



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Arbeidsrettet rehabilitering i Norge i dag – hvor står vi og hvor går vi?

AV LIV HAUGLI

Hovedpunkter i artikkelen

- sykdomsdiagnose alene er uegnet som utgangspunkt for å bidra til tilbakeføring til arbeid
- funksjonsvurdering er et viktig virkemiddel for å få oversikt over helse og fraværproblemet, individets ressurser og muligheter
- læring om egen selvforståelse er en viktig del av rehabiliteringstilbudet
- arbeidsplassen bør tilrettelegges og involveres



Liv Haugli

Overlege og fagsjef, Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, Rauland

Øvrige forfattere og medlemmer av Fagrådet ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, Rauland:

Eli Molde Hagen, overlege, spesialist i fysisk medisin og rehabilitering, Sykehuset Innlandet

Hilde Teige, overlege, Hernes Institutt, Elverum

Øivind Andersen, prosjektleder, Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, Rauland

Ole Jo Kristoffersen, avdelingsleder, Hernes Institutt, Elverum

Gerd Liv Valla, brukerrepresentant

Randi Wågø Aas, seniorforsker, International Research Institute of Stavanger (IRIS)

Det høye antallet langtidssykmeldte og uføretrygdete viser et stort behov for arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Det er manglende konsensus om hva et ARR-tilbud skal innebære. Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering har et fagråd som skal definere og utvikle kjerneinnholdet i fagområdet og arbeide for at fagfeltet skal være kunnskapsbasert.

I denne artikkelen vil vi presentere noe av det teoretiske og metodiske grunnlaget for ARR i spesialisthelsetjenesten, anbefalinger til faglig kvalitet og utfordringer i fagfeltet.

Tradisjonelt har det vært mer fokus på diagnostikk og behandling av helseplager enn på hva som bidrar til at langtidssykmeldte kommer tilbake til arbeid. Sykefravær skal begrunnes med en medisinsk diagnose. I fraværssaker som har gått over lang tid kan det vurderes hvorvidt det er helseplagen eller fraværet som er problemet. Diagnosen sykmeldt er ofte mer hensiktsmessig som utgangspunkt for en rehabiliteringsprosess. Årsaksforholdene til langvarig sykefravær er individuelle og sammensatte og krever en tverrfaglig tilnærming.

Et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud (ARR) vil som regel innebære en kombinasjon av medisinske, treningsmessige og arbeidsrelaterte tiltak. Funksjonsvurdering (ICF) er et sentralt verktøy. En bio-psyko-sosial og fenomenologisk forståelse av sykdom og funksjon legges til grunn.

ARR skal legge til rette for lærings- og endringsprosesser som fremmer bevisstgjøring om egne ressurser og muligheter og bidrar til å gjenvinne eller beholde arbeidsevnen. Den rådende tilnærmingen er fysisk aktivitet i kombinasjon med ulike pedagogiske tilnærminger som kognitiv atferdsterapi/veiledning samt arbeidsplassretting. Prosess- og erfaringslæring vektlegges. Samarbeid mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, helsevesenet og NAV må sikres for å få en god rehabiliteringsprosess.

Deltakelse i arbeidslivet

Tilbakeføring til arbeid for personer med nedsatt arbeidsevne har vært et politisk satsingsområde i flere år. Over 700 000 av den yrkesaktive befolkningen i Norge er ikke i arbeid, og antall nye uføretrygdede er høyt (1). Behovet er derfor stort for å finne arbeidsrettede tiltak som kan hjelpe langtidssykmeldte og uføre tilbake til arbeidslivet.

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) er rehabiliteringsprosesser med deltakelse i arbeidslivet som overordnet mål. Det er 38 rehabiliteringsinstitusjoner som i dag har avtale med et regionalt helseforetak og/eller NAV om ARR som et døgnbasert tilbud. I tillegg er det ca 50 institusjoner som har avtale med NAV om dagopphold. Det er manglende konsensus om hva et slikt tilbud skal innebære. De to be- stillerne, NAV og helseforetakene, har ulike definisjoner om hva ARR er og dermed ulike krav i sin bestilling til tjenesteyterne.

Årsaker til sykefravær

Diagnose er utgangspunktet for sykefravær, og tradisjonelt har det vært mer fokus på diagnostikk og behandling av helseplager enn på hva som kan bidra til at langtidssykmeldte kommer tilbake i arbeid. Psykososiale forhold på arbeidsplassen påvirker sykefraværet (2). Derfor er det viktig å dra arbeidslivsdimensjonen inn i totalvurderingen av årsak til sykefravær og i kartleggingen av eventuelle barrierer som kan hindre gjenopptagelse av jobben.

Over 50 prosent av de sykmeldte har diagnoser som muskel-skjelett-plager og lettere psykiske lidelser. Mange langtidssykmeldte har diagnoser uten funn av noen objektive tegn på sykdom (3). Ved mange av disse diagnosene er det påvist at personene har flere helseplager, f. eks. blir angst og depresjon ofte rapportert ved ulike somatiske plager. Denne komorbiditeten vanskeliggjør tilbakegang til arbeidslivet (4), og øker risikoen for å bli uføretrygdet (5). Andre risikofaktorer er lav utdanning, å være kvinne, jobbe i barnehage, helsevesen eller kjøkken (6). Det er også vist at egne tanker og tro om at arbeidsevnen er nedsatt og at jobben vil forverre plagene, øker sjansen for forlenget sykmelding (4). Mye tyder på at tidlig intervensjon med påvirkning av egen forståelse av sykdommen, påvirkning av arbeidsmiljøfaktorer og oppfølging har betydning for resultatet.

Et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud tilbyr en kombinasjon av medisinske, treningsmessige og arbeidsrelaterte tiltak. FOTO: L. HAUG/ARR



Sammensatt bilde

Årsakene til sykefravær er komplekse og involverer medisinske, sosio-demografiske og psykiske forhold. I tillegg har type arbeid samt det fysiske, holdningsmessige og sosiale miljøet betydning som årsaker til sykefravær. I fraværssaker over lang tid kan det vurderes om det er helseplagene eller fraværet som er diagnosen. Ofte kan begge deler betraktes som et problem som skal løses. I noen tilfeller kan helseproblemet tilsynelatende være løst, mens fraværproblemet ikke er løst. I andre tilfeller hvor helseproblemet ikke er løst kan likevel fraværet være helt eller delvis løsbart (7). Diagnosen sykmeldt kan derfor ofte være mer hensiktsmessig som utgangspunkt for en rehabiliteringsprosess med arbeid som mål.

Hvem kan ha nytte av ARR?

En stor andel av de langtidssykmeldte er ferdigbehandlet eller ferdig utredet, men klarer likevel ikke å komme tilbake i arbeid. En økende andel av befolkningen kommer av ulike helsemessige årsaker ikke inn i arbeidslivet. Det er disse gruppene av pasienter som vi mener kan ha behov for et spesialisert ARR-tilbud. I noen sammenhenger kan det være hensiktsmessig å starte rehabilitering før behandlingen er ferdig.

ARR bør inngå i en helhetlig behandlingsskjede hvor lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) er sentralt. Tilbudene i Norge i dag kan beskrives på tre ulike nivåer:

1. Primærhelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten, NAV-tilbudene (oppfølging, avklaring og arbeidsrettet rehabilitering)
2. Polikliniske tverrfaglige funksjonsvurderinger og dag-rehabiliteringstiltak
3. Døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering

NAV er en viktig del av behandlingsskjeden på alle nivåer og en sentral part for å legge økonomiske rammer for en god prosess tilbake til arbeidslivet.

Kompetanse og innhold i ARR

Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler der deltakelse i arbeidslivet er definert hovedmål. Dette krever parallelle og tverrfaglige intervensjoner mot helse og arbeid der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet.

Den sammensatte årsakssammenhengen til langvarig sykefravær og uførhet krever en tverrfaglig tilnærming. *Fag-*

Verdigrunnlaget i arbeidsrettet rehabilitering:

- Arbeid er helsefremmende
- Å delta i arbeidslivet er en rettighet alle voksne har
- Det er mer som er friskt i oss enn sykt
- Vi har alle ressurser og noen av ressursene våre er ubevisste
- Fagpersonenes oppgave er å bidra til økt bevisstgjøring av ressurser og muligheter

rådet ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering anbefaler derfor et tverrfaglig tilbud som bygger på en bio-psyko-sosial og fenomenologisk forståelse av sykdom og plager, som vil kunne favne denne kompleksiteten. Med en bio-psyko-sosial forståelse menes anerkjennelse av biologiske, psykiske og sosiale faktorer for utviklingen av helseplager. Med en fenomenologisk forståelse menes at pasienten må ses i sammenheng med sine opplevelser og erfaringer, dagligliv og arbeidssituasjon.

Tverrfaglige tiltak har effekt

Det er god dokumentasjon på at tverrfaglige tiltak har effekt på sykefravær for personer med ryggplager(8–10). En tverrfaglig intervensjon inneholder som regel en kombinasjon av medisinske, treningsmessige og arbeidsrelaterte tiltak. Fagrådet anbefaler at det tverrfaglige teamet skal ha kompetanse i medisinsk rehabilitering, kognitiv tilnærming (veiledning), friskliv/idrettspedagogikk, arbeidsliv/arbeidsmiljø og samhandlingskompetanse om velferdssystemets regler og tiltaksordninger. Alle ansatte i et slikt team må arbeide ut fra at brukeren trenger bistand fra flere fagfolk/fagmiljøer samtidig. Dette forutsetter at institusjonen har ansatte med ulike særferlige helseutdanninger og yrkesbakgrunn. Fagfolkene må se sin rolle som en del av en større prosess, der brukerens måloppnåelse ligger utenfor hver særferlighets begrensede virkeområde.

Et ARR-opphold innebærer gjerne ulike trenings og læringsaktiviteter i grupper og individuell kontakt med ulike yrkesgrupper i det tverrfaglige teamet. Kontakten med NAV og arbeidsgiver og plan mot yrkesaktivitet bør vektlegges før og under oppholdet. Flere institusjoner tilbyr ulike former for læring i grupper, som skal bidra til økt bevisstgjøring av brukerens ressurser og hvordan han/hun kan nå egne mål (11). Brukeren skal gå fra rollen som passiv mottaker til å være en aktiv deltaker. Verdigrunnlaget i ARR er at arbeidslivsdeltakelse er en viktig bærebjelke i menneskers liv, selv om man blir rammet av langvarig sykdom og funksjonstap. Alle har ressurser, muligheter og ønsker. Det er viktig at rammene rundt oss gir oss muligheter

til å utnytte dem slik at vi kan ta ansvar, møte utfordringer, gripe utviklingsmuligheter og selv gjøre en innsats for å nå de mål vi setter oss.

Tiltak på en ARR-institusjon skal være rettet både mot individet og mot arbeidsplassen som samtidige prosesser. Blant de individrettede tiltakene er å vurdere funksjon, avklare diagnose og starte endringsprosesser.

Funksjonsvurdering

Funksjonsvurdering er et sentralt verktøy i rehabiliteringen. I henhold til WHO's internasjonale klassifikasjon av funksjon og funksjonshemming (ICF) kan menneskelig funksjon og funksjonsproblemer beskrives ut fra både et *deltakelsesperspektiv*, et *aktivitetsperspektiv* og et *kroppsperspektiv* (FIGUR 1 PÅ NESTE SIDE).

Den enkeltes funksjonsevne innenfor hvert av disse perspektivene påvirkes av helsetilstanden, av personlige faktorer og av faktorer i omgivelsene. Omgivelsesfaktorene inkluderer både fysiske, sosiale og holdningsmessige faktorer i personens umiddelbare omgivelser og i samfunnet for øvrig. I kartleggingen av funksjon handler det om å identifisere

problemer som hindrer arbeidsdeltakelse og identifisere områder som bidrar til å styrke arbeidsdeltakelsen. Problemlisten kan være et utgangspunkt for hvor vi kan intervensjonere og endre fokus til å se på mulighetene og pasientens ressurser i stedet for begrensningene. Det vi fokuserer på gjør vi større. Ved å bidra til økt bevisstgjøring av pasientens ressurser vil han allerede i en kartleggingsfase kjenne seg styrket på vei mot målet; tilbake til arbeidslivet. Kartlegging av begrensningene er ofte koblet opp mot diagnose. Meningen er at ICD-10 og ICF skal utfylle hverandre slik at en får en mer meningsfull beskrivelse av helse-tilstanden ved at funksjon knyttes til helsetilstand.

Medisinsk undersøkelse og tilnærming

Tilbudet skal inneholde grundig klinisk undersøkelse og vurdering av brukerens helsetilstand i et bio-psyko-sosialt perspektiv og med en fenomenologisk grunnlagsforståelse. Både problemer og ressurser i alle ICF-dimensjonene skal vurderes. Dette innebærer at man benytter en strukturert klinisk metode, der diagnostiske verktøy, systematisk undersøkelse og diagnostisk avklaring inngår som innledning til og en forutsetning for etterfølgende intervensjoner og aktivitetstilbud.

Læring i grupper bidrar til økt bevisstgjøring av brukerens ressurser og hvordan han/hun kan nå egne mål. FOTO: L. HAUGI/AIR



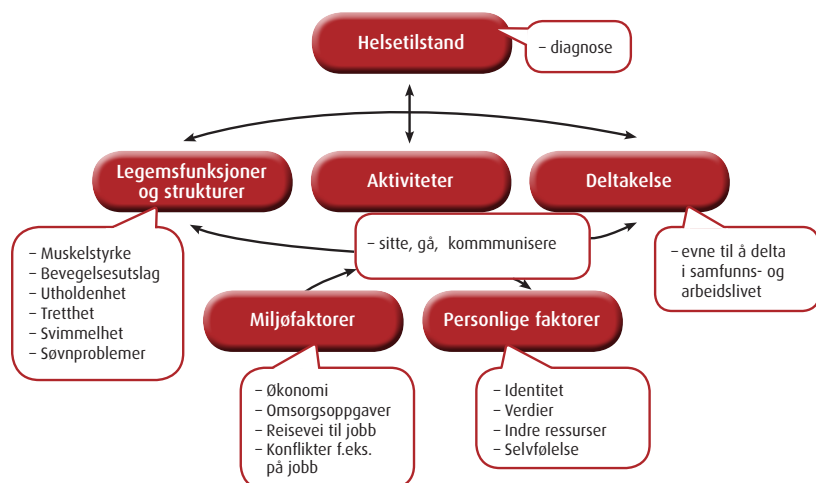
Den kliniske undersøkelsen har fokus på å få frem brukers forståelse av og erfaringer med sine symptomer/plager. Det man finner som er normalt må formidles for å trygge og redusere engstelse og usikkerhet. Undersøkelsen skal bidra til økt forståelse av hva eventuelle funn betyr for brukeren, spesielt konsekvenser for funksjon, aktiviteter og deltakelse. For å oppnå dette bør man sjekke ut brukers forståelse av mulige årsaker til sykdomsutvikling og mulige tiltak som kan bedre forholdene samt bidra til å endre brukerens forståelse der det er hensiktsmessig. Tilbudet skal legge til rette for tilstrekkelig tid til denne typen undersøkelse og intervensjon. Man bør også i samarbeid med resten av rehabiliteringsteamet gjenta eller videreføre dette ved behov, da økt bevisstgjøring og forståelse innebærer prosess- og erfaringslæring.

Endringsprosesser og læring

ARR legger til rette for læring og endringsprosesser hos brukeren. Mange med langvarige muskel-skjelett-plager endrer livsstil og atferd med selvpålagte restriksjoner av daglige aktiviteter og sosial deltakelse. Dette kan bidra til å opprettholde symptomer og plager og må påvirkes og endres under oppholdet. Mange pasienter kommer til et ARR-opphold med forventninger om å få behandling og bli frisk. De har ofte en forståelse av at deres plager og symptomer har en biologisk årsak som ligger utenfor deres kontroll til å påvirke, og de har forventninger til helsevesenet om å finne årsaken, slik at den kan fjernes eller reduseres. De henvender seg til helsepersonell som presumptivt

I henhold til WHO's internasjonale klassifikasjon av funksjon og funksjonshemming (ICF) kan menneskelig funksjon og funksjonsproblemer beskrives ut fra både et deltakelsesperspektiv, et aktivitetsperspektiv og et kroppsperspektiv.

ICF – Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse



kan og vet, og den sykmeldte kan ofte ta rollen som passiv mottaker – en «gjør meg frisk»-rolle. I møtet mellom bruker og helsepersonell ligger det uttalte forventninger, holdninger, følelser og tradisjonelle handlingsmønstre, som kan være en hindring for pasientens mestringsstrategi. Den pedagogiske utfordringen er å flytte oppmerksomheten fra behandlerrollen som friskgjører til pasientens selvforståelse og egen innsats.

I tillegg til å være behandler med fokus på diagnose og funksjonshemninger, er utfordringen å være veileder med fokus på brukers ressurser, muligheter og mestringsveie. Veiledningen tar sikte på å utvikle arbeids- og kommunikasjonsformer som bidrar til at brukeren blir bevisstgjort om sammenhenger mellom egne tanker, følelser og kroppens reaksjoner – og hvor brukers erfaringer sammen med medisinsk kunnskap gir gjensidige gevinster for brukers endringsprosesser. Dette fordrer at brukeren beveger seg fra å være en passiv mottaker til en aktiv deltaker som ser på seg selv som *eksperten i eget liv*.

Det er i dette spenningsfeltet av forventninger at vi som fagpersoner beveger oss for å oppnå «empowerment» (selvstyrking), helse og deltakelse i arbeidslivet hos brukeren. Forventningsavklaring tidlig i samhandlingen er derfor vesentlig.

Læring er noe annet enn undervisning – eller å bli fortalt noe. Å lære er å oppdage og det er bare personen selv som kan oppdage for seg (12). Det er en forskjell i å bli fortalt om egne ressurser og å oppdage dem selv. Oppmerksomhetstrening kan bidra til økt bevisstgjøring av sammenhenger mellom egne tanker, følelser og kroppslige reaksjoner (13). Gruppebaserte pedagogiske opplegg basert på oppmerksomhetstrening og kognitive tilnærminger («mindfulness-based cognitive therapy») har vist seg å bidra til at pasienter med kroniske muskel-skjelett-smerter og psykiske lidelser kommer tilbake i arbeid (14, 15).

Fysisk aktivitet/ trening

Ut fra undersøkelser og samtaler tilrettelegges fysisk aktivitetsopplegg. Det er godt dokumentert at ulike treningsformer reduserer smerte og bedrer funksjonen hos voksne med ryggplager (16), og hjelper de med langvarig ryggplager til å gjenoppta aktivitet og komme tilbake i arbeid. I en undersøkelse fra en ARR-institusjon rapporterte brukerne positiv erfaring ved at

den fysiske aktiviteten ikke gjorde noe skade og bidro til økt mestring. Brukere med smerterelatert frykt rapporterte redusert frykt for bevegelse og aktivitet, men hadde like mye frykt for smerte i forhold til jobb etter endt opphold (17).

I en annen studie er det vist at hos pasienter med angst og depresjon kan fysisk aktivitet sammen med kognitiv adferdsterapi være en hensiktsmessig tilnærming (18).

Forhold ved arbeidsplassen

Kartlegging av forhold på arbeidsplassen og dialog med arbeidsgiver er viktig for tilbakeføring til arbeid. Pransky hevder at de største barrierene, men også de beste mulighetene for å hjelpe sykmeldte tilbake i jobb, finnes på den enkeltes arbeidsplass (19). Flere studier har vist at tidlig kontakt mellom arbeidstaker og arbeidsplass, tilpasninger i arbeidet, kontakt med helsepersonell og arbeidsplass er assosiert med økt tilbakeføring i arbeid (20). Tompa peker på samhandling mellom helsefaglig ekspertise og ledelse på arbeidsplassen, der den sykmeldte selv også involveres (21). Samhandling og samarbeid er en nøkkelfaktor for å oppnå resultater. I noen tilfeller kan det være nok å bidra til en konstruktiv dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, i andre tilfeller kan det være behov for mer samarbeid med fysisk eller organisatorisk tilrettelegging. Ofte er det også behov for å trygge lederen i forhold til arbeidskapasitet og krav. Mange ledere er engstelige for å kreve for mye, engstelige for å bidra til økt sykkelighet og vil derfor kanskje søke å unngå hele prosessen.

Videreutvikling av fagområdet

ARR har mange utfordringer. Fagområdet hører inn under to departementer, begge med et mål om å redusere sykefraværet og antall uføretrygdede, men der veiene til målet ikke er samkjørt. De definerer fagområdet ulikt og har forskjellige krav til de ulike tilbyderne innen ARR. Verken helsemyndighetene eller NAV har definert hva som er god kvalitet i et ARR tilbud. Vi foreslår at rapporten om kvalitetsmål for ARR, utarbeidet av fagrådet ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering legges til grunn for diskusjon og konsensus (22).

Det er behov for økt kunnskap om fagområdet i grunnutdannelsen til helsepersonell, og det er behov for videreutdanningstilbud. I samarbeid med kompetansesenteret har Diakonhjemmet Høgskole etablert et tilbud om videreutdanning i ARR. Fagmiljøet trenger å utforske hvordan tilbudet faktisk ytes, hvilke komponenter som er i bruk, men også hvordan de kan sammenføres til et skreddersydd tilbud for den enkelte. Dette bør gjøres forskningsbasert.



Fysisk aktivitet bedrer både funksjons- og mestringsevnen hos en rekke pasientgrupper, i første rekke dem med muskelskjelett-lidelser og psykiske plager. FOTO: L. HAUGI/ARR

Nasjonalt kompetansesenter for ARR har en viktig rolle i å videreutvikle et nettverk av ARR-institusjoner for å styrke fagfeltet innen forskning, formidling og nettverksaktiviteter. Ikke minst er det viktig å finne metoder som kan styrke kompetanseutviklingen og samhandlingen i hele behandlingsskjeden.

Referanser

1. NAV. Tall og analyser fra NAV. <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse>. 2010.
2. Christensen KB, Feveile H, Labriola M, Lund T. The impact of psychosocial work environment factors on the risk of disability pension in Denmark. *Eur J Public Health* 2008 Jun;18(3): 235–7.
3. Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *J Psychosom Res* 2004 Apr;56(4):445–8.
4. Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR. Predictors and modifiers of treatment effect influencing sick leave in subacute low back pain patients. *Spine (Phila Pa 1976)* 2005 Dec 15;30(24): 2717–23.

5. Hagen KB, Tambs K, Bjerkedal T. A prospective cohort study of risk factors for disability retirement because of back pain in the general working population. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002 Aug 15;27(16):1790–6.
6. Lund T, Labriola M, Villadsen E. Who is at risk for long-term sickness absence? A prospective cohort study of Danish employees. *Work* 2007;28(3):225–30.
7. Aas RW. Raskt tilbake. Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
8. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med* 2009 Feb;41(3):115–21.
9. Kuoppala J, Lamminpaa A. Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *J Rehabil Med* 2008 Nov; 40(10): 796–804.
10. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005 Aug;19(4):655–70.
11. Haugli L, Steen E, Laerum E, Finset A, Nygaard R. Agency orientation and chronic musculoskeletal pain: effects of a group learning program based on the personal construct theory. *Clin J Pain* 2000 Dec;16(4):281–9.
12. Grendstad NM. Å lære er å oppdage. 1986. Oslo, Didakta Norsk Forlag.
13. de Vibe M, Moum T. Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kronisk sykdom. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2006 Aug 10;126(15):1898–902.
14. Haugli L, Steen E, Lærum E, Nygård R, Finset A. Psychological distress and employment status in patients with chronic musculoskeletal pain. Results from a group learning programme as an occupational rehabilitation approach. *Psychology, Health & Medicine* 2003;8(2):135–48.
15. McCracken LM, Keogh E. Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: an analysis of anxiety sensitivity. *J Pain* 2009 Apr;10(4):408–15.
16. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD000335.
17. Oyeflaten I, Hysing M, Eriksen HR. Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *J Rehabil Med* 2008 Jul;40(7):548–54.
18. Martinsen EW. Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nord J Psychiatry* 2008;62 Suppl 47:25–9.
19. Pransky G, Gatchel R, Linton SJ, Loisel P. Improving return to work research. *J Occup Rehabil* 2005 Dec;15(4):453–7.
20. Loisel P, Durand MJ, Diallo B, Vachon B, Charpentier N, Labelle J. From evidence to community practice in work rehabilitation: the Quebec experience. *Clin J Pain* 2003 Mar; 19(2):105–13.
21. Tompa E, de Oliveira C, Dolinschi R, Irvin E. A systematic review of disability management interventions with economic evaluations. *J Occup Rehabil* 2008 Mar;18(1):16–26.
22. Haugli L, Andersen Ø, Teige H, Valla GL, Aas RW, Kristoffersen OJ, et al. Kvalitetsmål for institusjonsbasert arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. http://www.air.no/?ac_id=178 . 2009.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
liv.haugli@air.no