i informasjonsbrevet.

G) Jeg gir tillatelse til av svarene fra spørreskjemaene kan brukes og knyttes til opplysninger fra saksmappe fra trygdekontoret som angitt i informasjonsbrevet.

Datatilsynet



Attføringscenteret i Rauland

3864 RAULAND

Deres ref

Vår ref (bes oppgitt ved svar)
96/3883-2 MWJ/-


Dato
09.01.97

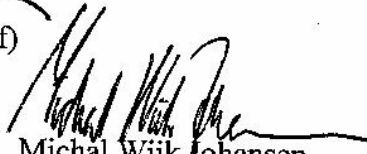
KONSESJON TIL Å OPPRETTE PERSONREGISTER

Vi har mottatt Deres søknad av 25.11.96 om tillatelse til å opprette personregister.

I medhold av Lov om personregistre mm av 9. juni 1978 nr 48 § 9, jf Kgl res av 21.12.79 pkt 1 er De gitt konsesjon til å opprette personregister.

Med hilsen


Knut-Brede Kaspersen (e f)
rådgiver


Michal Wiik Johansen
førstekonsulent



Konsesjon for opprettelse av personregister

I medhold av Lov om personregistre mm av 9. juni 1978
nr 48 § 9, jf Kgl res av 21. desember 1979 pkt 1 gis

Aføringscenteret i Rauland as

konsesjon for å opprette personregister.

Konsesjonen gjelder for

Statistikkregister - klient

Konsesjonsdokumentet er lagt ved. Regler og vilkår som er fastsatt i konsesjonen,
skal gjøres kjent for ansatte i virksomheten.

Georg Apenes
Direktør

KONSESJON FOR OPPRETTELSE AV PERSONREGISTER

Konsesjonsnr: 96/3883-2

09.01.97

I medhold av Lov om personregistre mm av 9. juni 1978 nr 48 § 9, jf Kgl res av 21. desember 1979 pkt 1 gis

Atføringssenteret i Rauland as

konsesjon til å opprette personregister.

Dersom virksomheten eller føringen av registeret opphører, skal Datatilsynet ha melding om dette, se konsesjonens pkt 6.

Vilkår gitt med hjemmel i personregisterloven § 8 b og § 9, jf § 11 skal gjøres kjent for alle personer som behandler personopplysninger for registereier, og ellers være tilgjengelig for den som ber om det.

Konsesjonen gjelder for:

STATISTIKKREGISTER - KLIENT.

Datatilsynet har fastsatt følgende regler for konsesjonen:

1 REGLER ETTER PERSONREGISTERLOVEN § 11

1.1 Formålet med registeret

Formålet med registeret er Statistikkbearbeidelse.

Dersom registeret skal brukes utover dette, må den registeransvarlige innhente ny tillatelse fra Datatilsynet.

Opplysninger fra registeret skal ikke danne grunnlag for enkeltvedtak eller beslutninger rettet mot den enkelte registrerte.

Formålet er ikke til hinder for at opplysninger kan utleveres etter pkt 2.4 i denne konsesjonen.

1.2 Registerets innhold

Registeret kan bare inneholde følgende typer opplysninger:

- ♦ journalnummer
- ♦ opplysninger fra spørreskjema

Det må ikke registreres andre personidentifiserende opplysninger enn journalnummer.

1.3 Registeransvarlig (personregisterloven § 11 siste ledd)

Som registeransvarlig oppnevnes daglig leder ved Attføringscenteret i Rauland as.

Registeransvarlig plikter å sørge for at bestemmelsene i personregisterloven med forskrifter og denne konsesjonen blir fulgt. Registeransvarlig kan delegere sine oppgaver til annen kompetent person innen virksomheten. Det overordnede ansvar i henhold til denne konsesjonen påhviler likevel registeransvarlig fullt ut.

2 VILKÅR ETTER PERSONREGISTERLOVEN § 11 ANNET LEDD

2.1 Registerets omfang

Registeret omfatter klienter og tidligere klienter ved Attføringscenteret i Rauland as.

2.2 Registermedium

Registeret kan føres ved bruk av elektroniske hjelpemidler.

2.3 Innsamling av opplysninger

Opplysningene i registeret kan innhentes fra den registrerte selv.

Opplysningene i registeret kan innhentes gjennom bruk av brev og telefon.

Innsamling av personopplysninger fra den registrerte selv kan bare skje gjennom informert skriftlig samtykke.

I informasjonen til respondenten skal det framgå at deltakelse i prosjektet er frivillig, og at prosjektlederne på alle måter vil respektere privatlivets fred.

Bare den som har evne til å forplikte seg selv, kan avgi samtykke.

Respondenten skal informeres om formålet med prosjektet, og hvem som er oppdragsgiver. Respondenten skal også informeres om at han på hvilket som helst tidspunkt kan trekke seg fra undersøkelsen uten å måtte gi noen grunn eller bli erstatningsrettslig ansvarlig.

Er respondenten under 15 år skal foresatte/foreldre gi samtykke til deltakelse. Er vedkommende over 15 år kan han/hun selv gi slikt samtykke, men foresatte/foreldre kan motsette seg dette og skal derfor også informeres. Ved fylte 18 år skal vedkommende selv gi sitt samtykke til deltakelse, med mindre han/hun er umyndiggjort og ellers ikke er i stand til å gi et slikt samtykke.

2.4 Utlevering av opplysninger

Personopplysninger fra registeret må ikke utleveres til utenforstående.

Utlevering kan likevel skje med samtykke fra den opplysningene gjelder,

Oppbevaring eller behandling av personopplysninger hos et databehandlingsforetak som har konsesjon etter personregisterloven § 22, regnes ikke som utlevering når dette skjer på oppdrag fra registerets eier.

Utlevering av et personregister (hele registeret) kan ikke skje uten at Datatilsynet har gitt tillatelse til dette.

2.5 Sletting av opplysninger

Den registeransvarlige skal slette eller anonymisere opplysninger som ikke lenger har betydning for formålet.

Den registeransvarlige skal av eget tiltak rette, slette eller supplere opplysninger som er uriktige eller ufullstendige, dersom feilen eller mangelen har betydning for den registrerte.

Har feilen eller mangelen ført til at uriktige eller ufullstendige opplysninger er levert ut eller brukt, skal registeransvarlig sørge for at dette såvidt mulig ikke kan få betydning for den registrerte. Den registrerte skal informeres om feilen snarest mulig.

Enhver som ber om det kan kreve seg slettet fra registeret.

Dersom virksomheten eller føringen av registeret opphører, skal melding gis til Datatilsynet. Datatilsynet kan kreve at opplysningene tilintetgjøres slik at rekonstruksjon er umulig.

2.6 Kobling

I denne konsesjonen er kobling ment som elektronisk samkjøring av personregistre i den hensikt å opprette et nytt register, eller å tilføre nye typer opplysninger til de personregistre som kobles.

Registeret må ikke kobles med andre personregistre.

2.7 Taushetsplikt

Ansatte, personale og representanter som får tilgang til personregisteret eller deler av dette, har taushetsplikt om forhold de får kjennskap til.

Autoriserte brukere nevnt under pkt 3, som ikke er underlagt lovbestemt taushetsplikt, skal undertegne særskilt taushetserklæring. Erklæringen skal oppbevares av den registeransvarlige.

Det samme gjelder personer som utfører service- eller vedlikeholdsoppdrag som nevnt i pkt 3 om bruk av eksterne konsulenter.

3 SIKKERHETSREGLER ETTER PERSONREGISTERLOVEN § 8 B

Den registeransvarlige skal sørge for at det iverksettes tiltak for nødvendig sikring av konfidensialitet, kvalitet og tilgjengelighet for personopplysninger og registre.

3.1 Sikkerhetsstrategi

Det skal utarbeides en sikkerhetsstrategi som skal beskrive de overordnede mål og hensyn som skal ivaretas ved informasjonsbehandlingen. Denne kan omfatte taushetspliktsregler, behandlingsregler for informasjon og virksomhetens egne overordnede mål.

Se vedlagte skriv med informasjon om innhold og framgangsmåte.

3.2 Autorisasjon

Autorisasjon er en administrativ bestemmelse om at noen kan få tilgang til informasjon.

Den registeransvarlige skal autorisere alle brukere av registeret slik at enhver bare har tilgang til den informasjon og de funksjoner som han eller hun har bruk for. Drifts- og vedlikeholdspersonale skal også autoriseres av registeransvarlig.

3.3 Kommunikasjon

Registeret skal føres i et fysisk isolert edb-system (maskin, nett og program) som kun er, eller kan være, tilgjengelig for autoriserte brukere av registeret.

Dersom opplysninger fra registeret skal overføres i datanett som virksomheten ikke kontrollerer (f eks telenett), skal opplysningene krypteres. Dette gjelder også registeropplysninger som overføres pr telefaks, disketter e l.

3.4 Tilgangskontroll

Tilgangskontroll innebærer at tekniske tiltak i edb-systemet sørger for at gyldige autorisasjoner følges i systemet. Tilgangskontrollen sørger for at ingen kan få tilgang utover sin autorisasjon eller at personopplysninger gjøres tilgjengelig for uautoriserte brukere. Dette omfatter ulike typer tilgang (lese, skrive, endre, utlevere osv).

Tilgangskontrollen skal gjennomføre kontroll av all tilgang til personopplysninger som lagres, behandles eller overføres i systemet. Kontrollen skal sikre at bare autorisert

tilgang kan gjennomføres. Ved endring eller bortfall av en brukers autorisasjon skal brukerens tilgang reguleres tilsvarende.

3.5 Autentisering

Autentisering betyr å identifisere seg for edb-systemet slik at systemet til enhver tid kjenner riktig identitet til dem som bruker det. Brukernes identitet benyttes ved tilgangskontroll og logging.

Enhver bruker av edb-systemet skal autentiseres før han eller hun gis tilgang til systemet. Autentisering kan f.eks. skje ved at brukeren oppgir et passord.

3.6 Fysisk sikring

Skjermbilder, utskrifter e.l. som inneholder personopplysninger skal beskyttes mot innsyn fra uvedkommende.

Lokaler der registrering, utskrift og behandling foregår, skal være fysisk sikret.

Utenom arbeidstiden skal registre som bare føres manuelt eller manuelle deler av registeret, holdes under den registeransvarliges kontroll og være nedlåst. Det samme gjelder manuelle navne- og kodelister.

3.7 Frigivelse av lagringsmedia

Lagringsmedia (disk, diskett, tape e.l.) kan ikke frigis til uvedkommende uten at personopplysningene er slettet på en slik måte at rekonstruksjon er umulig.

3.8 Kvalitet

Det skal etableres rutiner for kontroll av riktigheten til nye personopplysninger som legges inn og eksisterende personopplysninger som endres.

Det skal etableres rutiner som skal sikre at personopplysninger er korrekte, komplette og aktuelle i forhold til det de representerer (se pkt 2.3 om innsamling).

3.9 Tilgjengelighet

Det skal gjennomføres tiltak som sikrer at register og opplysninger er tilgjengelige når det er behov for dem.

Kopier av opplysninger og annet nødvendig materiale skal finnes med tanke på rekonstruksjon av registeret etter tap. Sikkerhetskopier må oppbevares trygt og adskilt fra edb-systemet.

3.10 Bruk av eksterne konsulenter

Foretak som skal drive service eller vedlikehold på maskin- eller programvare skal ha konsesjon fra Datatilsynet som databehandlingsforetak, jf personregisterloven § 22.

Slik konsesjon er ikke nødvendig når følgende *tre vilkår* er oppfylt:

1. Når tilgang til personopplysninger ikke er påkrevd for oppdraget.
2. Når oppdraget utføres i den registeransvarliges (eiers) lokaler under oppsyn av registeransvarlig eller den vedkommende bemyndiger.
3. Når den som skal utføre oppdraget har underskrevet taushetserklæring. Se pkt 2.7 i denne konsesjonen.

3.11 Rapport ved sikringsbrudd

Datatilsynet skal ha en rapport ved følgende sikringsbrudd:

- datainnbrudd i edb-system som inneholder personregister,
- datainnbrudd i edb-system som kommuniserer med edb-system som inneholder personregister,
- innbrudd i lokaler hvor edb-utstyr som inneholder eller som kommuniserer med edb-system som inneholder personregister er plassert,
- innbrudd i lokaler hvor manuell arkiv som inneholder personregister er plassert
- tyveri eller tap av manuell arkiv eller edb-utstyr som inneholder personregister.

Rapporten skal inneholde en beskrivelse av hvordan innbruddet har skjedd og hvilke personregistre som er eller kan ha vært berørt.

4 KONTROLL

Datatilsynet kan uten hinder av taushetsplikten kreve de opplysningene som er nødvendige for å kontrollere at konsesjonsvilkårene oppfylles, jf personregisterloven § 5. For å kunne gjennomføre kontrollen, kan Datatilsynet kreve å få adgang til de steder der opplysninger er lagret og utstyret finnes. Datatilsynet kan kreve å få nødvendig bistand fra personalet på slike steder for å få utført prøvene eller kontrollene.

5 STRAFF


Brudd på Lov om personregistre av 9. juni 1978 nr 48 og forskrifter gitt i medhold av dette og betingelser satt i denne konsesjonen, straffes med bøter eller fengsel i inntil 1 år eller begge deler, jf personregisterloven § 38.

6 FORBEHOLD OM ENDRINGER

Dersom det skjer endringer i foretakets virksomhet som går ut over bestemmelsene i denne konsesjonen, må det søkes om ny konsesjon. Dersom foretakets virksomhet skal opphøre, må det meldes til Datatilsynet. Det må også gis melding om adresseendringer.

Datatilsynet tar forbehold om å trekke konsesjonen tilbake, eller gi nye og endrede vilkår når dette er nødvendig ut fra personvern hensyn.


Knut Brede Kaspersen (e f)
rådgiver


Michal Wiik Johansen
førstekonsulent

Vedlegg: Taushetserklæring
Informasjonsskriv om sikkerhetsstrategier



Attføringscenteret i Rauland a.s. 3864 RAULAND

Tlf. 35 06 28 00
Faks. 35 06 28 01
E-post: post@air.no

FULLMAKT

Jeg gir med dette Attføringscenteret i Rauland fullmakt til å innhente saksrapport fra trygdekontoret ett år og/eller senere etter oppholdet ved AIR.

Navn (blokkbokstaver): Fødselsdato/nr.....-.....

Dato:...../.....-..... Signatur:.....

samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
IAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hans Holmboes gate 22
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47/ 55 58 21 17
Fax: +47/ 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Irene Øyeflaten

3864 RAULAND

Vår dato: 14.08.2003

Vår ref: 200300698 GHA /RH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING FRA PERSONVERNOBUDET

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 31.07.2003. Meldingen gjelder prosjektet:

10203 Mestring hos langtidsykemeldte

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS er utpekt som personvernombud av Universitetet i Oslo, jf. personopplysningsforskriften § 7-12. Ordningen innebærer at meldeplikten til Datatilsynet er erstattet av meldeplikt til personvernombudet.

Personvernombudets vurdering

Etter gjennomgang av meldeskjema og dokumentasjon finner personvernombudet at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-25 i personopplysningsforskriften. Dette betyr at behandlingen av personopplysningene vil være unntatt fra konsesjonsplikt etter personopplysningsloven § 33 første ledd, men underlagt meldeplikt etter personopplysningsloven § 31 første ledd, jf. personopplysningsforskriften § 7-20.

Unntak fra konsesjonsplikten etter § 7-25 gjelder bare dersom vilkårene i punktene a) – e) alle er oppfylt:

- a) førstegangskontakt opprettes på grunnlag av offentlig tilgjengelige registre eller gjennom en faglig ansvarlig person ved virksomheten der respondenten er registrert,
- b) respondenten, eller dennes verge dersom vedkommende er umyndig, har samtykket i alle deler av undersøkelsen,
- c) prosjektet skal avsluttes på et tidspunkt som er fastsatt før prosjektet settes i gang,
- d) det innsamlede materialet anonymiseres eller slettes ved prosjektavslutning,
- e) prosjektet ikke gjør bruk av elektronisk sammenstilling av personregistre.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i vedlegget.

Ny melding

Det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Selv om det ikke skjer endringer i behandlingsopplegget, skal det gis ny melding tre år etter at forrige melding ble gitt dersom prosjektet fortsatt pågår.

Ny melding skal skje skriftlig til personvernombudet.

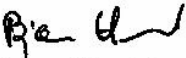
Offentlig register

Personvernombudet har lagt ut meldingen i et offentlig register, www.nsd.uib.no/personvern/register/

Ny kontakt

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.10.2004, rette en henvendelse angående arkivering av data benyttet i prosjektet.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55583542

Vedlegg: Personvernombudets vurdering

Kopi: Behandlingsansvarlig Hege Randi Eriksen

Prosjektbeskrivelse

Behandlingsansvarlig:

Hege Randi Eriksen

Institutt for biologisk og medisinsk psykologi
Universitetet i Bergen

Årstadveien 21

5009 BERGEN

Daglig ansvar/prosjektleder:

Irene Øyeflaten

Seksjon for helsefag
Universitetet i Oslo

Postboks 1153 Blindern

0316 OSLO

10203 Mestring hos langtidssykemeldte

Formålet med prosjektet er å undersøke

- 1) om det er sammenheng mellom det å være sykemeldt og ha lav mestringsevne,
- 2) om en 4-ukers tverrfaglig intervensjonsmodell etter en aktørmodell bedrer mestringsevnen og
- 3) om en eventuell bedret mestringsevne fører tilbake til yrkesaktivitet og om dette holder seg 1 år etter intervensjon.

Prosjektet har startet opp. Personvernombudet minner om at forskningsprosjekt hvor det skal behandles personopplysninger skal meldes for datainnsamlingen settes i gang.

Utvalget omfatter alle brukere ved Attføringssenteret i Rauland (AIR) som ble tatt inn i løpet av en 3 måneders periode sommeren 2002, rundt 130 personer over 18 år. Førstegangskontakt med utvalget ble opprettet av legesekretæren ved senteret som sendte ut informasjonsskriv om prosjektet sammen med brev om inntak (jf. pkt. a).

Til nå er det samlet inn opplysninger gjennom spørreskjema ved 2 måneder før inntak, etter 4-ukers intervensjon (det vil si ved utskrivning) samt gjennom et 3-måneders tilbakemeldingsskjema fra bruker.

Fra spørreskjemaene er det samlet inn opplysninger om kjønn, alder, utdanning, antall barn, fysisk form, trening, arbeid og smerter, røyk og alkohol, søvn, helseproblemer siste 30 døgn, sykdomsforståelse, oppfatning av egne plager og årsakene til plagene, helsebekymringer, evne til problemløsning, takling av problem og ubehagelige hendelser, trening og oppholdet ved AIR.

Utvalget skal nå, 1 år etter utskrivning, besvare et nytt spørreskjema som handler om mange av de samme spørsmålene som tidligere samt et skjema om nåværende arbeidssituasjon og eventuelle økonomiske ytelser. I tillegg skal det kobles på opplysninger vedrørende sykemeldingsforhold fra saksrapporten ved trygdekantoret og opplysninger om diagnose, sykemeldingslengde og yrke fra journalen ved AIR.

Det er registrert sensitive personopplysninger i form av helseopplysninger (jf. POL § 2 pkt. 8 c).

Opplysningene er registrert på isolert pc og pc i nettverk. Direkte personidentifiserbare opplysninger er erstattet med et referansennummer som viser til en navneliste. Listen oppbevares atskilt fra det øvrige datamaterialet. Ved prosjektslutt skal opplysningene anonymiseres slik at det ikke er mulig å direkte eller indirekte identifisere enkeltpersoner i materialet (jf. pkt. d).

Ved de første datainnsamlingene fikk utvalget skriftlig informasjon om at det skulle gjøres en brukerundersøkelse ved AIR og at dataene skal analyseres ved Universitetet i Bergen. I og med at dataene også skal inngå i prosjektleders hovedfagsprosjekt med ovennevnte problemstillinger og i og med at journal- og tryggedata skal kobles på spørreskjemadataene, vil prosjektleder nå sende ut ytterligere informasjon om prosjektet og innhente samtykke til ovennevnte (jf. pkt. b).

Det skal ikke gjøres bruk av elektronisk sammenstilling av personregistre (jf. pkt. e).

Prosjektslutt er angitt til 31.10.2004 (jf. pkt. c).

Personvernombudet opplyser om at prosjektleder bør ta kontakt med Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) for å forhøre seg om prosjektet er fremleggelsespliktig. Dersom prosjektet er fremleggelsespliktig, legger ombudet til grunn for sin vurdering at prosjektet sendes til REK. Ombudet ber i så fall om å få ettersendt en kopi av REKs svar når prosjektleder mottar dette.

Til deg som har fått plass ved Attføringscenteret i Rauland!

Vi håper du kan sette av litt tid til å fylle ut noen spørreskjemaer.

Attføringscenteret i Rauland ønsker til enhver tid å gi et best mulig tilbud til de brukerne som kommer til senteret.

For at vi stadig skal bli bedre, er det viktig at vi hele tiden evaluerer og kvalitetssikrer arbeidet vårt.

Som et ledd i en slik evaluering har vi nå en brukerundersøkelse.

Vi ønsker å vite noe mer om brukernes helseplager enn det søknadspapirene kan fortelle.

Du skal ikke skrive navnet ditt på skjemaet. Det står kun en kode på skjemaet til hjelp ved dataregistreringen.

Det er AIR som er ansvarlig for prosjektet. Men skjemaet vil bli sendt til Universitetet i Bergen i anonymisert form for databehandling.

For å se om det er noen endring, vil du på ny bli bedt om å fylle ut skjemaet ved utskriving fra AIR. Det samme skjer et år etter at du har vært hos oss.

Opplysningene som kommer fram vil selvfølgelig være taushetsbelagt på samme måte som andre pasientopplysninger. Ingen fagpersoner fra behandlingsteamet vil kjenne til hva du har svart, og det vil ikke få noen innvirkning på oppholdet ditt ved AIR.

Det er frivillig å være med i denne brukerundersøkelsen, og du kan trekke deg når det måtte være, uten begrunnelse.

Husk å ta med deg skjemaet når du kommer til AIR.

Det skal leveres til legesekretær en av de første dagene av oppholdet.

NB! Det er viktig at du svarer på alle spørsmålene.

Er noe uklart kan du ringe til fysioterapeut Irene Øyeflaten eller legesekretær Magnhild Sæbø ved AIR (tlf. 35062800).

Vennlig hilsen

Attføringscenteret i Rauland

Til deg som har avreise på fredag og som tidligere har besvart et spørreskjema i vår brukerundersøkelse!

Vi håper at du ennå en gang kan sette av litt tid til å svare på noen spørsmål.

Det er viktig at du også denne gangen svarer så godt du kan på alle spørsmålene. Nærmere orientering vil du finne på side 2 i spørreskjemaet.

Når skjemaet er besvart skal det leveres til Magnhild legesekretær iløpet av torsdag, (dvs. mellom kl. 08.15 og 15.30).

Om et år vil du få et tilsvarende skjema sendt hjem til deg med en frankert svar-konvolutt. Det er viktig for oss at du også da tar deg tid til å svare. Vi håper at denne undersøkelsen kan si oss noe mer om hvordan det går med AIR's brukere over tid.

På forhånd takk!

*Vennlig hilsen
Attføringssemtet i Rauland*

INFORMASJONSBREV:

Til deg som har sagt ja til å delta i AiR`s brukerundersøkelse!

Takk for sist,

- og takk for at du tidligere har tatt deg tid til å fylle ut dette spørreskjemaet!

Det er i disse dager 1 år siden du var bruker ved AiR. Vi er takknemlige hvis du nok en gang kan ta deg tid til å fylle ut skjemaene. Skjemaene returneres i ferdig frankert svarkonvolutt til legesekretær ved AiR. Skjemaene vil deretter bli videresendt til Universitetet i Bergen for databehandling.

I tillegg til skjemaet; "Brukerundersøkelse" som er identisk med det du har fylt ut tidligere, vil det være et mindre spørreskjema med spørsmål rundt sykmelding og arbeidsforhold, slik du også fikk etter 3 mnd.

Denne brukerundersøkelsen gjøres av AiR i samarbeid med Universitetet i Bergen og er en del av Irene Øyeflaten (ledende fysioterapeut v/AiR) sin hovedfagsoppgave. Formålet med hovedfagsprosjektet er å se på sammenhenger mellom mestring og sykmeldingsforhold. Vi er interessert i å se om mestringsevnen endrer seg over tid, og om et opphold på AiR virker inn på dette. Opplysninger fra alle 3 utfylte spørreskjemaer vil derfor bli brukt og koblet til dette hovedfagsprosjektet. De vil ikke bli brukt i andre sammenhenger

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Spørsmål F og G i det lille skjemaet gjelder samtykke:

Vi ber om samtykke til å knytte alle 3 utfylte spørreskjemaer (dvs. "brukerundersøkelsen" før opphold, ved hjemreise og nå et år etter), til informasjon fra journalen på AiR vedr. yrke, sykmeldingslengde og diagnose. Dette vil være mulig ved bruk av et ID.nr. Vi ønsker også tillatelse til å innhente en begrenset saksmappe fra trygdekontor til bruk i dette hovedfagsprosjektet. Kun opplysninger rundt sykmeldingsforhold vil bli knyttet til svarene fra spørreskjemaene.

Retur av dette 3. spørreskjemaet vil være et samtykke i å bruke alle 3 besvarelsene i hovedfagsprosjektet.

Alle opplysninger behandles konfidensielt. Navnet ditt vil ikke være tilgjengelig for meg eller andre som skal analysere dataene.

Prosjektet vil bli avsluttet høsten -04 og alle opplysninger blir anonymisert ved prosjektlutt. Ingenting vil bli lagt i journalen din ved AiR

Det er frivillig å være med i undersøkelsen, og du kan fortsatt trekke deg uten begrunnelse!

NB! Det er også denne gangen viktig at du svarer så godt du kan på alle spørsmålene.

Du vil finne nærmere orientering på side 2 i spørreskjemaet.

Er noe uklart kan du ringe fysioterapeut Irene Øyeflaten eller legesekretær Magnhild Sæbø ved AiR (tlf. 35062800)

Vennlig hilsen

Attføringscenteret i Rauland