

Master i helsevitenskap - selvvalgt fordypning  
Institutt for helse- og sosialfag  
Universitetet i Stavanger

**Masteroppgave juni-2013**  
**Eirinn Hopland**



Rehabilitering av sykemeldte med  
muskel-og skjelettplager.

**Tilbudenes  
profesjonssammensetning og deres  
sammenheng med tilbakeføring til  
arbeid.**

Hovedveileder: 1.amanuensis Randi Wågø Aas, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag. Biveileder: 1.amanuensis Brynjar Foss, Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag

Konfidensiell til september 2013

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

**MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:**

Vår-2013

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Eirinn Hopland

**VEILEDER:** 1.amanuensis Randi Wågø Aas, ergoterapeut  
1.amanuensis Brynjar Foss, human biolog

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

Rehabilitering av sykemeldte med muskel-og skjelettplager. Tilbudenes profesjonssammensetning og deres sammenheng med pasientens tilbakeføring til arbeid.

**Engelsk tittel:** Rehabilitation of patients with work absence due to musculoskeletal problems. How the composition of professions are related to the patients return to work.

**EMNEORD/STIKKORD:**

Raskere tilbake til arbeid, profesjoner, profesjonssammensetning, muskel- og skjelettplager, rehabilitering.

**ANTALL SIDER:**

OSLO.....

**27.06.2013**

## Forord

Jeg er fysioterapeut ved en Raskere tilbake klinikk, hvor muskel-og skjelettplager er hyppigste diagnosegruppe. Det falt meg derfor naturlig å skrive om denne pasientgruppen. Jeg har hospitert ved andre Raskere tilbake tilbud og oppdaget at profesjoner er organisert forskjellig og at det er ulike profesjoner som deltar i tilbudene, selv ved nokså like problemstillinger. Jeg har derfor blitt nysgjerrig på profesjonssammensetningen i tilbudene. Er det noen profesjoner pasienten bør få tilbud fra for å komme raskere tilbake i arbeid? Hva er vanlig i andre Raskere tilbake tilbud?

Raskere tilbake ordningen ble etablert av regjeringen i 2007, og påstås å være regjeringens største satsing for å redusere sykefraværet i Norge noen gang. Bare fra oppstart i 2007 til 2011 ble det bevilget 3,571 milliarder kroner (Aas, Solberg, & Strupstad, 2011). Første nasjonale evaluering av igangsatte tiltak ble utført av Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) 03.06.2010. Ordningen ble vurdert til å ikke være en suksess. Den kostet 2,1 milliarder kroner fra 2007 til 2009, men bidro kun til 4,3 dager færre sykefraværsdager. Pasientens fordeler av tiltakene ble imidlertid ikke inkludert i rapporten (Arbeidsdepartementets pressemelding, 2010).

Arbeidsdepartementet ønsket en ny evaluering. Andre nasjonale "evaluering av raskere tilbake" ble utført av forskningscenteret PreSenter, IRIS og Høyskolen i Oslo og Akershus. Masterstudiet er en del av denne bestillingen og inngår i delstudie II;- Individstudien. Informasjon fra deltakere og ansatte i Raskere tilbake-ordningen brukes til å kartlegges tilbudene hver pasient har mottatt. Studiens mål er å avdekke hva som kan påvirke pasienters tilbakeføring til arbeidslivet. Kunnskapen fra studiet skal brukes til å videreutvikle sykemeldtes tilbud i Norge (Aas, Solberg, & Strupstad, 2011).

Jeg er utrolig takknemlig for at jeg fikk mulighet til å skrive en master finansiert av Arbeidsdepartementet. Jeg var også heldig som fikk delta i et så betydningsfullt og omfattende forskningsprosjekt som Individstudien kan sies å være. Masterarbeidet har kostet meg en stor dose innsats. I perioder har det vært svært utfordrende, men mest av alt har det vært en utviklende og læringsrik periode som jeg ikke ville vært foruten. Med stolthet kan jeg endelig presentere mitt ferdige produkt. Oppgaven setter Raskere tilbake ordningen på dagsordenen. Den gir bakgrunnskunnskap om sykefravær og

rehabilitering ved muskel- og skjelett plager. Men fokus vil være på mitt selvstendige arbeid om tilbudenes sammensetning av profesjoner og tilbakeføring. Håper studiet vil være av interesse for både pasienter, behandlere og myndigheter.

Jeg vil utrette en takk til 1.amenuensis og ergoterapeut Randi Wågø Aas for god veiledning, nyttig kunnskap og godt samarbeid om Raskere tilbake prosjektet. Takk til 1.amenuensis og human biolog Brynjar Foss for konstruktive innspill og særdeles god støtte gjennom hele prosessen. Min arbeidsgiver Astrid Tytlandsvik har lagt til rette for videreutdanningen. Uten hennes velsignelse hadde ikke drømmen om masterstudiet latt seg realisere. Hyggelige medstudenter på Institutt for helsefag takkes for å ha bidratt til en flott studietid. Statistiker Morten Aarflot og professor Edvin Bru takkes begge for å ha vært tilgjengelige ved analytiske utfordringer. De har bidratt mer enn jeg kunne forventet. Ikke minst vil jeg takke min bedre halvdel for oppmuntring og støtte.

Forord .....	2
Forkortelser.....	7
Sammendrag.....	8
<b>1.Introduksjon .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Bakgrunn .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Tidligere forskning på området.....</b>	<b>12</b>
1.2.1 Samarbeid mellom profesjoner og helhetlig kompleks rehabilitering.....	12
1.2.2 Fra medisinsk til biopsykososial tilnærming.....	12
1.2.3 Er tverr- eller flerfaglig behandling bestående av flere profesjoner bedre enn tiltak med få profesjoner?.....	13
1.2.4 Oppsummering av forskning om profesjoners betydning for tilbakeføring.....	14
<b>1.3 Studiens mål, forskningsspørsmål og hypoteser .....</b>	<b>16</b>
<b>1.4 Avgrensning og fremgangsmåte.....</b>	<b>16</b>
<b>2.Teoretisk bakgrunn.....</b>	<b>17</b>
<b>2. 1 Profesjon .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Ulike former for profesjonell praksis .....</b>	<b>18</b>
2.2.1.Tverrfaglig samarbeid (tverrprofesjonelt samarbeid).....	18
2.2.2 Flerfaglig samarbeid (flerprofesjonelt samarbeid ).....	19
2.2.3 Integreert faglighet.....	19
2.2.4 Monofaglig.....	19
<b>2.3 Den (bio) medisinske helsemodellen .....</b>	<b>20</b>
<b>2.4 Den biopsykososiale modellen.....</b>	<b>20</b>
<b>2. 5 Profesjoners kompetanse .....</b>	<b>21</b>
<b>2.6 Raskere tilbake ordningen (RT-ordningen) .....</b>	<b>21</b>
<b>2.7 Tilbakeføring til arbeid.....</b>	<b>22</b>
2.7.1 Hva er tilbakeføring til arbeid (RTW).....	22
2.7.2 Utfordringer ved tilbakeføring.....	23
2.7.3 Sammenhengen mellom profesjoner i helsevesenet og pasientens tilbakeføringsgrad .....	24
<b>2.8 Rehabilitering .....</b>	<b>25</b>
2.8.1.Beskrivelse av begrepet rehabilitering.....	25
2.8.2. Inndeling av rehabilitering .....	26
<b>2.9 Muskel- og skjelettdiagnoser.....</b>	<b>27</b>
2.9.1. Generelt om muskel- og skjelettplager.....	27
2.9.2.Utfordringer ved muskel- og skjelettplager .....	28
<b>3 Materiale og metode.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Design.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2. Utvalg .....</b>	<b>29</b>
<b>3.3 Datainnsamling og bruk av materialet .....</b>	<b>29</b>
<b>3.4 Analyse .....</b>	<b>31</b>
<b>3.5 Etikk.....</b>	<b>32</b>
<b>4.0 Resultat .....</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Beskrivelse av utvalgets inndeling i diagnoser .....</b>	<b>32</b>
<b>4.2 Bakgrunnsinformasjon om sykemeldte med muskel- og skjelettplager .....</b>	<b>33</b>
4.2.1. Utvalg av sykemeldte med muskel- og skjelettplager.....	33
4.2.2. Tilbakeføringsgrad for sykemeldte med muskel- og skjelettplager .....	33
4.2.3. Behandlingstilbudet til sykemeldte med muskel- og skjelettplager .....	34
4.2.4 Tilbudenes omfang til sykemeldte med muskel- og skjelettplager.....	34
4.2.5. Organisering av profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager .....	34
<b>4.3 Profesjoner i tilbakeføringsprogram til pasienter med muskel- og skjelettplager</b>	<b>34</b>
<b>4.4 Profesjonssammensetning tildelt sykemeldte med muskel- og skjelettplager .....</b>	<b>35</b>
4.4.1 Kombinasjoner av profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager .....	35
4.4.2. Antall profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager.....	36

<b>4.5 Profesjoners sammenheng med tilbakeføring av sykemeldte med muskel- og skjelettplager.....</b>	<b>37</b>
4.5.1 Foranalyse av profesjonstyper tildelt sykemeldte med muskel- og skjelettplager .....	37
4.5.2. Profesjoners sammenheng med tilbakeføring av sykemeldte med muskel- og skjelettplager .....	38
<b>4.6 Antall profesjoners sammenheng med tilbakeføring av sykemeldte med muskel- og skjelettplager.....</b>	<b>38</b>
4.6.1. Foranalyser av antall profesjoner tildelt sykemeldte med muskel- og skjelett plager	38
4.6.2. Antall profesjoners sammenheng med tilbakeføring av sykemeldte med muskel- og skjelettplager .....	39
<b>4.7 Bakgrunnsinformasjon om alle sykemeldte.....</b>	<b>40</b>
4.7.1. Utvalget av alle sykemeldte .....	40
4.7.2. Tilbakeføringsgrad for alle sykemeldte .....	40
4.7.3. Behandlingstilbudet til alle sykemeldte.....	41
4.7.4. Tilbudenes omfang til alle sykemeldte.....	41
4.7.5. Organisering av profesjoner til alle sykemeldte.....	41
<b>4.8 Profesjoner i tilbakeføringsprogram til alle sykemeldte.....</b>	<b>41</b>
<b>4.9 Profesjonssammensetning i tilbakeføringsprogram til alle sykemeldte .....</b>	<b>42</b>
4.9.1 Kombinasjoner av type profesjoner til alle sykemeldte .....	42
4.9.2. Antall profesjoner til alle sykemeldte .....	42
<b>4.10 Profesjoners sammenheng med alle sykemeldtes tilbakeføringsgrad.....</b>	<b>44</b>
4.10.1 Foranalyse av tildelte profesjoner til alle sykemeldte .....	44
4.10.2. Profesjoners sammenheng med alle sykemeldtes tilbakeføringsgrad .....	44
<b>4.11 Antall profesjoners sammenheng med alle sykemeldtes tilbakeføringsgrad .....</b>	<b>45</b>
4.11.1. Foranalyser av antall profesjoner til alle sykemeldte .....	45
4.11.2. Antall profesjoners sammenheng med alle sykemeldtes tilbakeføringsgrad .....	45
<b>4.12 Oppsummering av resultater .....</b>	<b>46</b>
<b>5 Diskusjon.....</b>	<b>48</b>
<b>5.1 Diskusjon av resultater .....</b>	<b>48</b>
5.1.1. Profesjoner tildelt sykemeldte.....	48
5.1.2. Profesjonssammensetninger til sykemeldte.....	50
5.1.3. Sammenhengen mellom type profesjon og tilbakeføring .....	51
5.1.4. Sammenhengen mellom antall profesjoner og den sykemeldtes tilbakeføringsgrad..	53
<b>5.2 Reliabilitet og validitet.....</b>	<b>55</b>
5.2.1 Reliabilitet.....	55
5.2.2. Validitet .....	57
<b>6 Konklusjon.....</b>	<b>58</b>
<b>7 Referanser .....</b>	<b>60</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>70</b>

## Oversikt over figurer og tabeller

Figur 1. *Faktorer som bestemmer sykefravær (Stein Knardahl, 2010).*

Figur 2. *Involverte profesjoner i tilbudet til sykemeldte med muskel- og skjelettdiagnose*

Figur 3. *Beskrivelse av profesjoner til alle sykemeldte*

Tabell 1. *De åtte raskere-tilbake tilbudene, 2007-2011*

Tabell 2. *Beskrivelse av pasienter*

Tabell 3. *Tilbakeføringsgrad for pasienter med muskel- og skjelettplager*

Tabell 4. *Beskrivelse av profesjonssammensetning*

Tabell 5. *Fordeling av antall profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager*

Tabell 6. *Antall profesjoner til pasienter med muskel- og skjelettplager i prosent*

Tabell 7. *Assosiasjon mellom type profesjon og tilbakeføringsgrad (kji-kvadrat test)*

Tabell 8. *Sammenheng mellom profesjoner og tilbakeføringsgrad*

Tabell 9. *Assosiasjon mellom antall profesjoner og tilbakeføringsgrad (kji-kvadrat test)*

Tabell 10. *Sammenheng mellom antall profesjoner og tilbakeføringsgrad*

Tabell 11. *Tilbakeføringsgrad for alle sykemeldte*

Tabell 12. *Beskrivelse av profesjonssammensetning*

Tabell 13. *Fordeling av antall profesjoner*

Tabell 14. *Fordeling av antall profesjoner til alle sykemeldte i prosent*

Tabell 15. *Assosiasjon mellom type profesjon og tilbakeføring (kji-kvadrat test)*

Tabell 16. *Sammenheng mellom type profesjon og tilbakeføringsgrad*

Tabell 17. *Antall profesjoner og assosiasjon med tilbakeføringsgrad (kji-kvadrat test)*

Tabell 18. *Sammenheng mellom antall profesjoner og tilbakeføringsgrad*

Tabell 19. *Beskrivelser av utvalgets diagnoser*

Tabell 20. *Beskrivelse av behandlingstilbudet til sykemeldte med muskel- og skjelettplager*

Tabell 21. *Omfang tilbud, muskel- og skjelettplager*

Tabell 22. *Behandlerregistrert organisering av profesjoner*

Tabell 23. *Andre fagpersoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager*

Tabell 24. *Beskrivelser av alle sykemeldte*

Tabell 25. *Beskrivelse av behandlingstilbudet til alle sykemeldte i studiet*

Tabell 26. *Omfang tilbud, alle sykemeldte*

Tabell 27. *Behandlerregistrert organisering av profesjoner*

Tabell 28. *Andre faggrupper til alle sykemeldte*

Tabell 29. *Sammenligninger av profesjonstilbudet*

## Forkortelser

ARR	Forkortelse for Arbeidsrettet rehabilitering
MSD	Forkortelse for muskel- og skjelettdiagnose
NAV	Navn som benyttes om Arbeids- og velferdsforvaltningen.
RT	Raskere tilbake
RT-ordningen	Raskere tilbake ordningen som er finansiert av Arbeidsdepartementet.
RT-tilbud	Tilbudene finansiert gjennom RT-ordningen.
RTW	Fra engelsk return to work som står for tilbake til arbeid
SD	Står for Standard avvik, engelsk ord for Standard deviation. Beskriver spredning i svar fra studiets informanter. Høyt SD indikerer at informanter svarer ulikt eller spredt, mens lavt SD betyr større enighet.



## Sammendrag

**Bakgrunn:** Sykefravær er en betydelig utfordring for samfunnet som helhet og for individet som rammes. Norges utgifter for å dekke sykefravær og uføretrygd er det høyeste per innbygger blant verdens 34 OECD land. Muskel- og skjelettplager er viktigste årsak til legemeldt sykefravær. Det er vanskeligere å komme tilbake til arbeid jo lenger pasienten er fraværende. Regjeringen igangsatte derfor Norges største sykefraværsreducerende tiltak i 2007, kalt "Raskere tilbake ordningen". Hensikten med ordningen er at utsatte pasientgrupper skal sikres rask tilgang på tjenester for raskere tilbakeføring til arbeid. Pasienter med muskel- og skjelettplager er største mottaker av denne ordningen. De tilbys en rekke ulike tilbud. Hvor mange og hvilke typer som er involvert i behandlingstilbudene deres kan variere svært mye.

**Mål:** Målet med studien var å få økt kunnskap om "raskere tilbake-ordningens" profesjonstilbud til sykemeldte med muskel- og skjelettplager. Hensikten var å undersøke i hvilken grad profesjonssammensetningen hadde sammenheng med sykemeldtes tilbakeføring til arbeid.

**Metode:** Studien er en del av en nasjonal evaluering i regi av Presenter IRIS og Høgskolen i Oslo. Utvalget i denne studien bestod av 250 sykemeldte pasienter i arbeidsfør alder. 58,4 % av disse hadde muskel- og skjelettplager som primærdiagnose og var studiens målgruppe. For sammenligningsgrunnlag, ble resultater fra alle sykemeldte inkludert. Det er blitt benyttet kvantitativ metode basert på selvadministrerende spørreskjema utfyllt av pasient og behandler, samt sykefraværsstatistikk fra Arbeids- og velferdsforvaltningen. Involverte profesjoner i tilbudene og tilbakeføringsgrad ved behandlingsslutt og tre måneder senere ble analysert. Det ble brukt deskriptiv statistikk, kji-kvadrat tester, binær og multivariat logistisk regresjon .

**Resultater:** Raskere tilbake-tilbudene til pasienter med muskel- og skjelettplager bestod av over 20 forskjellige profesjoner og 63 forskjellige sammensetninger av disse. Fysioterapeut og lege var involvert i 84-90 % av tilbudene. Gjennomsnittlig var det fire profesjoner i hvert tilbud. Fysioterapeut var eneste profesjon som assosierte statistisk signifikant (95% KI:1,2-114,5,  $p=0,036$ ) med muskel- og skjelettpasienters tilbakeføringsgrad. Tilbud fra denne profesjonen økte sannsynlighet for tilbakeføring

med mellom 11-12 ganger, sammenlignet med pasienter som ikke møtte fysioterapeut i sine tilbud. Monofaglig tilbud viste negativ statistisk sammenheng (95 % KI: 0,04-0,75,  $p=0,019$ ) med tilbakeføringsgraden. Sjansen for å komme tilbake i arbeid ble redusert med fem ganger sammenlignet med andre som ikke fikk et tilsvarende tilbud.

**Konklusjon:** Raskere tilbake-ordningen består av mange ulike profesjoner og mangfoldige sammensetninger av disse. Fysioterapeut viste positiv sammenheng med tilbakeføringen av sykemeldte med muskel- og skjelettplager. Monofaglig tilbud virker motsatt. Større pasientpopulasjon ville vært hensiktsmessig for å øke kunnskapen om profesjonssammensetninger og deres betydning for en sunn og trygg tilbakeføring av sykemeldte med muskel- og skjelettplager.

## 1.Introduksjon

### 1.1 Bakgrunn

Sykefravær oppfattes som et alvorlig menneskelig og samfunnsmessig problem (Edwards et al., 1992). Arbeidsrollen er sterkt knyttet til menneskets identitet (Kielhofner, 2008) og er kilde til økonomisk stabilitet, rutine og struktur i hverdagen. Sykefravær truer disse områdene og kan medføre nedsatt livskvalitet, tap av selvtillit, fysisk dekonisjonering, angst, og frykt for nye skader (Bilsker, Wiseman, & Gilbert, 2006; Bowling, 1995; M.J. Durand & Loisel, 2001). Forskning viser at sannsynlighet for å returnere til arbeid reduseres drastisk jo lenger den sykemeldte er fraværende (Adams, Ellis, Stanish, & Sullivan, 2007; Waddel & Sawney, 2002). Å sikre at flest mulig kan delta helt eller delvis i arbeidslivet er derfor av stor betydning for den enkeltes helse og livskvalitet (Bültmann et al., 2009; Westman et al., 2006; Aas, 2009). Den norske befolkning har generelt god helsetilstand sammenlignet med andre Europeiske OECD land (OECD, 2012a). Likevel hevdes Norge å ha spesielt høye sykefraværstall i et internasjonalt perspektiv (Løvås, 2004). Dette medfører store kostnader for samfunnet som helhet (M.J. Durand & Loisel, 2001). I følge OECD-rapport utgitt i 2012 utgjorde Norges samlede utgifter til uføretrygd og sykefravær 4,8 % av landets BNP. Det var over dobbelt så mye som mot gjennomsnittlige 1,9 % av BNP for andre OECD land i 2007 (OECD, 2012b). Norges utgifter til uføretrygd og sykefravær er det høyeste per innbygger av alle verdens 34 land inkludert i ordningen i 2007 (OECD, 2012b, 2013). Tilbakeføring av pasienter er dermed av stor betydning for Norges økonomi.

Pasienter med muskel- og skjelettplager er den gruppen som koster samfunnet mest (Ihlebak & Lærum, 2004; E. Lærum et al., 2013). Samlede samfunnsøkonomiske kostnader var ut fra tilgjengelige statistikker fra 2009 estimert til årlige 69-73 milliarder kroner når helsetjenesten, Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og arbeidsgiveres kostnader ble inkludert (E. Lærum, et al., 2013). Pasientgruppen har siden diagnoseregistreringen startet i 1992 toppet statistikker over kortere og langvarig sykefravær, samt uføreytelser i Norge (Brage, Ihlebæk, Natvig, & Bruusgaard, 2010; FORMI, 2012; Tollerud, 2005; Westgaard, 2007). Gruppen dominerte fortsatt landets legemeldte sykefravær fjerde kvartal 2012 med 32.5% (NAV, 2012). Uføretrygdede med muskel- og skjelettplager har generelt holdt seg stabilt høyt siste årene, men utgjør nå nest største gruppe etter psykiske lidelser som har økt i omfang. Sammen står diagnosegruppene for 62,5 % av landets uføreytelser, og muskel- og skjelettplager utgjør alene 30.9% (NAV, 2011). I følge Ullensakerundersøkelsen utført i 2004, har 11%

av befolkningen muskel- og skjelettsmerter ett sted årlig, mens 39% oppgir smerter fra 5 eller flere områder (Kamaleri, Natvig, Ihlebaek, Benth, & Bruusgaard, 2008). Majoriteten av pasienter med muskel- og skjelettplager har et godartet og kortvarig forløp (Aas et al., 2011). Hver fjerde til femte pasient får mer omfattende plager som resulterer i langvarig utfall (Kroenke, 2003; Latham & Davis, 1994). Muskel- og skjelettplager har en nær tilknytning til mentale lidelser (Mykletun & Knudsen, 2009). Smerter fra muskel- og skjelettsystemet kan over tid gi to til fire ganger høyere forekomst av angst og depresjon. Mer komplekse problemstillinger gjør behandlingen spesielt utfordrende. I tillegg kompliseres behandlingen av at flertallet har uspesifikke helseplager. Grad av sykelighet kan i disse tilfeller ikke påvises medisinsk (Kroenke, 2003; Aas, 2009). De beste strategier for å unngå langtidssykefravær og uføreytelser er fortsatt en uløst gåte (Patrick Loisel et al., 2005). Å finne effektive tiltak for pasientgruppens tilbakeføring vil potensielt kunne spare mange mennesker for lidelser og vil kunne bidra til store helseøkonomiske gevinster (Ihlebaek & Lærum, 2004).

Det er stor politisk vilje til å prioritere tiltak for å redusere fraværet (Nordisk Ministerråd, 2005). Ett av disse tiltakene er Raskere tilbake ordningen (RT-ordningen). Raskere tilbake-program ble etablert av sykelønnsutvalget 1.mars 2007 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Lovendringer sikrer tettere oppfølging av den sykemeldte (NAV, 2007). Tilskuddsordninger til helse- og rehabiliteringstjenesten har bidratt til at spesialisthelsetjenesten har utvidet sitt tilbud. Slik kan personer som allerede er eller står i fare for å bli sykemeldt få raskere time til spesialist og eller rehabiliteringstilbud enn de ellers ville gjort uten et slikt ordning. NAV har utviklet tilbud om arbeidsrettet rehabilitering, avklaring av arbeidsevne og oppfølging (Arbeidsdepartementet, 2009). Da ordningen tredde i kraft kunne fagutøvere etablere tilbud uten at det ble stilt *"spesifikke krav til innhold, kompetanse, koordinering og kvalitet"*. *"En såkalt bottom-up"-strategi, der mange ulike prosjekter blomstrer opp som følge av god tilgang til ressurser"* (Aas, Solberg, Strupstad, et al., 2011). Resultatet ble mange ulike typer tilbud (Holmås & Kjerstad, 2010) med et mangfold av profesjoner (Aas, Solberg, & Strupstad, 2011). Intensjonen med tilbudene var god, men tilbudene må utvikles og forbedres for å oppnå raskere tilbakeføring til arbeidslivet (Aas, 2009). Det er avgjørende å definere hvilken kompetanse de må inneha for å gi effekt for tilbakeføringen (Aas, Solberg, Strupstad, et al., 2011). Sammensetninger av profesjoner ble dannet fornuftsmessig og ikke forskningsbasert vil et spesifikt studie av profesjoners

betydning for raskere tilbakeføring være helt essensielt.

## 1.2 Tidligere forskning på området

### 1.2.1 Samarbeid mellom profesjoner og helhetlig kompleks rehabilitering

I helsetjenesten er team-arbeid blitt veletablert (Glendinning, Rummery, & Clarke, 1998; Hultberg, Lönnroth, & Allebeck, 2003). En generell oppfatning som råder er at samarbeid mellom ulike profesjoner er mer effektivt enn tjenester uten samarbeid (Schmitt, 2001; Storrø, Moen, & Svebak, 2004). Canada startet tidlig med mer kompleks arbeidsrettet rehabiliteringsprogram, Sherbrooke modellen (Patrick Loisel et al., 1997). Rehabiliteringsmodellen bygger på helhetlig forståelse og skreddersydd behandling i forhold til det enkelte individs behov. Sykefraværsresultatene var signifikant lavere blant muskel- og skjelettpasienter som mottok dette opplegget sammenlignet med enklere intervensjoner (M.J Durand, Vachon, Loisel, & Berthelette, 2003; P. Loisel et al., 2002). Modellen dannet derfor utgangspunkt for et lignende "multidisciplinary" poliklinisk program i Nederland (Anema et al., 2007; Anema et al., 2003) og et koordinert og skreddersydd "interdisciplinary" rehabiliteringsprogram som ble startet mer nylig i Danmark (Bültmann, et al., 2009). Disse programmene har vist bedre effekter for tilbakeføringen av pasienter med muskel- og skjelettplager enn vanlig behandling (som for eksempel fysioterapi eller kiropraktor) både i form av færre sykefraværsdager og samfunnsøkonomiske besparelser (Anema, et al., 2007; Bültmann, et al., 2009). Når tiltak i tillegg er knyttet til pasientens arbeidsplass, viser de seg å øke tilbakeføringsgraden ytterligere (Hlobil et al., 2005; Karjalainen et al., 2003a; Karjalainen, Van Tulder, Jauhiainen, Hurri, & Koes 2001; Krause, Dasinger, & Neuhauser, 1998; Patrick Loisel, et al., 2005). Helhetlige rehabiliteringsprogram som inneholder en kombinasjon av tiltak virker mer effektivt for sykefraværet enn "usual care" (generelle råd om aktivitet fra fastlege), arbeidsplassbesøk og vanlig behandling alene (Patrick Loisel, et al., 2005).

### 1.2.2 Fra medisinsk til biopsykososial tilnærming

Rehabilitering har tradisjonelt bestått i behandling der det er blitt benyttet enklere medisinske intervensjoner. Fokus var rettet mot at "eksperter" stilte riktig diagnose for å kurere sykdom. Pasientene hadde en mer passiv rolle. Optimal medisinsk behandling skulle gjøre pasienten frisk, slik at han/hun kunne tilbakeføres til arbeid (Patrick Loisel, et al., 2005). Men fremgangsmetoden ga ikke tilfredsstillende resultater for

sykefraværet (Grimshaw et al., 2001; P Loisel et al., 2001; Marklund et al., 1999). Fokus på pasientens ressurser, funksjon og aktiv deltakelse, viste seg å gi bedre effekter (Patrick Loisel, et al., 2005). Myndiggjøring av pasienter ble mer sentralt. Resultatet ble mer likeverdige relasjoner mellom behandlende profesjoner og pasienten (Barbosa Da Silva, Hugaas, Ljungquist, & Anne, 2006). Behandlere tok hensyn til at pasientens sykefravær kunne skyldes en rekke komplekse og mangfoldige årsaker. Sykdom eller problem kunne være en kombinasjon av både fysiske, psykiske og sosiale faktorer på jobb eller hjemme (P Loisel, et al., 2001), altså biopsykososialt betinget (Engel, 1977; Nordenfelt, 1995). Biopsykososial tilnærming ble dominerende i sykefraværarbeidet (J. Mæland, 2009; Nielson & Weir, 2001). Denne forståelsesformen var basert på helhetlige (holistisk) behandlingsmetoder (A. Barbosa da Silva & Andersson, 1996).

### **1.2.3 Er tverr- eller flerfaglig behandling bestående av flere profesjoner bedre enn tiltak med få profesjoner?**

Pasienter med muskel- og skjelettplager mottar ofte biopsykososial behandling fra profesjoner organisert som tverrfaglige eller flerfaglige team (Bültmann, et al., 2009; Karjalainen et al., 2003b). Både nasjonalt og internasjonalt ansees denne praksisformen som mest sentral (Reeves et al., 2011). Størstedelen av sykefraværersforskning innen rehabilitering av pasienter med muskel- og skjelettplager er rettet mot ryggplager. Kunnskapsoppsummeringer konkluderer med at disse lidelsene ser ut til å respondere bedre på kompleks biopsykososial rehabilitering enn ved andre muskel- og skjelettplager (Patrick Loisel, et al., 2005). Det later også til å være enighet om at kombinasjoner av tiltak favner flere av de indentifiserte problemområder og synes mer effektive for sykefraværet enn single intervensjoner (Patrick Loisel, et al., 1997; Taimela, Takala, Asklof, Seppala, & Parviainen, 2000). Men andre studier viser ingen forskjeller i tilbakeføringsgrad når tverr- eller flerfaglig behandling sammenlignes mot tradisjonell behandling ved muskel- og skjelettplager (Ekberg, Björkqvist, Malm, Bjerre-Kiely, & Axelson, 1994; Hüppe, Glaser-Möller, & Raspe, 2006; C. Jensen, Jensen, Christianen, & Nielsen, 2011; Westman et al., 2010). Det må også tas i betraktning at tverr- og flerfaglige intervensjoner er kostbare sammenlignet med enklere tiltak. At det finnes motstridende resultater kan blant annet skyldes at studiene er av ulik kvalitet. Karjalainen et al. (2003) fant bare 2 studier av 1808 abstrakter som overholdt inklusjonskriterier og som var av tilfredsstillende kvalitet. I hennes kunnskapsoppsummering fra 2003 understreker hun derfor at det er mangel på studier

av høy kvalitet innen "multidisciplinary" rehabilitering for pasienter med muskel- og skjelettplager (Karjalainen, et al., 2003a; Karjalainen, et al., 2003b). I dag påpekes det ytterligere behov for forskning på pasientgruppen. Spesielt etterlyses det sammenliginger av kompleks rehabilitering med enklere tilnærminger (Steiner et al., 2013). Det kan derfor virke usikkert hvorvidt programmer bør involvere flere profesjoner eller få profesjoner når tilbakeføring er målet.

#### **1.2.4. Oppsummering av forskning om profesjoners betydning for tilbakeføring**

Et kjennetegn ved det profesjonelle arbeidet innen rehabilitering er mangfoldet av profesjoner som bidrar (Solvang & Slettebø, 2012a). Hvilke profesjoner og hvor mange som er involvert i programmene, varierer ikke bare mellom tilbud innad i Norge, men det avhenger av land, reguleringer og type praksis (Patrick Loisel, et al., 2005). Det vil også være avhengig av tilgjengelige ressurser på det enkelte sted (Disler & Pallant, 2001). Flere studier angir hvilke profesjoner som deltar i tiltakene eller bør delta. Loisel et.al (2005) fremhever den sentrale rollen lege med arbeidsmedisinsk bakgrunn, allmennleger og koordinatorene har innenfor rehabilitering av uspesifikke muskel- og skjelettplager (ibid). Koordinator sikrer samordning av tilbud gjennom kontakt med involverte parter, og legespesialister har en viktig rolle med å utrede og avdramatisere plager "reassurance" (ibid). Legen kan avklare hvorvidt det er sykdom i kroppen som forklarer helseplager, eller om det er andre årsaker. Dersom det ikke er sykdom kan legen forsikre pasienten om at han eller hun trygt kan være aktiv og returnere tilbake i arbeid (Aas, 2012). Også politiske dokumenter konkluderer med at leger i primær og spesialisthelsetjenesten er viktige parter for å redusere sykefraværet (St.meld.nr.9, 2006-2007). I Durand et. als. (2007) oversiktsartikkel er det en rekke ulike aktører som deltar i arbeidsrettede rehabiliteringsprogram . I de fleste inkluderte studier inngår arbeidsplassen i programmet. Ergoterapeut, sykepleier, fysioterapeut, ergonom og hygieniker var hyppige involverte profesjoner (M.J. Durand et al., 2007). Sherbrook inspirerte program inneholder helsefaglige og arbeidsrettede profesjoner. Etablering av kontakt med leder og arbeidsplass blir sett på som viktig. Antallet profesjoner som deltar, kan avhenge av pasientens plager og behov (Patrick Loisel, et al., 2005; Steenstra et al., 2006). Bültmann et al. (2009) benytter et tilsvarende innhold i sitt tverrfaglige program. Teamet består av lege innen arbeidsmedisin, fysioterapeut med yrkesrettet kompetanse, kiropraktor, psykolog og sosionom som opprettholder kontakt med kommunal saksbehandler og arbeidsplassen (Bültmann, et al., 2009; Steenstra, et al.,

2006). Offentlige dokumenter understreker at arbeidsplassen er sentral for forebygging av sykefravær og oppfølging av sykemeldte (NOU, 2000: 27). *"Arbeidsplassen og arbeidslivet er viktigste arena for inkluderingspolitikken. Tiltak for å forebygge og begrense utstøtning og ekskludering og for å fremme inkludering bør derfor i størst mulig grad skje på og i tilknytning til arbeidsplassen"* (St.meld.nr.9, 2006-2007). I Norge og internasjonalt kan fysioterapeut eller ergoterapeut være involvert i arbeidsplassen gjennom arbeidsplassvurdering og ergonomisk rådgivning (Aas, 2009). Skollerud et. al (2008) viser gjennom metaanalyser at ergonomiske tiltak har effekt på sykefraværet. Det har også hjelpemidler og fysioterapi alene (Skollerud, 2008).

Kunnskapsoppsummering utført av Ellingsen et al. (2010) fant mange arbeidsrettede tiltak uten gunstige effekter for tilbakeføring. Men tre punkter ble fremhevet som sentralt for reduksjon av sykefravær; - godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten i tillegg til myndiggjøring av pasient/bruker og involvering av ansatte (Ellingsen, Kiær, Labriola, & Aas, 2010). Forskning har gjennomgående vist at relasjonen mellom profesjoner og pasient er av stor betydning for behandlingsresultatet (Lambert & Barley, 2002; Miller, Duncan, & Hubble, 1997). Det er flere holdepunkter for at selve relasjonen er viktigere enn profesjonens tekniske ferdigheter (Gilbert & Leahy, 2007; Rogers, 1957). Tilnærming preget av empati, ubetinget positiv anerkjennelse og ekthet er virkningsfullt (ibid). Jensen et al, undersøkte rollen av psykolog i tverrfaglig behandling for kroniske nakke og skuldersmerter (I. Jensen, Nygren, & Gamberale, 1995). I den ene gruppen fungerte psykologen som "coach" av helsepersonell i teamet; 5 timer per pasient. I den andre gruppen var kontakten direkte med pasientene; 17 individuelle timer. Begge gruppene viste signifikante effekter for sykefraværet, hvorav coaching var mest kostnadseffektivt (ibid). Ferskere studier bekrefter at psykologisk tilnærming (som kognitiv og atferdsmessig terapi) er verdifullt for pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager. Når metoden kombineres med øvelser og aktiviteter, øker tilbakeføringsgraden for gruppen (Hoffman, Papas, Chatkoff, & Kerns, 2007; Savigny, Watson, & Underwood, 2009).

Når pasienter skulle oppgi hva de mente var det viktigste tiltaket de hadde mottatt i tilbakeføringsprogram, var det den psykologiske undervisningen det store flertallet fremhevet (Meijer, Hugenholtz, Sluiter, & Frings-Dresen, 2008). En nyere studie viser derimot at fysisk aktivitet, livsstilsendringer og ergonomisk tilrettelegging er å foretrekke fremfor opplysningstiltak og psykologiske tiltak (Major et al., 2011) Mange ulike profesjoner med ulik kompetanse kan se ut til å være viktige aktører i sykefraværarbeidet. Men det eksisterer begrensede vitenskapelige studier som



sammenligner typer profesjoner i tilbudene, antall profesjoner og hvordan dette påvirker tilbakeføringen. Det legitimerer behovet for mer forskning på dette området.

### **1.3 Studiens mål, forskningsspørsmål og hypoteser**

Målet med denne studien var å få ny kunnskap om hvilke og antall profesjoner en får tilbud fra i et tilbakeføringsprogram, og tilbakeføringsgraden blant sykemeldte som deltok. Dette ble vurdert rett etter tilbudsslutt og tre måneder senere for sykemeldte med muskel- og skjelettplager og ovenfor alle sykemeldte som deltok. Mer spesifikt var målet å besvare følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke profesjoner møter de sykemeldte?
2. Hvilke profesjonssammensetninger tilbys de sykemeldte?
3. Er det en sammenheng mellom hvilken type profesjon som bidrar og tilbakeføringsgraden?
4. Er det en sammenheng mellom antall profesjoner og den sykemeldtes tilbakeføringsgrad?

Følgende hypoteser ble testet:

1. Det er ingen sammenheng mellom type profesjon den sykemeldte mottar og pasientens tilbakeføringsgrad til arbeidslivet.
2. Det er ingen sammenheng mellom antall profesjoner som tilbys den sykemeldte og tilbakeføringsgraden

### **1.4 Avgrensning og fremgangsmåte**

Primært vil studien være rettet mot sykemeldte med muskel- og skjelettplager. For å ha mulighet for sammenligning vil tematikken også belyses ved hjelp av resultater fra alle sykemeldte som deltok i RT-programmet. Det gis da innblikk i det totale tilbudet til de sykemeldte. Studiet har et rehabiliteringsperspektiv og mindre fokus rettes derfor mot forebyggende strategier. Profesjoners deltakelse internt i tilbakeføringsprogram til sykemeldte kartlegges. Grunnet oppgavens omfang har studien blitt avgrenset til å gjelde utvalgte profesjoners sammenheng med tilbakeføring. Hvordan profesjonene spesifikt arbeider med rehabilitering, tiltak knyttet til arbeidsplass og samarbeid med NAV blir ikke gjennomgått i detalj.

## 2. Teoretisk bakgrunn

### 2.1 Profesjon

Innen RT-ordningen møter pasienter forskjellige profesjoner. Profesjoner kan defineres på forskjellige måter. Det har gjennom profesjonsforskningens historie rådet uenighet om hvordan profesjonsbegrepet skal forstås (Fauske, 2008). I følge Freidons (2001) er profesjoner de som benytter og utvikler kunnskap og verdier som trengs for å sikre gode og nødvendige tjenester for befolkningen (Solvang & Slettebø, 2012b). Smeby (2008) forklarer at det er gjennom profesjonsutdanninger den enkelte blir kvalifisert og sertifisert til å utøve et bestemt yrke. Utdanning sørger for kontroll av tjenester og kompetanse som den enkelte må tilegne seg (Solvang & Slettebø, 2012b). Torgersen (1972) har følgende forklaring på profesjon: ” *en bestemt langvarig utdanning erverves av personer som stort sett er orientert mot oppnåelsen av et bestemt yrke som følger sosiale normer som ikke kan fylles av andre personer enn den som har utdanningen* ” (Torgersen, 1972). Torgersens forståelse av profesjonsbegrepet problematiseres ved at kun et begrenset antall yrker inkluderes. Leger og psykologer har lengre utdanning (minst 5 år) og yrkesmonopol. Sykepleiere og andre yrkesgrupper med kortere utdanning benevnes derimot ikke som rene profesjoner, men som delprofesjoner (Torgersen, 1972).

Innen RT-studiet har ingen profesjoner på forhånd blitt fremhevet som mer betydningsfulle enn andre. Alle behandlere vurderes på lik linje. Molander & Terums (2008) definisjon av profesjonsbegrepet synes derfor mer passende i studiet. De skiller profesjonsbegrepet i to: et ”*performativt*” og et ”*organisatorisk*” aspekt. Førstnevnte viser til hva profesjonene gjør, deres praksis. Begrepet innebærer å yte eksperttjeneste, anvende teoretisk kunnskap, ferdigheter og interagere med en annen part som er avhengig av deres hjelp for å løse et problem. Det forutsettes en tillitsbasert relasjon mellom partene. Profesjoner oppfattes som eksperter innenfor sitt område. Det ”*organisatoriske*” aspektet omfatter profesjoners kontroll over egne arbeidsoppgaver. De besitter en viss autonomi i utførelsen av dem. Profesjoner forplikter seg til en ansvarlig profesjonsutøvelse gjennom en samfunnskontrakt. Profesjon kan omtales som en måte å organisere eksperttjenester på, og er en måte å institusjonalisere ekspertise på (Molander & Smeby, 2013). ”*Profesjoner inngår i ulike typer arbeidsorganisasjoner, sosiale delsystemer, i sykehus eller skolen eller i videre forstand helsevesen eller utdanningssystemet*” (Molander & Smeby, 2013).

I denne oppgaven er det fokus på profesjoner innen helsevesenet eller helsetjenesten finansiert av RT-midler. Helsetjenesten defineres i NOU 1992:8 som

*”tiltak som kommuner, fylkeskommuner og staten kan eller skal sørge for i henhold til lov eller annen rettsgrunnlag for at befolkningen til enhver tid skal få dekket sitt behov for helsehjelp”*

*(Ort.prp.nr.12, 1998-1999)*

Norsk Pasientforening tilføyer ”privat virksomhet som tilbyr helsehjelp”

*(ibid)*

I dagens helsetjeneste arbeider mange ulike typer profesjoner (Solvang & Slettebø, 2012b). Behandlende profesjoner kan ha helsefaglig bakgrunn, og blir omtalt som helsepersonell med medisinsk kompetanse. Det forutsettes autorisasjon eller helselicens til å praktisere i Norge. Helsepersonell har beskyttede yrkestitler. I følge Helsepersonelloven § 48 inkluderes både ergoterapeut, fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, lege, psykolog og sykepleier (Lovdata, 1999). Andre profesjoner i RT-ordningen oppfyller ikke kriteriene til helsepersonell loven. Dette gjelder sosionomer, attføringskonsulenter, arbeidsinstruktører og pedagoger med profesjonsutdanning og profesjoner med tilleggsutdanning som gir praktisk-pedagogisk kompetanse (St.meld.nr.16, 2001-2002). Helsetjenestens ulike typer profesjonsarbeid og organisering styres blant annet av politiske bestemmelser, rettslige krav og bevilgninger (Molander & Smeby, 2013).

## **2.2 Ulike former for profesjonell praksis**

Det finnes flere ulike former for profesjonelt samarbeid (Solvang & Slettebø, 2012a) eller profesjonell praksis. Profesjoner kan blant annet være organisert tverrfaglig, flerfaglig, integrert faglig eller monofaglig.

### **2.2.1.Tverrfaglig samarbeid (tverrprofesjonelt samarbeid)**

Tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid benyttes synonymt. Internasjonalt benyttes det engelske begrepet ”interprofessional”(Willumsen, 2009) eller ”interdisciplinary”. I spørreskjema benyttes tverrfaglighet og denne benevnelsen benyttes derfor i studiet. Tverrfaglig vil si at flere profesjoner arbeider tett sammen om å løse oppgaver gjennom

felles innsats mot et felles mål (D`Amour & Oandasan, 2005; Willumsen, 2009). Med andre ord jobbes det for en helhetlig forståelse på tvers av flere profesjoner (Lauvås & Lauvås, 2009). Hver profesjon innehar sin kompetanse. Kunnskapsdeler fra ulike profesjoner sammenfattes. Dette gir en felles kunnskapsbase som benevnes tverrfaglig (D`Amour & Oandasan, 2005; Willumsen, 2009). Kunnskapen omformes sammen og integreres i yrkesutførelsen (Hagland & Solvang, 2012). Samtidig er det viktig å være klar over at denne formen for samarbeid kan være krevende. Det forutsettes høy grad av fleksibilitet og bevissthet om egen og andre profesjoners kompetanse. Oversikt over tjenester er nødvendig for å ivareta et helhetlig behandlingsopplegg for pasienten. Profesjoner bør opptre med gjensidig respekt og vilje til å stimulere til gode løsninger, faglig utvikling og kvalitet (Willumsen, 2009).

### **2.2.2 Flerfaglig samarbeid (flerprofesjonelt samarbeid )**

Flerfaglig eller flerprofesjonelt samarbeid beskriver en annen samarbeidsform. "Flere" oversettes ofte med "multi" på engelsk og begrepet flerfaglig med "multi-professional" eller "multi-disciplinary practice" (Willumsen, 2009). Flere profesjoner er involvert, men det er ingen direkte kontakt mellom disse. Teamarbeidet er mindre integrert enn ved tverrfaglig praksis (Hagland & Solvang, 2012). Profesjonene utveksler informasjon og løser en felles oppgave, men de arbeider selvstendig. Samarbeidet er mindre uttalt og oppgaven som skal løses mer sentral (D`Amour & Oandasan, 2005). Personer utenom fagmiljøene må lage en helhetlig tolkning av tilbudet (Hagland & Solvang, 2012).

### **2.2.3 Integrert faglighet**

Integrert faglighet benyttes synonymt med fellesfaglighet. Profesjonene har felles forståelse og viten. Det er fokus på helhet og felles ansvar. Integrert faglighet hevdes å være overordnet tverrfaglighet (Larsen, 1994). Alle profesjoner har felles forståelse som kommuniseres ovenfor pasienten og andre.

### **2.2.4 Monofaglig**

Profesjoner kan også praktisere alene, det vil si å ha en singel terapeutisk tilnærming (Taimela, et al., 2000). Innen RT-kartleggingen benyttes begrepet monofaglighet. Monofaglighet har vært en vanlig behandlingsform innen medisinsk tilnærming (Patrick Loisel, et al., 2005)

### 2.3 Den (bio) medisinske helsemodellen

Det har vært lang tradisjon for den (bio) medisinske modellen i helsevesenet (Bendelow, 2009). Den amerikanske filosofen Christopher Boorse (1977) ansees å være den som forklarer modellen best (J. Mæland, 2009). Han beskriver kroppen som en mekanisk enhet som består av enkelt deler med hver sin funksjon eller formål (Boorse, 1977). Kropp, sinn og miljø blir behandlet som adskilte fenomener (Bendelow, 2009). Helse ansees som fravær av sykdom. Sykdom er negative avvik fra sunnhetsnormalen og registreres gjennom vitenskapelige undersøkelser (Boorse, 1977). Modellen forklarer og håndterer helse og sykdom ut fra en fysisk-kjemisk-biologisk måte (Fugelli & Ingstad, 2009). Den har økt fokus på akutt sykdom (Bendelow, 2009). Sykdom reduseres til tilstander i stadig mindre kroppsdeler eller til begrensede biologiske prosesser, og sies derfor å være reduksjonistisk. Innenfor (bio)medisin har modellen vært en suksess (Gjernes, 2004). Men modellen har også møtt en del kritikk. Den sies å være snever (Schei, 2007). Tilnæringsmåten til pasienten er naturvitenskapelig og teknologisk. Det er fokus på den syke kroppsdelen, mens det helhetlige mennesket ikke blir sett. Det kan medføre en asymmetrisk relasjon mellom pasient og behandler, hvor hjelperen får "makten" og er den som kan, mens den hjelpetrequende føler seg syk og avmektig (ibid). Oppfattelsen av helse gjøres dermed ut fra profesjonell ekspertforståelse hvor pasienten representerer et passivt objekt.

### 2.4 Den biopsykososiale modellen

Den biopsykososiale helsemodellen er som det har blitt nevnt tidligere i studien, en holistisk (helhetlig) modell (Engel, 1977; J. Mæland, 2009; Nordenfelt, 1995). Modellen benyttes i stadig større grad innen rehabilitering av pasienter med muskel- og skjelettplager. Å se "*hele mennesket*" kan være nødvendig for å komme i mål med behandlingen, ellers risikerer man at "*den hjelpen som gis, bare blir halv, eller at den ikke engang når frem*" (Svenaesus, 2005). Det er spesielt viktig når en skal hjelpe pasienter med plager av lang varighet (ibid). Den biopsykososiale modellen ble utviklet som svar på kritikken til den biomedisinske modellen. Den ser på kropp, sinn og sosiale omgivelser som gjensidig interagerende forhold. Helse og sykdom kan ha et biologisk utgangspunkt, men i tillegg er personens psykiske egenskaper og sosiale forhold rundt personen viktige forklaringsfaktorer (Engel, 1977). Behandlende profesjoner vil med en biomedisinsk tilnærming fremheve pasientens handlingsevne og mulighet for handling og ikke bare kroppslig funksjon. Evner personen å realisere sine vitale mål, kan personen sies å ha god helse. Begrenses pasienten i dette har personen ikke optimal

helse men "ohälsa" (Nordenfelt, 1995). Det er sentralt at profesjoner innehar nødvendig kompetanse til å bistå pasienten slik at utfordringer kan håndteres på en best mulig måte.

## **2.5 Profesjoners kompetanse**

"Kompetanse forstås som evne til å mestre de spesifikke utfordringer vi møter i vårt daglige liv" (Brataas, 2003). Kompetanse er lært og forutsetter kontinuerlig evne og vilje til ny læring (Brezinka, 2001). Begrepet omfatter å være åpen for endring, hele tiden generere ny kunnskap og forbedre egen atferd (Almås, 2009). WHO (1988) fremhever også at kompetanse er profesjoners evne til å utøve en viss profesjonell funksjon. Det innebærer at profesjoner opptrer profesjonelt i sin praksis, har nødvendig kunnskap, intellektuelle ferdigheter og holdninger (WHO, 1988). Profesjonsforskning understreker at kompetanse krever både praktiske ferdigheter, teoretisk kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og evne til å reflektere over egen atferd (Lycke, 1996; Skau, 2008). Profesjonell kompetanse innebærer evne til å analysere og løse både medisinske og helsefaglige problemer gjennom etisk veloverveid handling. Det forutsettes et kunnskapsbasert samspill med pasienter (Brataas, 2003). Pasientene i RT-ordningen kan ha ulike problemer som skal løses med mål om rask tilbakeføring til arbeid.

## **2.6 Raskere tilbake ordningen (RT-ordningen)**

"Raskere-tilbake" ble besluttet av sykefraværsutvalget høsten 2006 og etablert 1.mars 2007 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Lovendringer sikrer tettere oppfølging av den sykemeldte og personer som står i fare for å sykemeldes (NAV, 2007). Forløper til ordningen var Intensjonsavtalen (IA-avtalen) som ble inngått mellom myndigheter og arbeidslivets parter i 2001 om et mer inkluderende arbeidsliv (Ot.prp.nr.29, 2001-2002). Et viktig virkemiddel var tidlig intervensjon (Intensjonsavtalen, 2010). Rask tilgang på tjenester tenkes å sikre raskere tilbakeføring til arbeid. RT-tilbudene er innordnet store grupper av sykemeldte. Pasienter med muskel- og skjelettplager er største diagnosegruppe (Aas, Solberg, & Strupstad, 2011). Alle grader av sykemeldingsprosenter inngår i tilbudet. Leger, kiropraktor eller manuellterapeut kan henvise aktuelle kandidater (NAV, 2013). Aas et al (2011) har laget tabell 1 som gir oversikt over alle de ulike RT-tilbudene og pasientgrupper som tilbys behandling for rask tilbakeføring (Aas, Solberg, & Strupstad, 2011).

Tabell 1. De åtte raskere-tilbake tilbudene, 2007-2011

	Tilbudstype	Definisjon
Tilbud finansiert av helseforetak	Medisinsk og kirurgisk behandling*	Sykehus/private sykehus/klinikker. Ortopedisk/nevrologisk behandling, evt. radiografi. Alle har et kirurgisk tilbud.
	Rehabilitering i sykehus – somatikk*	Rehabiliteringstilbud i sykehus. Oftest polikliniske tilbud. I hovedsak ved rygg, nakke- og skuldersmerter. Sjeldnere ved ervervede hjerneskader, stress, revmatiske sykdommer og kreft. Diagnostisering, funksjonsvurdering, fysisk trening, pasientundervisning og opplæring. Fokus på individuell mestring.
	Behandling og rehabilitering – psykiatri*	Sykehusavdelinger, klinikker og distriktpsikiatriske sentra. Psykiske problemer og/eller rusavhengighet. Behandling / tverrfaglig rehabiliteringsopplegg. Oftest tilbud til personer med angst og depresjon.
	ARR i opptreningsinstitusjoner*	Private rehabiliteringsinstitusjoner. Tilbudet gis ofte til langtidssykmedte med muskel- og skjelettplager, med sammensatt problematikk. Tverrfaglig opplegg, ofte døgnbasert. Opptrening+kognitiv tilnærming, dialog med Nav/arbeidsplass.
Tilbud finansiert av NAV	Oppfølging	Private tiltaksarrangører. Ved behov for mer formidlings- og oppfølgingsbistand enn Nav kan tilby. Finne egnede arbeidsoppgaver / arbeidsplass som ikke er prøvd, tilrettelegging av arbeidssituasjon / veiledning.
	Avklaring	Private tiltaksarrangører. Ved behov for mer avklaringsbistand enn Nav kan tilby. Vurdere om jobben kan utføres hvis arbeidssituasjonen og arbeidsoppgaver blir tilpasset, samt fokus på kompetanse/muligheter. Maks 12 uker.
	Arbeidsrettet rehabilitering	Private tiltaksarrangører. Dag/døgntilbud. Arbeidsforberedende trening/utprøving, kontakt med arbeidslivet, opptrening, opplæring, motivasjon, sosial mestring, livsstilsveiledning. Maks 12 uker.
	Behandling, lettere psykiske /sammensatte lidelser	Private tiltaksarrangører. Behandling av helsepersonell. Ved lettere psykiske eller sammensatte lidelser med arbeidsforhold å gå tilbake til, enten som arbeidstaker/næringsdrivene. Maks 18 uker + for friskmeldte inntil 18 uker til.

\* Disse tilbudsbeskrivelsene ble identifisert i Tjenestestudien i denne evalueringen (Aas, Solberg og Strupstad, 2011).

Note: Tabellen er hentet fra tjenestestudien utført av As et al. 2011 (Aas, Solberg, & Strupstad, 2011).

## 2.7 Tilbakeføring til arbeid

### 2.7.1 Hva er tilbakeføring til arbeid (RTW)

Tilbakeføring til arbeidslivet er norsk oversettelse av det mye brukte internasjonale begrepet "return to work" (RTW) (Aas, 2009). RTW kan være både en prosess, en intervensjon eller et mål på resultat (Steenstra, et al., 2006; Young et al., 2005). I denne oppgaven er tilbakeføring målet for studien, altså resultatet som måles. Forskning har hatt fokus på årsaker til helseplager, men har vært mindre rettet mot å finne forklaringsvariabler for hva som gjør at folk kommer raskt tilbake i arbeid (Selander, Marnetoft, Bergroth, & Ekholm, 2002). Likevel er det flere faktorer som har blitt påvist å assosiere med raskere tilbakeføring. Utdanningsnivå (Labriola et al., 2006; OECD, 2012a), alder og kjønn assosierer sterkt med pasientens tilbakeføringsgrad (Eikemo & Clausen, 2007; OECD, 2012a). Personer med høyere kunnskaps og ferdighetsnivå kommer raskere tilbake i arbeid enn personer med lavere kunnskapsnivå (Johansson,

2007). Det samme er gjeldende for relativt unge personer. Sjansen for tilbakeføring reduseres ved økende alder. Det er noen uenigheter vedrørende kjønn. Noen studier favoriserer menn når hensikten er rask tilbakeføring, mens andre studier indikerer at kvinner har større sjanse for å vende tilbake i arbeid (Hennessey & Muller 1995; Infante-Rivard & Lortie, 1996; Johannson, 2007). God helse, god psykososial status, høy tilfredshet med egen jobb, å være familieforsørger, gift, ha få problemer i forhold til arbeid, familie og øvrige personlige relasjoner predikerer raskere tilbakeføring til arbeid (Haldorsen, Kronholm, Skouen, & Ursin, 1998; Van der Giezen, Bouter, & Nijhuis 2000). Tilpasninger og tilrettelegging på arbeidsplassen og opplevelse av kontroll og mulighet til å innvirke på egen arbeidssituasjon, gjør det også lettere å fortsatte i arbeid, til tross for sykdom og helseproblemer. Jobbnærvær er betydningsfullt for individets motivasjon (Johannson, 2007). Å være motivert virker positivt, samt å være i et ansettelsesforhold (Marnetoft, Selander, Bergroth, & Ekholm 2001; Sandström & Esbjörnsson, 1986; Young, Wasiak, Roessler, McPherson, & Anema, 2005). Rask tilgang på rehabilitering (Hildebrandt, Pfingsten, Saur, & Jansen, 1997; Marnetoft, et al., 2001) og tilfredshet med behandlingen assosieres med økt tilbakeføring (Beissner, Saunders, & McManis, 1996; Marnetoft, et al., 2001). Pasienter må ikke nødvendigvis rehabiliteres tilbake til utgangspunktet før de kan tilbakeføres til arbeid (Young, Wasiak, et al., 2005). Enkelte må kanskje være mer åpen for å justere sine mål ut fra årsak til fravær (ibid).

### **2.7.2 utfordringer ved tilbakeføring**

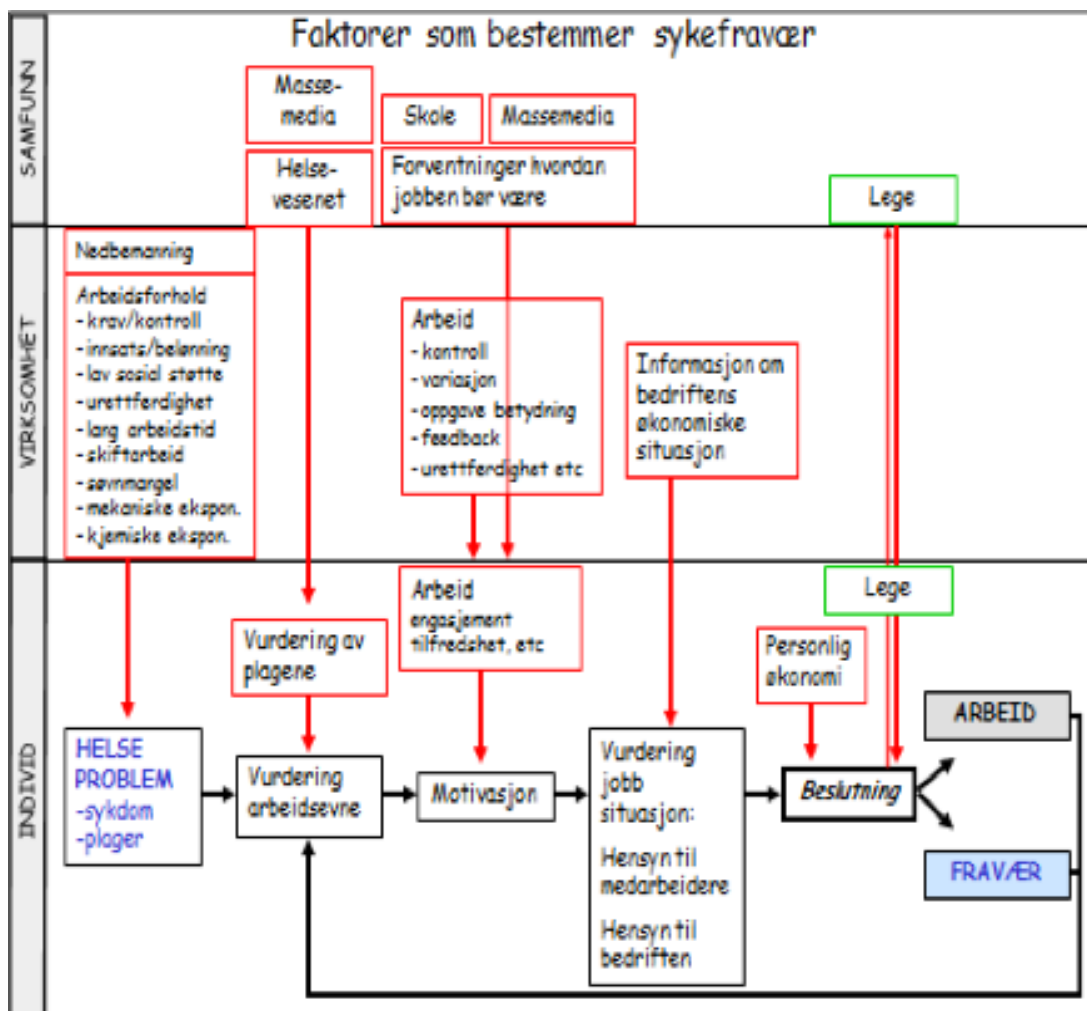
Sykefravær er et komplekst fenomen hvor mange faktorer spiller inn, og det gjør tilbakeføringsarbeidet spesielt utfordrende (Patrick Loisel, et al., 2005). Ofte iverksettes flere tiltak for raskest mulig tilbakeføring. Hva som medførte tilbakeføringen kan dermed være vanskelig å påvise (ibid). Sykefraværstatus er utgangspunkt når tilbakeføringsgraden skal måles og vil avhenge av hvordan sykefraværsbegrepet defineres. Varierende definisjoner problematiserer sammenligninger av sykefravær (Edwards, et al., 1992). Ulikheter mellom land, selv mellom Nordiske land vanskeliggjør også sammenligninger (Edwards, et al., 1992; Nordisk ministerråd, 2005). Det gjelder trygde- og forsikringssystem, lover og regler, utviklinger i konjunkturer og sysselsetting og inkludering av funksjonshemmede og grupper som vanligvis er forbudt med lavere yrkesdeltakelse (ibid). God økonomisk kompensasjon ved fravær predikerer generelt lavere tilbakeføringsgrad (Hildebrandt, et al., 1997; Marnetoft, et al., 2001). Norge er kjent for å ha relativt høy økonomisk kompensasjon ved fravær (St.prp.nr.46, 2004-



2005). Norges høye yrkesdeltakelse også blant kvinner og eldre, samt deltidsansatte med funksjonshemming, blir sett på som medvirkende årsak til landets høye sykefraværstall sammenlignet med andre land (ibid).

### **2.7.3 Sammenhengen mellom profesjoner i helsevesenet og pasientens tilbakeføringsgrad**

Professor Stein Knardahl (2010) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) har utviklet en modell vist i figur 1. Den gir oversikt over faktorer som påvirker beslutningen om arbeid eller sykefravær. Modellen tydeliggjør hva profesjoner har mulighet til å påvirke og hva som ligger utenfor profesjoners kontroll. Sykefravær og tilbakeføring bestemmes av faktorer hos både enkeltindividet, virksomheten eller arbeidsplassen og av aktører på samfunnsnivå, hvorav blant annet helsevesenet. Faktorene innvirker med ulik styrke og på ulike måter avhengig av hvert enkelt individ. Individet lar seg påvirke av de krav og forventninger som stilles på arbeidsplassen, av kulturelle holdninger og forventninger som råder på arbeidsplassen og i samfunnet for øvrig. Dette vil være med å forme individets verdisyn og holdninger til arbeid og fravær. Helsevesenet nevnes som en viktig aktør i sykefraværsarbeidet. Individets helseplager og problemer undersøkes og behandles. Verbale og non-verbale tilbakemeldinger fra profesjoner innen helsetjenesten vil kunne påvirke pasientens totalopplevelse av egen funksjon, plager og arbeidsevne. Legen er tradisjonelt sett sykemelder og vil delta når endelig beslutning skal tas om pasienten skal eller bør arbeide. Pasientens subjektive beskrivelse av sykdommer, plager og krav på arbeidsplassen ligger særlig til grunn for den endelig avgjørelse om fravær eller tilbakeføring til arbeid (ibid). Det kan også tas stilling til om det er aktuelt med rehabilitering.



Figur 1. Faktorer som bestemmer sykefravær (Stein Knardahl, 2010).

## 2.8 Rehabilitering

### 2.8.1. Beskrivelse av begrepet rehabilitering

Rehabilitering er en prosess der mennesker med skade, sykdom eller helseproblem ledes frem til en påfølgende tilstand hvor den nye situasjon håndteres (Bautz-Holter, Sveen, Søberg, & Røe, 2007; Solvang & Slettebø, 2012a). Rehabilitering betyr å "gjeninnsette verdighet" (Lie, 1996). Begrepet omhandler i hvilken grad det enkelte individ kan gjenvinne tidligere funksjoner, aktiviteter og deltakelse. Dersom det ikke lar seg gjøre å bli som før, må individets ønsker og mål justeres tilsvarende (Bautz-Holter, et al., 2007). Profesjoner har en viktig formidlingsrolle i å tilrettelegge for muligheten til å leve godt med en funksjonshemming (Hammell, 2006). Rehabilitering er mest sentrert om individets helse og funksjon, mens behandling er rettet mot sykdomsprosesser (Stucki, Ewert, & Cieza, 2002). Likevel benyttes ofte rehabilitering synonymt med behandling (Bautz-Holter, et al., 2007), og det er tilfelle i denne oppgaven.

Rehabilitering er et vidt begrep hvor samarbeid mellom ulike instanser og profesjoner er spesielt viktig (Bratland, 2005; Feiring, 1999). Profesjoner utfordres i å balansere myndighetenes krav og føringer med pasienters ønsker og behov i tillegg til egne profesjonelle vurderinger (Solvang & Slettebø, 2012a). For å forstå hva myndigheter legger i rehabiliteringsbegrepet, benyttes Rehabiliteringsmeldingens definisjon beskrevet i St.meld.nr.21 *Ansvar og meistring* (1998-99). Rehabilitering forstås som

*”tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet”.*

St.meld nr.21 (1998-99, kap. 2.1)

I Rehabiliteringsmeldingen anmodes det å benytte helhetlig tilnærming på en planlagt måte der individets behov bør styre prioriteringer organisering og valg av tiltak. (St.meld.nr.21, 1998-1999). Samhandlingsformen av 1.januar 2012 understreker at kvalitet på tjenester bør styrkes ytterligere gjennom sømløse og bedre koordinerte tjenester. Det kan fremmes ved tettere samarbeid mellom ulike profesjoner og forvaltningsnivå, samt sterkere brukermedvirkning (Samhandlingsreformen, 2012).

### **2.8.2. Inndeling av rehabilitering**

Rehabilitering er et felles begrep for medisinsk rehabilitering (tidligere medisinsk attføring), yrkesmessig rehabilitering og sosial rehabilitering. Rehabiliteringsbegrepet benyttes synonymt med attføring (NOU, 1997: 20).

#### Medisinsk rehabilitering

Medisinsk rehabilitering foregår etter at pasienter har gjennomgått ulike former for sykdom eller skade (Bratland, 2005). Helsedirektoratet definerer medisinsk rehabilitering som

*”helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller meistringsevne med sikte på størst mulig grad av selvtendighet og livskvalitet på egne premisser” (NOU, 1997: 20)*

#### Yrkesmessig/arbeidsrettet rehabilitering

Formålet med yrkesrettet rehabilitering er å bringe tidligere yrkesaktive tilbake til arbeidslivet (Børing, 2002). Til dette formål benyttes kombinasjoner av medisinsk rehabilitering, trenings- og arbeidsrelaterte tiltak (Haugli et al., 2010).

### Sosial rehabilitering:

Integrering og sosial deltakelse er overordnede målsetninger i blant annet helse-trygde- og arbeidslovgivning. Profesjoners oppgaver innebærer å sikre rammebetingelser for sosial kontakt og ivareta kulturelle rettigheter, samt humanitære forhold (NOU, 1995: 6).

## **2.9 Muskel- og skjelettdiagnoser**

### **2.9.1. Generelt om muskel- og skjelettplager**

Muskel- og skjelettdiagnoser er viktigste årsak til rehabilitering (Dagfinrud, Kjekken, Mowinckel, Hage, & Kvien, 2005; Grotle, Hagen, Natvig, Dahl, & Kvien, 2008). Pasienter med muskel- og skjelettplager omfatter sykdommer, plager, skader, smerter og lidelser i muskel- og skjelettsystemet (Lothe, 2013; E. Lærum, et al., 2013). I dette studiet benyttes muskel- og skjelettplager som et felles begrep. Som det fremgår innledningsvis har denne diagnosegruppen tradisjonelt sett vært den største utfra sykefravær og uførestatistikker. Pasienter med muskel- og skjelettplager inneholder et vidt spekter av ulike tilstander med store individuelle variasjoner i utbredelse av symptomer og plager (Lothe, 2013; E. Lærum, et al., 2013). De fleste av pasientene angir smerter som et sentralt problem. Smerter bidrar sammen med frykt for nye smerter til nedsatt funksjon og lidelse (Ihlebaek & Lærum, 2004; S. Knardahl et al., 2008; Ursin, 2003). Lidelsen kan være av både fysisk og psykisk karakter (Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001; Johansson, Lundberg, & Lundberg, 2006). Spesielt ved tilleggslidelser med smerter flere steder, kan pasientene oppleve negative konsekvenser i form av nedsatt arbeidsevne, dårligere livskvalitet, uførhet (Kjeldsberg et al., 2013; Turk, 2002). Flertallet opplever akutte plager som er mindre uttalte og forsvinner etter kortere tid. Om lag hver femte person får plager over 3 måneders varighet (Natvig, Ihlebaek, Grotle, Brage, & Bruusgaard, 2010). Det vil si kroniske eller langvarige plager (Heggdal, 2008; Himmelstein et al., 1995). Årsak til plager kan være sammensatte og individuelt betinget (Richardson & Engel, 2004). Det er høyere forekomst av plager blant kvinner med økende alder og ved lavere sosioøkonomisk status. Personer av utenlandsk opprinnelse er hyppigere representert (Mykletun & Knudsen, 2009). I enkelte tilfeller kan sykdom og

mekanismer være forklaringsårsak (Ihlebaek & Lærum, 2004). Men for majoriteten er plager uspesifikke og ingen patologi kan identifiseres (Even Lærum, 2005; Zitting & H., 1998). Det gir lite presise diagnostiske kriterier. Hos 2/3 av tilfellene i Norge, har fastleger benyttet en symptomdiagnose som tar utgangspunkt i pasientenes egne beskrivelser av smerter og plager (NOU, 1999: 13). Plager antas ikke bare å skyldes somatiske forhold, men vel så mye psykiske og sosiale faktorer (Waddell, 1987). Det ser ut til å være tilfeldig om leger velger psykisk lidelser eller muskel- og skjelettplager som hoveddiagnose alt etter legens ståsted. Forsker Mæland viste i sin doktorgradsavhandling at leger ga pasienter mellom 13 og 31 ulike primærdiagnoser og ingen av diagnosene var feil (S. Mæland et al., 2012). Ved flere mulige diagnoser kan det derfor synes tilfeldig hvilken som settes som primærdiagnose (Kamaleri, Natvig, Ihlebaek, & Brusgaard, 2009).

### **2.9.2.Utfordringer ved muskel- og skjelettplager**

Pasienter med utbredte plager har dårligere prognose enn de med lettere og lokaliserte problemer. De har et høyere lidelsestrykk som kan medføre større konsekvenser knyttet til funksjon og arbeidsdeltakelse (Crowther, et al., 2001). Et mer sammensatt sykdomsbilde, krever en mer omfattende og tverrfaglig utredning og behandling (ibid). Foreløpig oppnås ikke ønskede resultater ved rehabilitering av muskel og skjelettgruppen. Det kan skyldes flere faktorer (Courtney, Burdorf, Sorock, & RF., 1997): manglende forståelse av årsak til plager, at valgte intervensjoner eller implementering av disse er uhensiktsmessig (ibid). Eller kan det skyldes at bidrag fra profesjoner eller sammensetning av profesjoner er lite ideell for pasienter med muskel- og skjelettplager?

## **3 Materiale og metode**

### **3.1 Design**

Prosjektet ble designet som en longitudinell kohorte studie. Studien undersøker derved samme utvalg på ulike tidspunkt (Jacobsen, 2005) når det gjelder sykefraværdataene. Sykefraværet ble målt umiddelbart etter og tre måneder etter behandlingslutt.

Variablene som omhandlet profesjoner ble kartlagt ved hjelp av spørreskjema til pasient og behandler.

Designet benyttes for å avdekke sammenhenger og for å følge forandringer over tid, samt for å undersøke effekten av eksponering (Reinar, 2007).

### **3.2. Utvalg**

Den nasjonale studiens inklusjonskriterier var personer i yrkesaktiv alder, som hadde deltatt og fullført RT- behandling innenfor perioden 1.februar til 30.oktober 2012.

Pasienten måtte forstå norsk for å kunne besvare skjemaet og gi informert samtykke .

Rekruttering av pasienter ble foretatt av en lokal studiekoordinator som var oppnevnt i hvert av tilbudene som deltok. Tilbudene forpliktet seg til å delta i minimum to måneder. En eller flere av pasientens RT-behandlere fylte ut eget behandler-skjema. Det var i alt 1040 pasienter som deltok og like mange behandler-skjema ble fylt ut.

Sykefraværdata ble innhentet for pasientenes behandlingsperiode og tre måneder etter avsluttet behandling.

Antall respondenter i denne masteroppgaven var et selektert utvalg fra den nasjonale RT- studien, og bestod i pasientskjema, behandler-skjema og sykefraværstatistikk, i alt fra 455 pasienter. For studien ble følgende inklusjonskriterier brukt: deltakere måtte være sykemeldt ved behandlingsstart. Ingen krav ble stilt til hvor lenge de skulle ha vært sykemeldt. Relevante spørsmål måtte være utfylt: både dato og år for behandlingsstart og behandlingsslutt og opplysninger om primærdiagnose ved behandlingsstart. 90 pasienter ble ekskludert da de ikke var sykemeldte, 115 manglet viktige opplysninger. 250 pasienter tilfredstilte studiets inklusjonskriterier, og 146 av disse hadde muskel- og skjelettplager som primærdiagnose. Til hver pasients ID, var det et tilhørende skjema utfylt av behandler med ID som koblingsnøkkel. Men bare 167 av disse var tilgjengelig etter at inklusjonskrav var gjennomgått og 93 av dem hadde muskel- og skjelettplager.

### **3.3 Datainnsamling og bruk av materialet**

Alle pasienter som hadde avsluttet behandling fikk invitasjonsbrev om å delta i den nasjonale evalueringen av RT- ordningen. Invitasjonsbrev (vedlegg 2) bestod av samtykkeskjema, trykte spørreskjema (vedlegg 3 )og svarkonvolutt. Pasientens behandler/koordinator/teamet fylte ut et eget skjema om pasientens RT-tilbud (vedlegg 4). RT-tilbud ble tilsendt informasjonsmateriell med egen link til elektronisk spørreskjema (se vedlegg 5). Ferdigutfylte spørreskjema ble sendt til Presenter IRIS. Respondenter ble merket med ID-nummer før ferdigutfylte svar kunne avleses. Kun oppnevnt prosjektsekretær kjente til koblingsnøkkelen for IDen, oppbevart på et sikkert dataområde ved Presenter, IRIS. Datainnsamling foregikk i to perioder: 1.februar frem til juni og fra juni til 30.oktober 2012.

Data innsamling til masterstudiet startet hovedsakelig i andre rekrutteringsfase. Alle data ble bearbeidet og klargjort for punching. De ble kontrollert for feil av medarbeider i prosjektet. Behandlerskjema, pasientskjema og NAVs sykefraværsregister ble tilslutt påkoblet samme data sett med et felles ID-nummer. Til denne studien ble majoriteten av data hentet fra selvadministrerende spørreskjema utfylt av pasient (se vedlegg 2). Spørsmål inkluderte sosiodemografiske opplysninger og opplysninger om involverte profesjoner i RT-tilbudet. Bakgrunnsinformasjon om organisering av profesjoner og innhold i tilbud ble innhentet fra behandlerskjema (se vedlegg 3). Pasientens primærdiagnose ble hovedsakelig registrert fra NAVs sykefraværsregister basert på diagnosesystemene ICD-10 (spesialisthelsetjenesten) og ICPC (primærhelsetjenesten) (Helsedirektoratet, 2011; Wikipedia, 2011). NAVs sykefraværsopplysninger ble benyttet til utregning av tilbakeføringsgrad.

Det ble gjort et valg om å benytte "tilbakeføringsgrad" som avhengig variabel, alternativt kunne en brukt sykefraværsvarighet i timer eller dager. Tilbake til arbeid er ofte målt som dikotom variabel (Wasiak, Roessler, mcPherson, van poppel, & Anema, 2007). Tilbakeføringsgraden ble derfor delt i to: "fullt tilbake i samme eller annet arbeid" eller "gradert eller full sykemelding". Flere andre studier benytter denne fremgangsmåten (Steenstra, et al., 2006; Wasiak, et al., 2007). Det er i følge Wasiak et al. (2007) vanlig å måle grad av tilbakeføring et spesielt tidspunkt før eller etter for eksempel en bestemt intervensjon. Sykemeldingsstatus ble registrert ved behandlingsstart. Tilbakeføringsgrad ble målt ved behandlingsslutt (RTW 0mnd) og tre måneder etter avsluttet intervensjon (RTW 3 mnd).

Profesjoner og antall av disse ble forventet å være relatert til tilbakeføringsgraden, og ble valgt som forklaringsvariabler i studiet. I pasientskjema var det 11 svaralternativer for profesjoner, som dannet 11 variabler. "Andre faggrupper" var en samlegruppe med profesjoner som ikke ble nevnt i de ti første svaralternativene. Tilslutt ble antallet profesjoner den enkelte pasient hadde fått tilgang til, summert. Summen dannet utgangspunkt for variabelen "antall profesjoner" .

For å unngå feilkonklusjoner av resultat, ble forutsetninger for resultat sjekket (Eikemo & Clausen, 2007; Løvås, 2004). Ved å kontrollere for andre betydningsfulle forklaringsvariabler, vil man hindre at effekt av funn ikke ble blandet sammen med effekt av andre uavhengige variabler. Å kontrollere for andre betydningsfulle

forklaringsvariabler, ville hindre at effekt av funn ikke ble sammenblandet med effekt av andre uavhengige variabler. Dersom utvalget er lite og det er for mange uavhengige variabler, vil det kunne skape problemer for statistiske analyser som logistisk regresjon. Det kan også vanskeliggjøre konklusjoner av resultatene. Dette er et spesielt gjeldende ved kategoriske variabler med et begrenset antall i hver kategori (Pallant, 2010). Det ble av den grunn foretatt grupperinger av variabler med under ti variabler i hver gruppe. Det ble også foretatt et utvalg av kontrollvariabler. Disse måtte ha sterk assosiasjon med tilbakeføring, samt bli benyttet som kontrollvariabler i andre studier. Alder, kjønn (Eikemo & Clausen, 2007; OECD, 2012a) og utdanningsnivå (Labriola, et al., 2006; OECD, 2012a) tilfredsstilte disse kravene.

### 3.4 Analyse

Data ble punchet inn i PASW Statistics 20 (SPSS Inc., Chicago, IL). Separate analyser ble utført for sykemeldte med muskel- og skjelettplager og for alle sykemeldte i RT-tilbudet ved behandlingsslutt og tre måneder senere. Standardavvik (SD) og 95% konfidensintervall (95 % KI) ble benyttet som mål på resultatenes spredning. Deskriptive statistiske analyser med frekvensopptellinger og gjennomsnittstall ble utført for å gi bakgrunnsinformasjon om utvalget og behandlingstilbudet og for å kartlegge profesjonssammensetningen i RT-tilbudene. Binær logistisk regresjon ble konstruert for å utforske sammenhengen mellom uavhengige variabler og arbeidsstatus (Kirkwood & Sterne, 2003). Metoden benyttes for avhengige dikotome variabler og gir mulighet for å sammenligne flere forklaringsvariabler (Westgaard, 2007). Profesjoners sammenheng med sykemeldtes tilbakeføringsgrad ble vurdert. Antall profesjoners sammenheng med tilbakeføringsgraden ble også undersøkt. Det var for mange uavhengige variabler i forhold til størrelse på utvalget til valgte analyser. Systematiske foranalyser ble derfor utført for å minimalisere antall variabler til regresjonsmodellen (Norman & Streiner, 2003). Til dette formål ble kji-kvadrattesting med Yates kontinuerlige korreksjon konstruert for hver av de kategoriske uavhengige variablene. Phi-koeffesienten ble målt utfra Cohen`s kriterier om styrke på sammenheng der 0,10 er svak, 0,30 er medium og 0,50 er høy assosiasjon (Cohen, 1988). Dersom variablers assosiasjon med tilbakeføringsgrad var signifikant med p-verdi  $\leq 0.2$ , ble de inkludert til regresjonsmodellen. Andre studier setter også tilsvarende p-verdi som inklusjonskrav i sine foranalyser (Fukuoka et al., 2009; Stapefeldt et al., 2011; Tollerud, 2005). Neste steg i analysen var univariat binær logistisk regresjon. Det ble utført en univariat logistisk regresjon for hver inkluderte variabel og arbeidsstatus. Ujusterte variabler med p-verdi



$\leq 0.1$ , ble valgt til neste regresjonsmodell. Signifikansnivået er identisk med Marion & Durands studie fra 2009 (Matriois & Durand, 2009). Hver inkluderte variabel ble justert for kjønn, alder og utdanningsnivå. Justerte variabler som var statistisk signifikante ( $p \leq 0.05$ ), ble tilslutt valgt til en felles finalemodell; multivariat logistisk regresjon. Hvilke variabler som hadde sterkest assosiasjon med tilbakeføringsgraden ble tilslutt vurdert.

### **3.5 Etikk**

Den nasjonale studien innhentet ingen sensitive personopplysninger og den ble derfor ikke vurdert som fremleggingspliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Vest-Norge). Studien ble godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD) (prosjektnummer: 28988). Informantene ble informert om frivillig deltakelse og konfidensialitet i rekrutteringsfasen og ved videre bearbeidelser av data. Alle data ble aidentifisert ved hjelp av et ID nummer. Samtykkeerklæring ble utfylt. Studiet er blitt utført i samsvar med Helsinki Deklarasjonen (1964) (Helsinkideklarasjonen, 1964). Etiske normer har blitt fulgt gjennom hele forskningsprosessen i henhold til lov om medisinsk og helsefaglig forskning av 20 juni nr.44, 2008 (Lovdata, 2008).

## **4.0 Resultat**

I dette kapittelet beskrives studiets hovedresultater. Innledningsvis gis informasjon om sykemeldtes inndeling i diagnoser. Videre følger resultater for pasienter med muskel- og skjelettplager, etterfulgt av resultater for alle sykemeldte i RT-ordningen. Det gis bakgrunnsinformasjon om utvalget og behandlingstilbudet, før resultater for hvert av forskningsspørsmålene presenteres .

### **4.1 Beskrivelse av utvalgets inndeling i diagnoser**

58,4 % av alle sykemeldte hadde muskel- og skjelettplager som primærdiagnose ved behandlingsstart. Muskel- og skjelettplager utgjorde dermed den største diagnosegruppen i tilbudet. Psykiske lidelser var nest største diagnosegruppe med 16%. Resten av pasientene hadde "andre diagnoser".

Det var 12 % som endret hoveddiagnose i forløpet, halvdelen fra muskel- og skjelettplager til andre diagnosegrupper (se vedlegg 1, tabell 19).

## 4.2 Bakgrunnsinformasjon om sykemeldte med muskel- og skjelettplager

### 4.2.1. Utvalg av sykemeldte med muskel- og skjelettplager

Tabell 2 viser at sykemeldte med muskel- og skjelettplager bestod av 73 % kvinner og 27 % menn. Gjennomsnittsalderen var 41-51 år for begge kjønn. De aller fleste var født i Norge. Majoriteten var gift eller hadde status som samboer. Det var størst andel med 12 års skolegang og som befant seg innenfor en husstandsinntekt på 287500 kr til i underkant av 380000.

Tabell 2. Beskrivelse av pasienter

Pasienter med muskel- og skjelettplager (N=146)		
Kjennetegn av pasienter	N	%
Antall pasienter	146	58,4
Alder i år (gjennomsnitt; SD)	45,6 (10,2)	
Kjønn-kvinner	107	73,3
Sivil status: samboer, gift eller registrert partner	99	67,8
Fødested-Norge	135	92,5
Høyeste utdanningsnivå (gjennomsnitt; SD)	2,4 (0,8)	
1.Grunnskole (cirka 9år skole):	17	11,7
2.Videregående skole (cirka 12 år skolegang)	68	46,9
3.Høyskole/universitet til og med 4 år	43	29,7
4.Høyskole/universitet over4 år	17	11,7
Individuell husstandsinntekt (gjennomsnitt; SD)	2,4 (1,1)	
1.0-2874999	24,5	24,5
2.287500-379999	36,7	36,7
3.380000-449999	18,0	18,0
4.fra 450000	20,9	20,9

Note: N=antall pasienter.

### 4.2.2. Tilbakeføringsgrad for sykemeldte med muskel- og skjelettplager

Som det fremgår av tabell 3, var alle pasienter sykemeldt ved behandlingsstart. Kun en liten andel var tilbakeført ved behandlingsslutt. Tilbakeføringen var spesielt merkbar tre måneder senere. Over 2/3 av sykemeldte var da helt tilbake i arbeid.

Fulltidssykemeldinger var gjennomgående mye mer benyttet enn gradert sykemelding.

Tabell 3. Tilbakeføringsgrad for pasienter med muskel- og skjelettdiagnose

Tilbakeføringsgrad for:	Tilbakeføringsgrad ved behandlingsstart			Tilbakeføringsgrad ved behandlingsslutt				Tilbakeføringsgrad tre måneder etter behandlingsslutt			
	0%	≤25%	≤50%	0%	≤25%	≤50%	100%	0%	≤25%	≤50%	100%
Antall pasienter (N=146)	78,1	83,6	95,2	67,1	69,9	83,6	13,7	17,8	19,2	27,4	67,1

Note: Tilbakeføringsgrad er målt i prosent.

#### 4.2.3. Behandlingstilbudet til sykemeldte med muskel- og skjelettplager

Det vanligste tilbudet til sykemeldte med muskel- og skjelettplager bestod i mestringsstrening, motivasjonsstrening, opptrening, både generell samtaleterapi og kognitiv terapi. Forsikring om at plager ikke var farlige var en mye brukt strategi. Kirurgi og ulike former for medisinsk eller medikamentell behandling og fysioterapi var mindre vanlig (se vedlegg 1, tabell 20).

#### 4.2.4 Tilbudenes omfang til sykemeldte med muskel- og skjelettplager

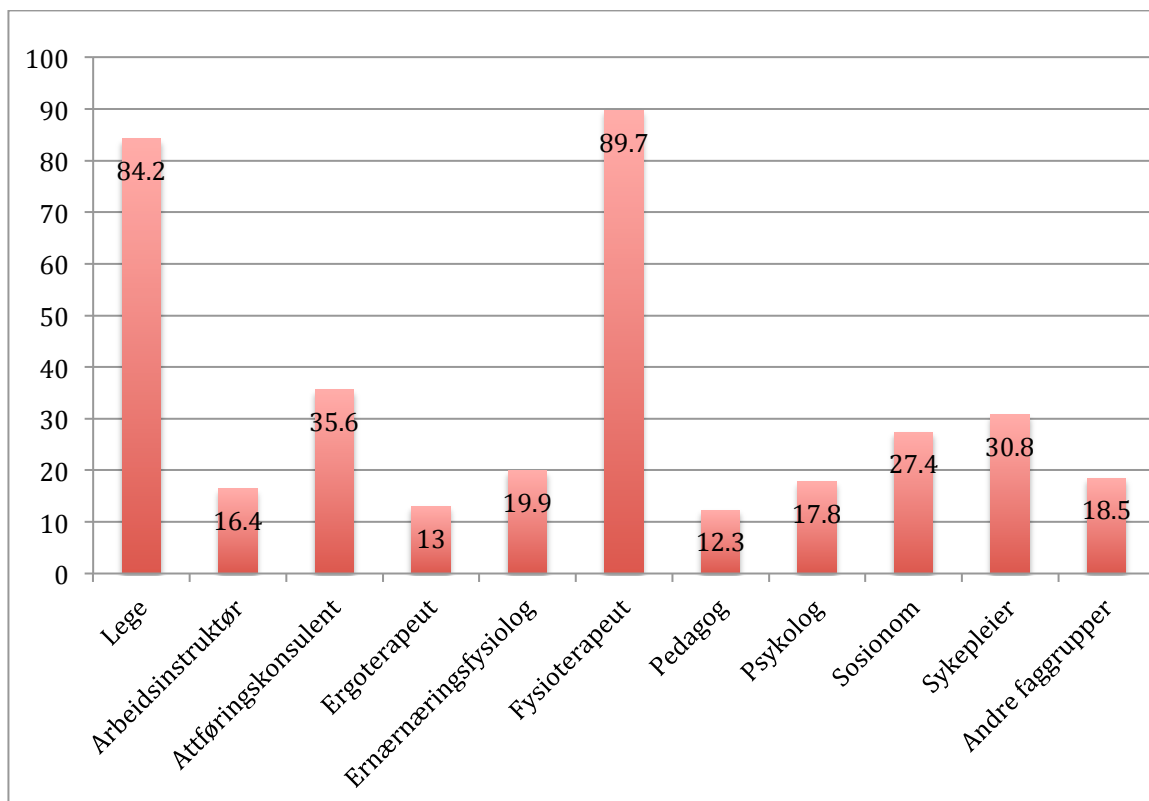
For de fleste med muskel- og skjelettplager var oppfølgingstiden på 25 dager. Gjennomsnittspasienten fikk oppfølging i 1,2 måned. Enkelte ble behandlet i et helt år. Det var generelt stor spredning i tilbudenes omfang (se vedlegg 1, tabell 21).

#### 4.2.5. Organisering av profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager

Profesjonene i RT-tilbudet til pasienter med muskel- og skjelettplager var stort sett organisert som team. 90 % av profesjonene benyttet enten integrert faglighet eller tverrfaglighet. Monofaglige tilbud forekom ytterst sjeldent (3,3 %). Flerfaglighet nokså sjeldent (6,7 %). (se vedlegg 1, tabell 22).

### 4.3 Profesjoner i tilbakeføringsprogram til pasienter med muskel- og skjelettplager

Tilbudene til sykemeldte med muskel- og skjelettplager bestod i overkant av 20 ulike profesjoner. Figur 2 viser at fysioterapeut og lege ble tilbudt over 4/5 av de sykemeldte. Attføringskonsulent og sykepleier var involvert i hvert tredje tilbud. Færrest fikk tilgang til pedagog, ergoterapeut, arbeidsinstruktør og psykolog.



Figur 2: Involverte profesjoner i tilbudet til sykemeldte med muskel- og skjelettdiagnose (n=146). Hver søyle viser antall pasienter i prosent. Ernæringsfysiolog inkluderer kostholdsveileder.

Gruppen med "andre fagpersoner" inneholdt tretten ulike profesjoner og fagutøvere med ulik kompetanse (se vedlegg 1, tabell 23). Osteopater, idrettspedagoger, coach/veiledere, gestaltterapeuter og profesjoner ansatt i NAV bidrog hyppigst av disse.

#### 4.4 Profesjonssammensetning tildelt sykemeldte med muskel- og skjelettplager

##### 4.4.1 Kombinasjoner av profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager

Det var stor variasjon i sammensetning av profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager. Det var i alt 63 forskjellige profesjonssammensetninger til 146 pasienter. Tabell 4 viser at maksimalt ti pasienter fikk samme tilbud. Fysioterapeut og lege ble tildelt de fleste pasienter. Disse profesjonene var involvert i alle hyppigst representerte tilbakeføringsprogram med minimum to profesjoner (med unntak av en kombinasjon).

Tabell 4. Beskrivelse av profesjonssammensetning

Tilbud av profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager (N=146).	%	N
Lege + fysioterapeut	6,8	10
Lege + fysioterapeut + sosionom	5,5	8
Lege + attføringskonsulent + fysioterapeut + sykepleier	5,5	8
Lege + ergoterapeut + ernæringsfysiolog + fysioterapeut + psykolog + sosionom	4,8	7
Psykolog	2,7	4
Lege	2,7	4
Lege + attføringskonsulent + fysioterapeut + sosionom	2,7	4
Fysioterapeut	2,1	3
Fysioterapeut + sykepleier	2,1	3
Lege + attføringskonsulent + ernæringsfysiolog + fysioterapeut + sykepleier + andre faggrupper	2,1	3
Lege + arbeidsinstruktør + attføringskonsulent + fysioterapeut	2,1	3
Lege + attføringskonsulent + fysioterapeut + pedagog + sykepleier	2,1	3
Lege + attføringskonsulent + fysioterapeut + sykepleier + andre	2,1	3
Lege + ernæringsfysiolog + fysioterapeut + sosionom + sykepleier	2,1	3
Lege + ernæringsfysiolog + fysioterapeut + sykepleier	1,4	2
Lege + fysioterapeut + andre faggrupper	1,4	2
Lege + attføringskonsulent + ernæringsfysiolog + fysioterapeut + sykepleier	1,4	2
Lege + attføringskonsulent + fysioterapeut + sykepleier + andre	1,4	2
Lege + ernæringsfysiolog + fysioterapeut + psykolog + sosionom + andre	1,4	2
Lege + ernæringsfysiolog + fysioterapeut + sykepleier	1,4	2

Note: N=antall pasienter. Kun profesjonssammensetning med frekvens  $\geq 1,4\%$  er beskrevet. Ernæringsfysiolog inkluderer også kostholdsveileder.

#### 4.4.2. Antall profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager

Fordeling av antall profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager vises i tabell 5. Flertallet ble tildelt mellom fire og fem profesjoner, mens gjennomsnittet møtte fire profesjoner. Pasienter som kom raskest tilbake i arbeid mottok færre profesjoner i snitt enn de som forble fulltids eller deltidssykemeldte.

Tabell 5. Fordeling av antall profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager

Antall profesjoner til pasienter med muskel- og skjelettplager						
Inndeling i grupper	N	Gjennomsnitt	SD	Median	Modus	Variasjonsbredde Minimum- maksimalt
Hel gruppen	146	3,77	1,54	4,00	4	1-8
0 måneder, tilbake	20	3,20	1,67	3,00	1*	1-6
0 måneder, ikke tilbake	126	3,85	1,5	4,00	4	1,8
3 måneder tilbake	98	3,62	1,5	4,00	4	1-8
3 måneder, ikke tilbake	40	4,06	1,5	4,00	5	1-8
3 måneder, fullt sykemeldt	26	4,38	1,70	5,00	5	1-8

Note: Hele muskel- og skjelettgruppen, de som er tilbake i jobb og fortsatt er sykemeldt 0 og 3 måneder etter behandling, samt fulltidssykemeldte 3 måneder etter behandling. \*ved flere like verdier, vises laveste verdi i tabellen. N=antall pasienter. SD=Standardavvik

Tabell 6 gir oversikt over antall profesjoner i RT-tilbud til sykemeldte med muskel- og skjelettplager. Tilbudene inneholde alt fra en til åtte profesjoner på det meste. 93,2 % av pasientene hadde mottatt mer enn én profesjon. Største andel av pasientene ble tildelt fire og fem profesjoner. Tilbakeførte pasienter møtte færrest profesjoner. Det var mest fremtredende rett etter behandling. For sykemeldte dominerte behandlingstilbud fra fem profesjoner.

Tabell 6. Antall profesjoner til pasienter med muskel- og skjelettplager i prosent

Antall profesjoner	Hele muskel- og skjelett populasjonen % (N=146)	Tilbakeført 0 måneder % (N=20)	Ikke tilbakeført 0 måneder % (N=126)	Tilbakeført 3 måneder % (N=98)	Ikke tilbakeført 3 måneder % (N=48)	Fullt Sykemeldt 3 måneder % (N=26)
1	6,8	20	4,8	7,1	6,3	7,7
2	16,4	20	15,9	20,4	8,3	7,7
3	18,5	15	19,0	18,4	18,8	7,7
4	25,3	20	26,2	24,5	27,1	23,1
5	22,6	15	23,8	19,4	29,2	38,5
6	6,2	10	5,6	8,2	2,1	3,8
7	2,7	0	3,2	1,0	6,3	7,7
8	1,4	0	1,6	1,0	2,1	3,8
9	0	0	0	0	0	0

Note: N=antall pasienter. \*ved flere like verdier, vises laveste verdi i tabellen. Måletidspunkt er 0 og 3 måneder etter behandling.

## 4.5 Profesjoners sammenheng med tilbakeføring av sykemeldte med muskel- og skjelettplager

### 4.5.1 Foranalyse av profesjonstyper tildelt sykemeldte med muskel- og skjelettplager

I følge tabell 7 ble attføringskonsulent og fysioterapeut vurdert til å kunne ha svak sammenheng med pasienters tilbakeføring til arbeidslivet ved behandlingsslutt. Disse profesjonene ble inkludert til videre analyser.

Tabell 7. Assosiasjon mellom type profesjon og tilbakeføringsgrad (kji-kvadrat test)

Profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager	n	100% tilbakeføring 0 måneder			100% tilbakeføring 3 måneder		
		x2	p	Phi	x2	p	phi
Lege	124	1,023	0,312	-0,219	0,000	1,000	-0,065
Arbeidsinstruktør	46	0,305	0,581	-0,146	0,000	1,000	0,032
<b>Attføringskonsulent</b>	<b>59</b>	<b>3,326</b>	<b>0,068*</b>	<b>-0,314</b>	0,695	0,404	-0,163
Ergoterapeut	39	0,006	0,940	0,079	0,000	1,000	-0,017
Ernæringsfysiolog/	49	0,285	0,593	-0,136	0,000	1,000	0,005

Kostholdsveileder							
<b>Fysioterapeut</b>	<b>135</b>	<b>2,083</b>	<b>0,149*</b>	-0,188	0,805	0,370	-0,124
Pedagog	33	0,000	1,000	0,046	0,138	0,711	0,129
Psykolog	45	0,000	1,000	-0,062	1,073	0,300	0,203
Sosionom	59	0,274	0,601	-0,128	0,765	0,382	-0,151
Sykepleier	50	0,000	1,000	-0,082	0,040	0,842	-0,099
Andre profesjoner	45	0,000	1,000	-0,025	0,035	0,851	-0,075

Note: N=antall pasienter. \* $p \leq 0,2$ , \*\* $p \leq 0,05$ . Df=1,  $\chi^2$ = kji-kvadrat estimatoren, S.E= standardavvik  
Måletidspunkt: 0 og 3 måneder etter behandling.

#### 4.5.2. Profesjoners sammenheng med tilbakeføring av sykemeldte med muskel- og skjelettplager

Tabell 13 viser at fysioterapeut assosierte med tilbakeføring av pasienter med muskel- og skjelettplager ved behandlingsslutt. Funnt ble påvist etter justering av alder, kjønn og høyeste utdanningsnivå. Fysioterapeut i tilbudet kunne øke sannsynlighet for tilbakeføring med mellom 11-12 ganger. Denne profesjonen kunne forklare 3,3 % av pasienters tilbakeføring med en treffprosent lik 87,3 %. Konfidensintervallet var bredt. Attføringskonsulent var nær en statistisk signifikant verdi, men ingen assosiasjon ble påvist.

Tabell 8. Sammenheng mellom profesjoner og tilbakeføringsgrad

Type profesjon og tilbakeføringsgrad for muskel- og skjelettpasienter	Logistisk regresjons modell						
	N	B	S.E.	p1	Exp(B)	95% C.I. nedre grense	95% C.I. øvre grense
<b>Ujusterte variabler</b>							
<b>0 måneder</b>							
Attføringskonsulent	59	0,897	4,741	0,029	7,050	1,215	40,899
Fysioterapeut	135	1,035	3,632	0,057	7,187	0,945	56,646
<b>Justerte variabler</b>	Multivariat logistisk regresjons modell						
<b>0 måneder</b>							
Attføringskonsulent	59	2,0666	1,060	0,051	7,895	0,989	63,044
<b>Fysioterapeut</b>	<b>134</b>	<b>2,452</b>	<b>1,168</b>	<b>0,036*</b>	<b>11,610</b>	<b>1,177</b>	<b>114,508</b>

Note: \* $p \leq 0,05$  etter kontroll av alder, kjønn og alder. Alder er inndelt i 3 aldersgrupper (21-39 år, 40-54 år, 55-68 år), kjønn (kvinner og menn) og utdanningsnivå (9 år, 12 år, høyskole/universitet til og med 4 år, høyskole/universitet over 4 år). N= antall pasienter, B=koefesienten, S.E=standardavvik.

#### 4.6 Antall profesjoners sammenheng med tilbakeføring av sykemeldte med muskel- og skjelettplager

##### 4.6.1. Foranalyser av antall profesjoner tildelt sykemeldte med muskel- og skjelett plager

Tabell 9 viser at noen typer kombinasjoner av profesjoner kunne se ut til å ha svak sammenheng med pasienters tilbakeføringsgrad. Det gjaldt en profesjon ved

behandlingsslutt, to profesjoner tre måneder etter behandling og "en til to" og "tre til åtte profesjoner" ved begge måletidspunkt.

Tabell 9. Assosiasjon mellom antall profesjoner tilbakeføringsgrad (kji-kvadrat test)

Antall profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager	n	Tilbakeføringsgrad 0 måneder			Tilbakeføringsgrad 3 måneder		
		x <sup>2</sup>	p	Phi	x <sup>2</sup>	p	phi
<b>En profesjon</b>	<b>10</b>	<b>4,120</b>	<b>0,042**</b>	<b>0,207</b>	0,000	1,000	0,017
<b>To profesjoner</b>	<b>24</b>	0,019	0,890	0,038	<b>2,597</b>	<b>0,107*</b>	<b>0,153</b>
Tre profesjoner	27	0,015	0,902	-0,036	0,000	1,000	-0,005
Fire profesjoner	37	0,099	0,753	-0,049	0,018	0,892	-0,028
Fem profesjoner	33	0,345	0,557	-0,072	1,247	0,264	-0,110
Seks profesjoner	9	0,071	0,789	0,064	1,142	0,285	0,119
Syv profesjoner	4	0,005	0,944	-0,067	1,635	0,201	-0,150
Åtte profesjoner	2	0,000	0,570	-0,047	0,000	1,000	-0,043
Ni profesjoner	0	-	-	-	-	-	-
<b>En og to profesjoner</b>	<b>34</b>	<b>2,620</b>	<b>0,106*</b>	<b>0,158</b>	<b>2,350</b>	<b>0,125*</b>	<b>0,144</b>
<b>Tre-åtte profesjoner</b>	<b>112</b>	<b>2,620</b>	<b>0,106*</b>	<b>-0,158</b>	<b>2,350</b>	<b>0,125*</b>	<b>-0,144</b>

Note: N=antall pasienter. \*p≤0.2, \*\*p≤0.05. Df=1, x<sup>2</sup>=kji-kvadrat estimatoren, S.E= standardavvik  
Måletidspunkt: 0 og 3 måneder etter behandling.

#### 4.6.2. Antall profesjoners sammenheng med tilbakeføring av sykemeldte med muskel- og skjelettplager

"Tre til åtte" profesjoner var i følge tabell 10 eneste kombinasjon som assosierte positivt med tilbakeføringsgraden før justering. Sannsynligheten for tilbakeføring kunne to til tredobles sammenlignet med pasienter som ikke mottok et slikt tilbud. Tilbud fra andre signifikante kombinasjoner reduserte derimot sjansen for tilbakeføring. Dette gjaldt en, to og "en og to" profesjoner. Etter at antall profesjoner ble justert for betydningsfulle variabler som alder, kjønn og utdanningsnivå, assosierte monofaglige tilbud statistisk signifikant med tilbakeføringsgraden (95 % KI: 0,04-0,76, p=0,019). Pasienter med muskel- og skjelettplager reduserte sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid fem til seks ganger etter monofaglige tilbud. "En profesjon" forklarte 2,4 % av tilbakeføringsgraden med 69 % sikkerhetsmargin.

Tabell 10. Sammenheng mellom antall profesjoner og tilbakeføringsgrad

Logistisk regresjons modell							
Antall profesjoner og tilbakeføringsgrad for pasienter med muskel- og skjelettplager Ujusterte variabler	N	B	S.E.	p	Exp(B)	95% C.I. nedre grense	95% C.I. øvre grense
<b>Omånedet</b>							
En profesjon	10	1,609	0,698	0,021	0,200	0,051	0,786
Under tre (en og to)	34	0,942	0,507	0,063	0,390	0,144	1,053



Over to (tre-ni)	112	0,942	0,507	0,063	2,564	0,950	6,923
<b>3 måneder</b>							
To	24	1,037	0,579	0,073	0,335	0,114	1,103
Under tre (en og to)	34	0,736	0,482	0,087	0,479	0,186	1,232
Over to (tre-ni)	112	0,801	0,467	0,087	2,227	0,891	5,566
<b>Justerte variabler</b>	Multivariat logistisk regresjon						
<b>0 måneder</b>							
<b>En profesjon</b>	<b>10</b>	<b>1,717</b>	<b>0,733</b>	<b>0,019*</b>	<b>0,180</b>	<b>0,043</b>	<b>0,755</b>
En og to	34	0,921	0,523	0,078	0,398	0,143	1,110
Tre-åtte	111	0,921	0,523	0,078	2,512	0,901	7,004
<b>3 måneder</b>							
To profesjoner	24	0,968	0,598	0,105	0,380	0,118	1,226
En og to	34	0,801	0,467	0,087	0,449	0,180	1,122
Tre-åtte	111	0,736	0,482	0,127	2,088	0,812	5,371

Note: \* $p \leq 0,05$  etter kontroll av alder, kjønn og alder. Alder er inndelt i 3 aldersgrupper (21-39 år, 40-54 år, 55-68 år), kjønn (kvinner og menn) og utdanningsnivå (9 år, 12 år, høyskole/universitet til og med 4 år, høyskole/universitet over 4 år). N= antall pasienter, B=koeffesienten, S.E =standardavvik.

## 4.7 Bakgrunnsinformasjon om alle sykemeldte

### 4.7.1. Utvalget av alle sykemeldte

Alle sykemeldte i RT-studiet bestod av 250 personer. 76% av disse var kvinner, 24% menn. Gjennomsnittspasienten var mellom 40-51 år, gift eller samboer og født i Norge. Det var flest sykemeldte med 12 års skolegang og individuell husstandsinntekt mellom 287500 til i underkant av 380000 kroner (se vedlegg 1 , tabell 24).

### 4.7.2. Tilbakeføringsgrad for alle sykemeldte

Tabell 11 viser at alle var sykemeldt ved behandlingsstart,  $\frac{3}{4}$  på full tid. Ved avsluttet behandling var  $\frac{1}{6}$  av de sykemeldte tilbake i arbeid. Tre måneder senere hadde andelen tilbakeførte økt med over fire ganger. Fulltidssykemeldinger var generelt vanligere enn gradert sykemelding.

Tabell 11. Tilbakeføringsgrad for alle sykemeldte

Tilbakeføringsgrad for:	Tilbakeføringsgrad ved behandlingsstart			Tilbakeføringsgrad ved behandlingsslutt				Tilbakeføringsgrad tre måneder etter behandlingsslutt			
	0%	≤25%	≤50%	0%	≤25%	≤50%	100%	0%	≤25%	≤50%	100%
Antall pasienter (N=250)	76,0	82,4	92,8	62,4	66,8	80,4	15,2	18,4	20,0	28,8	67,2

Note: Tilbakeføringsgrad er målt i prosent for alle sykemeldte (n=250).

#### 4.7.3. Behandlingstilbudet til alle sykemeldte

Flertallet av sykemeldte hadde vært til opptrening, mestringstrening, motivasjonstrening, generell samtalerterapi og fysikalsk behandling (se vedlegg 1, tabell 25). De fleste pasienter var blitt forsikret om at plager ikke var farlige. Kognitiv terapi og kostholdstrening ble gitt til halvparten av pasientene. Kirurgi og ulike former for medisinsk eller medikamentell behandling var sjeldne eksposisjoner.

#### 4.7.4. Tilbudenes omfang til alle sykemeldte

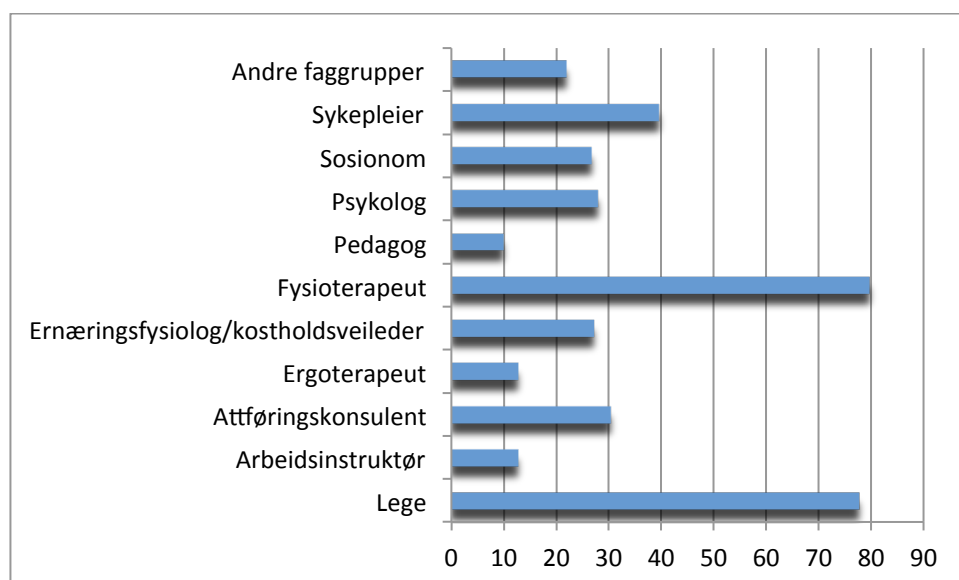
Det var stor variasjon i sykemeldtes oppfølgingstid: alt fra dager og opp til 1 år forekom. Det var flest med 25 dagers oppfølging. Gjennomsnittlig behandlingsperiode var 1,2 måned og 16 dager (se vedlegg 1, tabell 26).

#### 4.7.5. Organisering av profesjoner til alle sykemeldte

Tverrfaglige team var dominerende organiseringsform og ble benyttet i 47,9 % av tilbudene til alle sykemeldte. Cirka 1/3 (37,6 %) av tilbudene hadde felles forståelse som ble kommunisert overfor pasienten (integrrert faglighet). Monofaglige og flerfaglige tilbud ble sjeldent benyttet (7,3 % hver)(se vedlegg 1, tabell 27).

#### 4.8 Profesjoner i tilbakeføringsprogram til alle sykemeldte

Tilbakeføringsprogrammene inneholdt over 30 ulike profesjoner. Figur viser at nærmere 80 % av alle sykemeldte møtte fysioterapeut og lege. Arbeidsinstruktør, ergoterapeut og pedagog var sjeldnere involvert i RT-programmene.



Figur 3. Beskrivelse av hvilke profesjoner hele utvalget(n=250). Hver søyle viser antall pasienter i prosent.

”Andre fagpersoner” inneholdt profesjoner og fagutøvere med ulik kompetanse som ble tildelt under tre prosent av alle sykemeldte. Idrettspedagoger, coach/veiledere og osteopater bidro hyppigst blant denne samleggruppen av profesjoner. NAV, sexologer og psykiatriske sykepleiere ble også benyttet i flere tilbud (se vedlegg 1, tabell 28).

## 4.9 Profesjonssammensetning i tilbakeføringsprogram til alle sykemeldte

### 4.9.1 Kombinasjoner av type profesjoner til alle sykemeldte

Det var et mangfold av ulike sammensetninger av profesjoner til sykemeldte i tilbakeføringsprogrammene. 250 sykemeldte ble tildelt 125 forskjellige kombinasjoner av profesjoner. Tabell 12 viser at tilbud fra fysioterapeut og lege ble benyttet i de fleste behandlingstilbud.

Tabell 12. Beskrivelse av profesjonssammensetning

Tilbud av profesjoner til alle sykemeldte i tilbakeføringsprogram (N=250)	%	N
Lege + fysioterapeut	5,6	14
Lege + fysioterapeut + sosionom	4,4	11
Lege + attføringskonsulent + fysioterapeut + sykepleier	5,2	13
Lege + ergoterapeut + ernæringsfysiolog + fysioterapeut + psykolog + sosionom	3,6	9
Psykolog	1,6	4
Lege	1,6	4
Lege + attføringskonsulent + fysioterapeut + sosionom	3,2	8
Fysioterapeut	2	5
Fysioterapeut + sykepleier	1,6	4
Lege + arbeidsinstruktør + attføringskonsulent + fysioterapeut	1,6	4
Lege + attføringskonsulent + fysioterapeut + sykepleier + andre	1,6	4
Lege + ernæringsfysiolog + fysioterapeut + sosionom + sykepleier	3,6	9
Lege + fysioterapeut + andre faggrupper	1,6	4
Lege + attføringskonsulent + fysioterapeut + sykepleier + andre	1,6	4
Lege + ernæringsfysiolog + fysioterapeut + sykepleier	1,6	4
Lege + attføringskonsulent + fysioterapeut + sosionom	2,4	6
Lege + attføringskonsulent + fysioterapeut + pedagog + sykepleier	1,6	4
Lege + fysioterapeut + psykolog + sosionom	1,6	4
Sykepleier	1,6	4

Note: N=antall pasienter. Kun profesjonssammensetning med frekvens  $\geq 1,4\%$  er beskrevet. Ernæringsfysiolog inkluderer også kostholdsveileder.

### 4.9.2. Antall profesjoner til alle sykemeldte

Tabell 13 viser at sykemeldte ble tildelt alt fra en til ni profesjoner, men flest møtte fire profesjoner. Gjennomsnittet var nærmere fire profesjoner. De tidligste tilbakeførte ble tildelt laveste antall profesjoner. Flertallet av disse møtte tre profesjoner.

Fulltidssykemeldte mottok flest profesjoner, hvorav fem profesjoner var mest fremtredende.

Tabell 13. Fordeling av antall profesjoner

Antall profesjoner til alle sykemeldte (N=250)						
Inndelinger i grupper	N	Gjennom	SD	Median	Modus	Variasjons- bredde Minimum- maksimum
Alle sykemeldte	250	3,68	1,57	4,00	4	1-9
0 måneder, tilbake	38	3,37	1,72	3,00	1*	1-6
0 måneder, ikke tilbake	212	3,73	1,55	4,00	4	1-9
3 måneder tilbake	168	3,58	1,58	4,00	4	1-9
3 måneder, ikke tilbake	82	3,88	1,54	4,00	3	1-8
3 måneder, fullt sykemeldt	46	4,03	1,80	4,00	5	1-8

Note: Hele pasientgruppen, de som er tilbake i jobb og fortsatt er sykemeldt 0 og 3 måneder etter behandling, samt fulltidssykemeldte 3 måneder etter behandling. \*ved flere like verdier, vises laveste verdi i tabellen. N=antall pasienter. SD=Standardavvik

Tabell 14 viser at over 90 % av pasientene møtte mer enn én profesjon. De tidligste tilbakeførte pasienter var hyppigste mottakere av én og to profesjoner. De som benyttet ytterligere tre måneder på å komme tilbake i arbeid, hadde blitt tildelt et høyere antall profesjoner. Pasienter som fortsatt var fulltidssykemeldte ved siste måletidspunkt ble oftest tildelt fem profesjoner.

Tabell 14: Fordeling av antall profesjoner til alle sykemeldte i prosent

Antall profesjoner	Hel utvalget % ( N=250)	Tilbakeført 0 måneder % (N=38)	Ikke tilbakeført 0 måneder % (N=212)	Tilbakeført 3 måneder % (N=168)	Ikke tilbakeført 3 måneder % (N=82)	Fullt Sykemeldt 3 måneder % (N=46)
1	9,6	18,4	8,0	10,7	7,3	10,9
2	14,4	18,4	13,7	17,3	8,5	8,7
3	21,2	15,8	22,2	19,0	25,6	19,6
4	23,2	15,8	24,5	22,6	24,4	17,4
5	22,0	18,4	22,6	20,8	24,4	28,3
6	6,4	13,2	5,2	7,7	3,7	6,5
7	1,6	0	1,9	0,6	3,7	4,3
8	1,2	0	1,4	0,6	2,4	4,3
9	0,4	0	0,5	0,6	0	0

Note: N= antall pasienter. Måletidspunkt er 0 og 3 måneder etter behandling.

## 4.10 Profesjoners sammenheng med alle sykemeldtes tilbakeføringsgrad

### 4.10.1 Foranalyse av tildelte profesjoner til alle sykemeldte

Tabell 15 viser at attføringskonsulent, fysioterapeut og arbeidsinstruktør assosierte svakt med tilbakeføringsgraden.

Tabell 15. Assosiasjon mellom type profesjon og tilbakeføring (kji-kvadrat test)

Kompetanse til alle sykemeldte i RT-Tilbudene	N	100% tilbakeføring 0 måneder			100% tilbakeføring 3 måneder		
		x <sup>2</sup>	p	Phi	x <sup>2</sup>	p	phi
Lege	201	0,133	0,716	-0,062	0,463	0,496	-0,077
<b>Arbeidsinstruktør</b>	<b>75</b>	<b>2,095</b>	<b>0,148*</b>	-0,205	0,000	1,000	0,014
<b>Attføringskonsulent</b>	<b>97</b>	<b>5,922</b>	<b>0,015**</b>	<b>-0,283</b>	<b>4,801</b>	<b>0,028**</b>	<b>-0,248</b>
Ergoterapeut	72	0,000	1,000	0,023	0,020	0,886	0,047
Ernæringsfysiolog/ Kostholdsveileder	106	0,319	0,572	-0,081	0,206	0,650	0,065
<b>Fysioterapeut</b>	<b>215</b>	<b>2,392</b>	<b>0,122*</b>	<b>-0,130</b>	<b>2,047</b>	<b>0,152*</b>	<b>-0,117</b>
Pedagog	59	0,000	1,000	0,030	0,000	1,000	0,004
Psykolog	105	0,067	0,796	0,051	0,967	0,325	0,118
Sosionom	104	0,009	0,924	-0,038	0,081	0,777	-0,049
Sykepleier	113	1,239	0,266	-0,142	0,533	0,465	-0,097
Andre profesjoner	88	0,412	0,521	-0,103	0,121	0,728	-0,062

Note: N=antall pasienter. \*p≤0.2, \*\*p≤0.05. Df=1, x<sup>2</sup>= kji-kvadrat estimatoren, S.E= standardavvik  
Måletidspunkt: 0 og 3 måneder etter behandling.

### 4.10.2. Profesjoners sammenheng med alle sykemeldtes tilbakeføringsgrad

Tabell 16 viste at attføringskonsulent var eneste justerte profesjon som assosierte statistisk signifikant med tilbakeføring. Profesjonen kunne øke sykemeldtes sannsynlighet for tilbakeføring med cirka fem ganger sammenlignet med pasienter som ikke fikk et tilsvarende tilbud. Profesjonen hadde betydning for mellom 4,7-6 % . Det kunne bekreftes med 68,1-84 % sikkerhet. Konfidensintervallet er imidlertid bredt.

Tabell 16. Sammenheng mellom type profesjon og tilbakeføringsgrad

Logistisk regresjons modell							
Tilbakeføringsgrad for hele utvalget	N	B	S.E.	p1	Exp(B)	95% C.I. nedre grense	95% C.I. øvre grense
<b>Ujusterte variabler</b>							
<b>0måneder</b>							
Arbeidsinstruktør	75	1,379	0,821	0,093	3,971	0,795	19,842
Attføringskonsulent	97	1,595	0,610	0,009	4,929	1,492	16,279
Fysioterapeut	215	1,063	0,578	0,066	2,896	0,933	8,985
<b>3måneder</b>							
Attføringskonsulent	97	1,527	0,665	0,022	4,605	1,250	16,959
Fysioterapeut	215	1,245	0,771	0,106	3,474	0,767	15,735
<b>Justerte variabler</b>							
<b>0måneder</b>							
Multivariat logistisk regresjons modell							
Arbeidsinstruktør	72	1,102	0,886	0,213	3,011	0,530	17,093
<b>Attføringskonsulent</b>	<b>94</b>	<b>1,647</b>	<b>0,688</b>	<b>0,017*</b>	<b>5,193</b>	<b>1,349</b>	<b>19,987</b>
Fysioterapeut	211	0,971	0,597	0,104	2,641	0,820	8,512
<b>3måneder</b>							

<b>Attføringskonsulent</b>	<b>94</b>	<b>1,624</b>	<b>0,710</b>	<b>0,022*</b>	<b>5,075</b>	<b>1,262</b>	<b>20,404</b>
Fysioterapeut	211	1,216	0,785	0,121	3,373	0,725	15,695

Note: \* $p \leq 0,05$  etter kontroll av alder, kjønn og alder. Alder er inndelt i 3 aldersgrupper (21-39 år, 40-54 år, 55-68 år), kjønn (kvinner og menn) og utdanningsnivå (9år, 12 år, høyskole/universitet til og med 4 år, høyskole/universitet over 4år). N= antall pasienter, B=koeffesienten, S.E =standardavvik.

#### 4.11 Antall profesjoners sammenheng med alle sykemeldtes tilbakeføringsgrad

##### 4.11.1. Foranalyser av antall profesjoner til alle sykemeldte

I tabell 17 var det bestemte typer kombinasjoner som utmerket seg i tilbudet til sykemeldte. En, to, seks, "en og to" profesjoner og "tre til ni" profesjoner viste alle svak signifikant assosiasjon med tilbakeføringsgraden.

Tabell 17. Antall profesjoner og assosiasjon med tilbakeføringsgrad (kji-kvadrat test)

Antall profesjoner til sykemeldte i hele utvalget	n	Tilbakeføringsgrad 0 måneder			Tilbakeføringsgrad 3 måneder		
		x2	p	Phi	x2	p	phi
<b>En profesjon</b>	<b>24</b>	<b>2,91</b>	<b>0,045**</b>	<b>0,13</b>	0,394	0,392	0,054
<b>To profesjoner</b>	<b>36</b>	0,266	0,606	0,05	<b>2,732</b>	<b>0,098*</b>	<b>0,117</b>
Tre profesjoner	53	0,450	0,502	-0,056	1,055	0,304	-0,075
Fire profesjoner	58	0,934	0,334	-0,074	0,023	0,755	-0,020
Fem profesjoner	55	0,134	0,563	-0,037	0,225	0,636	-0,04
<b>Seks profesjoner</b>	<b>16</b>	<b>2,215</b>	<b>0,137*</b>	<b>0,117</b>	0,926	0,336	0,078
Syv profesjoner	4	0,023	0,879	-0,054	1,627	0,202	-0,115
Åtte profesjoner	3	0,000	1,000	-0,047	0,408	0,523	-0,079
Ni profesjoner	1	0,000	1,000	-0,027	0,000	1,000	0,044
<b>En og to</b>	<b>60</b>	<b>3,264</b>	<b>0,071*</b>	<b>0,127</b>	<b>3,800</b>	<b>0,051*</b>	<b>0,133</b>
<b>Tre-ni</b>	<b>190</b>	<b>3,264</b>	<b>0,071*</b>	<b>-0,127</b>	<b>3,800</b>	<b>0,051*</b>	<b>-0,133</b>

Note: N=antall pasienter. \* $p \leq 0,2$ , \*\* $p \leq 0,05$ . Df=1, x2= kji-kvadrat estimatoren, S.E= standardavvik Måletidspunkt: 0 og 3 måneder etter behandling.

##### 4.11.2. Antall profesjoners sammenheng med alle sykemeldtes tilbakeføringsgrad

Tabell 18 viser at tilbud fra "tre til ni" profesjoner så ut til å virke positivt på sykemeldtes tilbakeføring. Det motsatte var tilfelle etter tilbud fra både en, to, seks samt "en og to" profesjoner. Disse kombinasjonene kunne se ut til å reduserte sykemeldtes sjansse til å komme tilbake i arbeid med to til tre ganger. Etter at profesjonene ble kontrollert for alder, kjønn og utdanningsnivå, var ingen resultater statistisk signifikante.

Tabell 18. Sammenheng mellom antall profesjoner og tilbakeføringsgrad

Logistisk regresjons modell							
Antall profesjoner og alle sykemeldtes (N=250) tilbakeføringsgrad Ujusterte variabler	N	B	S.E.	p	Exp(B)	95% C.I. nedre grense	95% C.I. Øvre grense

<b>0 måneder</b>							
En	24	0,952	0,489	0,052	0,386	0,148	1,007
Seks	16	1,018	0,571	0,075	0,361	0,118	1,106
Under tre (en og to)	60	0,744	0,375	0,047	0,475	0,228	0,991
Over to (Tre til ni)	190	0,744	0,375	0,047	2,105	1,009	4,393
<b>3 måneder</b>							
To	36	0,804	0,445	0,071	0,447	0,187	1,070
Under tre (en og to)	60	0,724	0,348	0,037	0,485	0,245	0,959
Over to (tre til ni)	190	0,724	0,348	0,037	2,062	1,043	4,076
<b>Justerte variabler</b>	Multivariat logistisk regresjons modell						
<b>0 måneder</b>							
En	24	0,952	0,505	0,059	0,386	0,144	1,038
Seks	16	0,973	0,581	0,094	0,378	0,121	1,180
Under tre (en og to)	59	0,731	0,384	0,057	0,482	0,227	1,023
Over to (tre til ni)	186	0,731	0,384	0,057	2,077	0,978	4,409
<b>3 måneder</b>							
To	35	0,671	0,454	0,139	0,511	0,210	1,245
Under tre (en og to)	59	0,628	0,357	0,078	0,533	0,265	1,074
Over to (tre til ni)	186	0,628	0,357	0,078	1,874	0,931	3,773

Note: \* $p \leq 0,05$  etter kontroll av alder, kjønn og alder. Alder er inndelt i 3 aldersgrupper (21-39 år, 40-54 år, 55-68 år), kjønn (kvinner og menn) og utdanningsnivå (9år, 12 år, høyskole/universitet til og med 4 år, høyskole/universitet over 4år). N= antall pasienter, B=koeffesienten, S.E =standardavvik.

#### 4.12 Oppsummering av resultater

Hovedtyngden av sykemeldte i RT-tilbudet hadde muskel- og skjelettplager. Gruppen utgjorde 58,4% av hele utvalget. Psykiske lidelser var nest største diagnosegruppe med 16%. Resterende andeler hadde forskjellige diagnoser klassifisert som "andre lidelser". Gjennomsnittspasienten var mellom 40-51 år for begge kjønn.  $\frac{3}{4}$  var kvinner. Flertallet var enten gift eller samboer, født i Norge og hadde lavere sosioøkonomisk status (basert på individuell husstandsinnkomst og utdanningsnivå). Alle inkluderte pasienter var sykemeldt ved behandlingsstart. Etter avsluttet tilbud var en liten andel helt tilbakeført til arbeid (13,7 % av de med muskel- og skjelettplager og 15,2 % for alle sykemeldte). Tre måneder etter avsluttet behandling var 67,1-67,2 % tilbake i arbeid. Fulltidssykemeldinger var gjennomgående vanligste sykemeldings størrelsesorden.

For sykemeldte flest var oppfølgingstiden på 25 dager. Gjennomsnittspasienten fikk oppfølging i 1,2 måneder.

Både blant pasienter med muskel- og skjelettplager og sykemeldte for øvrig oppga behandlere ulike mestringstiltak i arbeid og hverdagsliv, motivasjon og ufarliggjøring av plager som sentrale intervensjoner i møtet med pasienten. Omtrent halvparten av pasientene mottok kognitiv terapi. Opptrening, fysioterapi og generell samtaletrening var vanligere intervensjon for alle sykemeldte i RT-ordningen enn for gruppen med

muskel- og skjelettplager. Det var generelt lav frekvens av kirurgisk og medisinsk behandling.

Profesjonene i RT-tilbudet var stort sett organisert som team. Enten som del av tverrfaglige team, eller som ledd i en integrert faglighet. Monofaglige og flerfaglige tilbud forekom sjeldent.

Gjennomsnittet ble tildelt fire profesjoner. Et lavere antall profesjoner var involvert i pasienter som ble tilbakeført, enn de som forble sykemeldte.

Det var et mangfold av profesjoner til sykemeldte i RT-tilbudene. Over 20 forskjellige profesjoner til pasienter med muskel- og skjelettplager og 30 til alle sykemeldte. Fysioterapeut og lege ble tildelt det store flertallet. De med muskel- og skjelettplager møtte lege, fysioterapeut, arbeidsinstruktør og attføringskonsulent hyppigere enn pasienter i tilbudet for øvrig. Psykolog, sykepleier og ernæringsterapeut var mindre vanlig blant gruppen med muskel- og skjelettplager enn for alle sykemeldte.

Det var stor variasjon i sammensetning av profesjoner til sykemeldte i tilbakeføringsprogrammene. Det var i alt 125 kombinasjoner til 250 pasienter. Gruppen med muskel- og skjelettplager ble tilbudt 63 forskjellige profesjonssammensetninger til 146 pasienter. Fysioterapeut og lege var mest vanlig i begge tilbud. Psykolog ble benyttet tre ganger så ofte til alle sykemeldte enn til muskel- og skjelett pasienter.

Fysioterapeut assosierte med tilbakeføring av muskel- og skjelett pasienters ved behandlingsslutt (95 % KI: 1,2-114,5,  $p=0,036$ ). Det ble påvist statistisk signifikant sammenheng mellom attføringskonsulent og alle sykemeldtes tilbakeføring til arbeid (95 % KI: 1,35-19,99,  $P=0,017$ ) ved behandlingsslutt og (95 % KI: 1,26-20,40,  $p=0,022$ ) tre måneder senere. Resultater var justert for alder, kjønn og høyeste utdanningsnivå.

Av antall profesjoner tildelt pasienter i RT-tilbudet, var det det kun tilbud med "over to profesjoner" ("tre til åtte" og "tre til ni" ) som økte sannsynligheten for tilbakeføring. Etter justering av alder, kjønn og utdanningsnivå, var monofaglige tilbud statistisk signifikant med muskel- og skjelettgruppens tilbakeføring (95 % KI: 0,04-0,76,  $p=0,019$ ) . Tilbud fra "en profesjon" reduserte sannsynligheten for tilbakeføring med fem til seks ganger.



## 5 Diskusjon

### 5.1 Diskusjon av resultater

Formålet med studien var å se på hvor mange og hvilke typer profesjoner sykemeldte i RT-tilbudet mottok, og i tillegg om profesjonssammensetningen påvirket den sykemeldtes tilbakeføring til arbeid. Pasienter med muskel- og skjelettplager var målgruppen i studien. Tilbudet til denne gruppen vil derfor være sentral i diskusjonen. Samtidig er det av interesse å se profesjonstilbudet i forhold til det tilbudet alle sykemeldte tildeles, slik at det kan synliggjøres eventuelle forhold som er spesifikt for sykemeldte med muskel- og skjelettplager. Mange fellestrekk ble observert mellom tilbudene og enkelte forskjeller. Resultater fra analysen vil diskuteres med bakgrunn i studiens problemstilling. Studiets resultater vil sees i lys av tidligere forskning på området. Fordeler og ulemper ved valgt metode belyses. Avslutningsvis følger konklusjon med forslag til videre forskning på området.

#### 5.1.1. Profesjoner tildelt sykemeldte

Resultater viser at pasienter i RT-ordningen med muskel- og skjelettplager mottar intervensjon fra over 20 forskjellige profesjoner. Blant alle sykemeldte observerte man et enda større mangfold av profesjoner. Totalt mottok pasientpopulasjonen i studien hele 30 ulike profesjonstyper. Dette samsvarte med tidligere gjennomgang av RT-tilbudenes kompetanse. Et uventet høyt antall av profesjoner i tilbudet til pasientene ble påvist. (Aas, Solberg, & Strupstad, 2011). Profesjonelt rehabiliteringsarbeid kjennetegnes av et mangfoldig profesjonstilbud (Solvang & Slettebø, 2012a). Dette var også typisk for RT-tilbudet til studiens muskel- og skjelettgruppe. Funn samsvarte med det generelle RT-tilbudet til sykemeldte.

Attføringskonsulent og sykepleier ble tildelt hver tredje sykemeldte med muskel- og skjelettplager. De vellykkede arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammene inspirert av den Canadiske Sherbrookmodellen, benyttet profesjoner med arbeidsrettet kompetanse (Patrick Loisel, et al., 2005; Steenstra, et al., 2006). Å fremme sykemeldtes arbeidsdeltakelse bør foregå på eller i tett samarbeid med arbeidsplassen (Patrick Loisel, et al., 2005; St.meld.nr.9, 2006-2007; Steenstra, et al., 2006). Intervensjoner rettet mot arbeidsplassen har vist seg å være effektivt for tilbakeføring av pasienter med muskel- og skjelettplager, spesielt ved ryggglidelser (Hlobil, et al., 2005; Karjalainen, et al., 2003a; Karjalainen, et al., 2001; Krause, et al., 1998; Patrick Loisel, et al., 2005).

Attføringskonsulenter kan bistå den sykemeldte med nødvendige og hensiktsmessige tiltak hvor målet er arbeid gjennom arbeidsrelaterte tiltak (Haugli, et al., 2010). Tilrettelegging på arbeidsplass kan tenkes å være av betydning for pasientens tilbakeføring. Sykepleiere var nokså vanlig i RT-tilbudet. Profesjonen var mer benyttet generelt til alle sykemeldte enn spesifikt til de med muskel- og skjelettplager. Denne profesjonen er i følge Durand et als kunnskapsoppsummering, av de profesjonene som benyttes hyppig i arbeidsrettede rehabiliteringsprogram (M.J. Durand, et al., 2007). RT-programmenes profesjoner kan se ut til å samsvare med internasjonale tilbakeføringsprogrammer.

Psykolog var sjeldent pasienter med muskel- og skjelettplager.

Tidligere forskning viste signifikante resultater for pasienters tilbakeføring etter behandling av psykolog, eller etter at psykolog hadde coachet behandlende personell (I. Jensen, et al., 1995). Pasienter oppga psykologiske tiltak som de viktigste bidragene i deres tilbakeføringstilbud (Meijer, et al., 2008). Kognitiv terapi eller atferdsterapi assosierte med raskere tilbakeføring for pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager, spesielt i kombinasjon med aktivitet og øvelser (Hoffman, et al., 2007). En studie fra 2011 viser imidlertid at ergonomi, aktivitet og tilrettelegging er viktigere enn psykologisk intervensjon (Major, et al., 2011). Flertallet av studier viste at psykologer bidrar positivt i tilbakeføringsarbeidet (Hoffman, et al., 2007; Meijer, et al., 2008). Det er sannsynlig at profesjonen vil ha en gunstig effekt på tilbakeføringsgraden, og burde kanskje vurderes inkludert i et større antall RT- tilbud. En stor andel av pasientene med uspesifikke muskel- og skjelettplager antas å ha plager som ikke utelukkende skyldes somatiske forhold, men også har psykiske og sosiale faktorer som holder dem utenfor arbeid (Waddell, 1987). Følelsesmessige problemer opptrer ofte etter fysisk skade eller plager. Psykologer påstås å være nødvendig for å håndtere slike reaksjoner (Disler & Pallant, 2001). Pasienter utelater imidlertid ofte å fortelle om psykiske symptomer i møtet med helsearbeidere (Richardson & Engel, 2004). I Meijer et al. sitt studie valgte enkelte pasienter å avstå fra tilbud om psykolog (Meijer, et al., 2008). Det kan oppleves stigmatiserende for pasienter å gå i konsultasjon til psykolog. Alternativt kan pasienter mangle innsikt og forståelse av egen helsetilstand, og dermed ikke se hensikten med en slik behandling. Bedre opplysninger til pasienter om psykologenes arbeidsmetoder, og en ufarliggjøring av den mentale veiledningsdelen de kan bidra med, kunne gitt en bedre aksept for profesjonen i pasientpopulasjonen. Det kan tenkes at dette kunne bidratt til å få flere pasienter raskere tilbake i arbeid.

Det er vanskelig å vite hva som har hatt størst innflytelse på valg av profesjonssammensetning. Lokalt kan tilgang på tilgjengelige ressurser være med å bestemme sammensetningen (Disler & Plant) Økonomiske bevilgninger vil også legge føringer for hvilke profesjoner og organisering som kan benyttes (ibid). Ideelt sett vil det være en totalvurdering av individets behov som styrer prioriteringene, og valg av tiltak (St.meld.nr.9, 2006-2007). Pasienter med muskel- og skjelettplager og alle sykemeldte har fysioterapeut og lege i sine tilbud. Profesjoner bidrar av ulik frekvens. Muskel- og skjelettpasienter møtte lege, fysioterapeut, arbeidsinstruktør og attføringskonsulent hyppigere enn alle sykemeldte, mens psykolog, sykepleier og ernæringsterapeut var sjeldnere involvert. Siden profesjonsfordelingen ikke var identisk med alle sykemeldtes tilbud, kan pasientgruppene tenkes å ha ulike utfordringer som de ønsker hjelp til å løse.

### **5.1.2. Profesjonssammensetninger til sykemeldte**

RT-tilbudene bestod av et mangfold av profesjonssammensetninger. Gjennomsnittlig var det bare to pasienter som ble tildelt samme type tilbud av 250 sykemeldte og 146 med muskel- og skjelettplager. Kunnskapsoppsummeringer finner også forskjellige sammensetninger av behandlere til pasienter med muskel- og skjelettplager (M.J. Durand, et al., 2007; Karjalainen, et al., 2003a). Ulike profesjoner er ikke bare vanlig for tilbud i Norge, men også for Nederland, USA, Canada og Australia (Patrick Loisel, et al., 2005). Når tilbudene er ulikt satt sammen, kan det være vanskeligere å sammenligne disse mot hverandre. Kanskje er det årsak til at det eksisterer lite forskning som sammenligner tilbakeføringsprogrammernes profesjonssammensetning? Ulik sammensetning kan skyldes både at sykemeldte har svært ulike behov og problemstillinger, og at programmene i stor grad er individuelt tilpasset. Tilfeldigheter kan også råde. Selv om sammensetningen var svært forskjellig, var innhold i tilbudene nokså likt mellom sykemeldte med muskel- og skjelettplager og øvrige sykemeldte. Fysioterapeut og lege var mest vanlig (over 84 %) for begge tilbud. De tre vanligste tilbudene var identiske for alle sykemeldte som deltok i RT-programmet. Psykolog ble derimot benyttet tre ganger så ofte til alle sykemeldte generelt enn spesifikt til studiens målgruppe. Sykemeldte bestod av psykiske lidelser og "andre lidelser" i tillegg til muskel- og skjelett. Det kan tenkes at psykiske lidelser ble tildelt største antall psykologer.

### 5.1.3. Sammenhengen mellom type profesjon og tilbakeføring

Fysioterapeut viste statistisk signifikant assosiasjon (95 % KI: 1,2-114,5,  $p=0,036$ ) med tilbakeføring av pasienter med muskel- og skjelettplager med odds ratio (OR) på 11,6. Det kan tolkes som at fysioterapeuter i tilbudet kan bidra til mellom 11 og 12 ganger raskere tilbakeføring enn uten denne profesjonen i tilbudet. Resultatet er påvist umiddelbart etter behandling, men ikke tre måneder senere. Årsaken til dette kan være at sykemeldte pasienter følges opp når de er sykemeldte. Så snart pasientene er tilbakeført blir de kanskje "overlatt" til seg selv, mens de hadde kanskje hatt behov for videre oppfølging i en overgangsperiode. En annen forklaring kan være at tilbakeføringen ikke foregår gradvis. Resultater indikerer at få pasienter er deltidsarbeidende. Gradert sykemelding er et effektivt tiltak for tilbakeføring av målgruppen (Patrick Loisel, et al., 2005), som bør om kanskje anvendes i større grad enn det som er tilfelle. Et bredt konfidensintervall betyr stor varians i svar og gir mindre sikre svar (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Ulike resultater ved behandlingsslutt og tre måneder etter avsluttet behandling, kan også skyldes stor variasjon i svar. Dette kan være et resultat av et lite pasientutvalg. Fysioterapeuter vil basert på fornuft og signifikant resultat likevel tenkes ha en viktig rolle for muskel- og skjelettpasienters tilbakeføring. Da denne profesjonen er involvert i cirka 90 % av pasientgruppens tilbud, vil profesjonen trolig være nødvendig. Tidligere forskning viste at ulike intervensjoner utført av fysioterapeuter var effektive for tilbakeføring av sykemeldte med muskel- og skjelettplager. Både fysisk aktivitet øvelsesbehandling og ergonomiske tilrettelegginger og andre yrkesrettede tiltak (Bültmann, et al., 2009; Hoffman, et al., 2007; Major, et al., 2011; Savigny, et al., 2009). Det ble ikke påvist noen sammenheng mellom fysioterapeut og alle sykemeldte under ett. Det kan indikerer at fysioterapeuter ikke bidrar positivt for tilbakeføring av sykemeldte med "andre lidelser" og "psykiske lidelser".

Kun enkelte profesjoner eller antall profesjoner viste statistisk signifikant assosiasjon med sykemeldtes tilbakeføringsgrad. Det kan bety at andre profesjonene ikke bidro positivt for tilbakeføringen. Samtidig må det tas hensyn til at større utvalg kunne gitt lavere p-verdi (Johannessen, et al., 2010). Studiets populasjon var planlagt til 1040 (pasient og behandlerkjema). Grunnet forsinkelser i den nasjonale studien, ble det endelige utvalget på 455 pasienter. 250 tilfredsstilte studiets inklusjonskriterier.

Respons på 55 % var veldig lavt. 25 % av disse ble ekskluderes da skjema ikke var tilstrekkelig utfylt. Mulighet for innhenting av nødvendige opplysninger fra begge skjema kunne potensielt redusert frafalt. Tidspunkt for behandlingsstart og behandlingsslutt var inklusjonskriterier i denne studien og kunne vært etterspurt i behandlerskjema. På en annen side var pasientskjemaet allerede på 14 sider og inneholdt 71 spørsmål. Spørreskjema anbefales ikke å overstige 12 sider med til sammen 100 spørsmål (Haraldsen, 1999; Kvale & Binkmann, 2010 ). Flere spørsmål ville bidratt til et mer omfattende skjema. Tidskrevende spørreskjema kan medføre at respondenter svarer mindre nøyaktig og at de ikke svarer i det hele tatt. Motiverte respondenter vil likevel kunne svare (ibid). Det vil kunne bidra til utvalgsskjevhet. Det kan ødelegger sammenligningsgrunnlaget (Bjørndal & Hofoss, 2010).

At flertallet av profesjoner ikke viste sammenheng med tilbakeføringsgraden, kan skyldes at type profesjon er av mindre betydning. Innen profesjonsforskning har det gjennomgående blitt vist at relasjonen mellom profesjoner og pasient er viktig for behandlingsresultatet (Lambert & Barley, 2002; Miller, et al., 1997). Bellners forskningsresultater fra 1999 fremhever terapeut-pasient-relasjon som innbyr til samarbeid (Bellner, 1999). Hvordan og hvilken informasjon som blir kommunisert ovenfor pasienten er essensielt. Kommunikasjonen må være klar og tydelig. Løsningsforslag for rehabiliteringen bør være basert på pasientens egne erfaringer og ønsker, slik at pasienten tar ansvar for egen rehabiliteringsprosess. Disse punktene er signifikant viktigere enn hva pasienten gjør med hensyn til diagnose, prognose og type terapi (ibid). Bellner studerer først og fremst ergoterapeuter og fysioterapeuters profesjonelle praksis ("professionalisering") og deres relasjon til pasienter. Andre forskere argumenterer også for relasjonens betydning. Den er viktigere enn profesjonens tekniske ferdigheter (Gilbert & Leahy, 2007; Rogers, 1957). Det kan tolkes dithen at relasjonen er mer avgjørende for resultatet enn selve type profesjon. Det kan også bety at profesjonen og hans/hennes relasjon til pasienten er viktig. Da forskningen har et rehabiliteringsperspektiv uten å inkludere arbeidsstatus, vil den ikke kunne være direkte overførbar til denne studien.

#### **5.1.4. Sammenhengen mellom antall profesjoner og den sykemeldtes tilbakeføringsgrad**

Når det tas hensyn til statistisk signifikans, er det bare monofaglige tilbud som assosierte med muskel- og skjelettpasienters tilbakeføring (95 % KI: 0,04-0,76,  $p=0,019$ ). OR var 0,18. Funn indikerte at "en profesjon" i tilbudet virket negativt på tilbakeføringen. Denne profesjonen reduserer sannsynlighet for tilbakeføring med over fem ganger.

Resultater antyder videre at "tre til åtte" profesjoner virket positivt på pasienters tilbakeføring. Siste funnet var kun signifikant før justering av andre viktige variabler, og får dermed ikke gjennomslagskraft. Likevel kan det antydes en trend. Det kan virke som flere profesjoner er bedre enn "en profesjon". Ut fra vekting av tverrfaglighet og flerfaglighet i dagens helsevesen samt helhetlig tilnærming (Reeves, et al., 2011), ville det vært naturlig at flere profesjoner ga bedre resultater enn få .

Antagelsen støttes av flere forskere på området. Behandling fra flere profesjoner er mer effektive for tilbakeføring av pasienter muskel- og skjelettplager enn intervensjoner med en terapeut (Patrick Loisel, et al., 1997; Taimela, et al., 2000). Andre studier motbeviser påstanden (Ekberg, et al., 1994; Hüppe, et al., 2006; C. Jensen, et al., 2011; Westman, et al., 2010). Motstridende resultater, kan tyde på at det trengs ytterligere forskning på området.

Sykemeldte med muskel- og skjelettplager som tilbakeførtes raskest, møtte tre profesjoner i snitt, mens fulltidssykemeldte møtte fem. Det kan tolkes dithen at tre profesjoner er mer gunstig for tilbakeføringen enn fem profesjoner . Det kan hende at tilbakeførte hadde enklere lidelser og derfor ble tildelt få profesjoner, og svaret kunne da skyldes utvalgsskeivhet. Lettere og mer lokale lidelser har bedre rehabiliteringspotensiale, og pasienten kommer ofte raskere tilbake i arbeid enn ved sammensatte problemstillinger (Crowther , et al., 2001). Disse vil ha behov for mindre omfattende rehabilitering (ibid). Et faremoment ved mange profesjoner kan være overbehandling og sykeliggjøring av pasienten. Det kan gjøre at pasienten ikke tar ansvar for egen rehabiliteringsprosess (Bellner, 1999) og dermed ikke tilbakeføres.

Funn om antall profesjoners sammenheng med tilbakeføring virker til dels motstridende. Tre profesjoner kan se ut til å virker positivt for tilbakeføringen av

pasienter med muskel- og skjelettplager, men det ble ikke funnet statistisk signifikante verdier for "tre profesjoner" og tilbakeføring. "Fem profesjoner" virer mindre gunstig for tilbakeføringsgraden, mens "tre til åtte" er eneste kombinasjon som påvirker arbeidsstatus positivt. Varierte svar kan være et resultat av at det ikke er noen sammenheng mellom antall profesjoner og sykemeldtes tilbakeføring. Ingen sammenheng ble påvist etter justering for kontrollvariabler for pasienter med muskel- og skjelettplager. Heller ikke for øvrige sykemeldte. Lite utvalg kan være en annen mulighet. Skal det tas hensyn til trendene, virker tre profesjoner positivt. For få (monofaglighet) eller mange (fem profesjoner) er mindre gunstig enn tre.

Ved sammenligning av profesjoners betydning for tilbakeføringen burde det kanskje ideelt sett fremgått alvorlighetsgrad, varighet av plager og hvorvidt sykdommens/skaden var enklere eller mer sammensatt. Det var vanskelig å trekke sikre konklusjoner utfra tilgjengelige data på dette området. I følge Constandriopoulos et.al (2000) er konkrete opplysninger om hvilket sykdomsstadium pasienten befinner seg i viktig for statistiske analyser innen tilbakeføringsforskning (Constandriopoulos, Champagne, Denis, & Avargues, 2000). Det bør derfor angis om pasienten er i et akutt, subakutt eller kronisk stadium. Siden dette ikke er utført i dette studiet, kan det ikke utelukkes at det kan være utvalgsskjevhet. Det er stor forskjell på å lykkes med tilbakeføring av en lettere akutt skulderplage enn en kronisk inflammatorisk sykdom som Revmatoid artritt (RA) med mer uttalte plager(leddgikt)(Schumacher & Gall, 1988). Pasienter med lettere skulderlidelse vil kanskje kunne tilheles spontant eller ved enklere medisinsk tilnærming. Å ha fokus på skulderplagen er tilstrekkelig. Arbeidsdeltakelse vil være sannsynlig for pasienten. Dersom pasienten derimot har en permanent lidelse kan ikke vedkommende forvente å bli symptomfri, selv etter omfattende behandling. Pasienten må mestre å leve med kronisk sykdom og de eventuelle begrensninger det måtte medføre(Gjengedal & Hanestad, 2007) . Sammensatte plager vil kreve en mer kompleks og biopsykososial tilnærming. God behandling fra involverte profesjoner vil ikke være ensbetydende med tilbakeføring til arbeid. Pasienter med utbredte plager har dårligere prognose når det gjelder arbeidsdeltakelse enn de med lettere og lokaliserte problemer (Crowther , et al., 2001). Likevel er ikke tilbakeføring noen umulighet ved kroniske lidelser. Henviste kandidater til RT- ordningen er vurdert til å ha rehabiliteringspotensiale. Det betyr at både lettere lidelser og kroniske plager ansees å kunne tilbakeføres. Mange kan fungere godt med sykdommer og skader dersom det tilrettelegges for pasientens muligheter framfor

begrensninger (NOU, 1997: 20). Her kan ulike profesjoner kanskje bidra?

Mangelfulle resultater fra majoriteten av profesjoner i studien kan skyldes at tilbakeføringen burde blitt målt annerledes. I studien ble tilbakeføringen dikotomisert. Pasienter som var fullt tilbake i arbeid var av hovedinteresse. Det kan ha ført til at en mistet nyttig informasjon om pasienter som var delvis tilbake i arbeid. Gradert sykemelding er et viktig og effektivt virkemiddel i tilbakeføringsarbeidet (Patrick Loisel, et al., 2005). Funn indikerte for øvrig at pasienter hovedsakelig var fulltidssykemeldt eller fullt tilbake i arbeid.

## **5.2 Reliabilitet og validitet**

Studien er en longitudinell kohorte studie. Sykefraværsopplysninger er registrert over flere måletidspunkt. Det er en styrke for oppgaven. I studiet er det blitt benyttet velkjente metoder for validitets og reliabilitetstesting som vil fremme kvalitet på oppgaven. Likevel er det fare for at feil kan innvirke på resultat og tolkning av funn

### **5.2.1 Reliabilitet**

Det er viktig at forskningen er reliabel. Det vil si pålitelig. Begrepet knyttes til hvor nøyaktig studiet kan sies å være (Johannessen, et al., 2010; Kvale & Binkmann, 2010 ). Reliabiliteten kan sikres ved å gi leseren innsyn i materiell, prosedyrer og fremgangsmåter benyttet i studien. Er forskningen utført på en tilfredsstillende måte kan den sies å være troverdig (Thagaard, 2010). En nøyaktig beskrivelse av fasene, vil legge forhold til rette for en gjentakelse. Metodekapittelet omhandler alle faser i forskningsprosessen. For å sikre dataenes reliabilitet, ble all punching av data utført nøye og deretter kontrollert av medstudent og veileder. Statistiske analyser ble utført flere ganger.

Et gjennomgående problem er at forskningen er for upresis (Bültmann, et al., 2009; Patrick Loisel, et al., 2005; Selander, et al., 2002). Selv om det ble forsøk på å være nøyaktig i dette studiet, var det utfordringer som vanskeliggjorde dette. Pasienter ble inndelt i hoved diagnosegrupper. Inndeling i mindre grupper, ville vært ugunstig for regresjonsanalyser. Det ble derfor verken differensiert mellom lokaliserte eller uspesifikke plager. 6 % av muskel- og skjelettgruppen endret sin primærdiagnose til andre hoveddiagnosegrupper i løpet av måleperioden. Det kan skyldes tilfeldig inndeling i diagnoser. Nyere forskning problematiserer det å inndeles i diagnosegrupper (S. Mæland, et al., 2012). Samme pasient fikk tildelt 31 ulike primærdiagnoser av ulike



leger. Ingen av disse var feil. Det var tilfeldig om pasientene hadde muskel- og skjelettdiagnose eller psykiske lidelser som sin primærdiagnose (ibid).

Diagnoseinndeling er komplisert fordi pasienten kan ha en eller flere tilleggsdiagnoser, det vil si komorbiditet (Hestbaek, Lboeuf-Yde, & Kyvik, 2006). Komorbiditet er en kjent problemstilling ved mange uspesifikke muskel- og skjelettlidelser (ibid). Pasienten kan for eksempel ha hjertesykdom i tillegg til muskel- og skjelettplager. Det vil kunne gi mindre spesifikke resultater for tilbakeføring av gruppen med muskel- og skjelettplager. I denne studien er det tatt utgangspunkt i legemeldt diagnose fra NAV. Ulempen var at det kun var primærdiagnosen som var registrert. Fordelen var mest mulige objektive data, som gir mer nøyaktige data.

Ideelt sett kunne det vært utformet et eget spørreskjema. Mer spesifikke opplysninger om profesjonenes sammensetning, hvilken type behandling som ble utført og hvor lenge pasientene mottok behandlingen ville bidratt til å gi mer pålitelige data. Et spørreskjema som angitt ville blitt kortere og dermed mindre tidkrevende å fylle ut. Det kan tenkes at dette ville bidratt til å redusere frafall. Sykefraværstatistikken sier ingenting om fraværets lengde før implementering i studiet. Forskning viser at sannsynligheten for å returnere til arbeid reduseres betydelig jo lenger den sykemeldte er fraværende (Adams, et al., 2007; Waddel & Sawney, 2002). Hvor lenge pasienten har vært sykemeldt før studiestart påvirker tilbakeføringshastigheten. Kjennskap til lengden av sykefraværet ville vært nyttig kunnskap for tolkning av resultatene.

Intersubjektivitet er et annet mål på studiets reliabilitet. Enighet i svar mellom to subjekter måles. Er svar samstemte er intersubjektiviteten høy. Det indikerer at svar ikke er vilkårlige (Kvale & Binkmann, 2010). Det ble derfor foretatt sammenligning av resultater fra behandlerkjema og tilhørende pasientskjema om tilbud fra profesjoner (se vedlegg 1, tabell 29). Pasienter og behandler svarte noe ulikt. Sykemeldte pasienter fra hele utvalget oppga at de hadde mottatt 5,7% flere profesjoner enn behandlere mente var tilfelle. Pasienter med muskel- og skjelettplager hadde registrert 6 % færre profesjoner enn antallet oppgitt i behandlerkjema. Resultatene var ikke nøyaktige og det betyr at interreliabiliteten var lav (Kvale & Binkmann, 2010). Selv om svarene ikke var identiske, trenger ikke det å få store konsekvenser for denne studien. Kun pasientdata dannet utgangspunkt for kartlegging av profesjoner i tilbudet. Det kan tenkes at denne dataen er mindre sensitiv enn opplysninger fra behandlere. Samtidig vil hver enkelt pasient lettere kunne huske hvilke profesjoner han/hun har møtt, enn

behandler som skal ha oversikt over alle profesjoner som har bidratt til gjeldende pasient. Behandler fyller kanskje ut skjema i etterkant av pasientbehandlingen? Det kan utfordre hukommelsen. Det kan være vanskelig å ha full kontroll over alle (opptil 9) ulike profesjonsgrupper som har ytt tilbud til en og samme pasient. Profesjonene er sannsynligvis ikke registrert i et felles journalsystem. Dersom opplysningene ikke er dokumenterbare, vil dataene heller ikke kunne sies å være reliable. Pasienten kan derfor tenkes å ha bedre oversikt. Pasienten har heller ingen fordel av å "fuske" med denne type informasjon, og ansees dermed som en pålitelig kilde.

### **5.2.2.Validitet**

Validitet omhandler gyldigheten av data (Thagaard, 2010). Kerlingers definisjon av gyldighet fra 1979 benyttes; *"Validitet bestemmes ofte ved at man stiller spørsmålet: Måler du det du tror du måler?" (Kvale & Binkmann, 2010)*. Man kan skille mellom intern og ekstern validitet. Den interne validiteten dreier seg om hvorvidt fremgangsmåte og studiets resultater kan sies å representere virkeligheten som er studert på en riktig måte; hvorvidt data er troverdige. (Johannessen, et al., 2010). Validering gjennom kontroll mot andre fagfolk er et viktig tiltak for å teste den interne gyldigheten (Jacobsen, 2010). Gjennom forskningsprosessen har det vært minst to forskere som har samarbeidet og kontrollert for hverandre. Andres kritiske blikk styrker oppgavens gyldighet (Thagaard, 2010). En grundig gjennomgang av studiens ulike faser utført av veileder og medstudenter, er en kvalitetssikring før endelig produkt er klart. I tillegg til egne "kritiske briller" bidrar dette til et mer troverdig sluttapakke.

Ekstern validitet benyttes når funn i studiet er gyldige i andre situasjoner og sammenhenger (Jacobsen, 2010). Er dette tilfelle, er resultatene overførbare og dermed generaliserbare (Thagaard, 2010). Når overføringsverdi skal vurderes er det en forutsetning at funnene er pålitelige. Er de gyldige i alle situasjoner og til alle personer, er resultatene universaliserbare (Kvale & Binkmann, 2010). Ved kvantitative undersøkelser kan det gjøres statistiske generaliserbarheter fra et utvalg til en populasjon (Johannessen, et al., 2010). Forskning har som hensikt å speile virkeligheten. Som regel vil det være knyttet usikkerhet til konklusjoner og tolkninger av funn. En årsak kan være tilfeldige feil som innebærer reduksjon i oppgavens presisjonsnivå og økt variasjon i estimatene (Laake, Hjartåker, Thelle, & Veierød, 2007). Tilfeldigheter kan bidra til at det er mindre forskjell i utvalget enn det som er tilfelle for populasjonen. Det kan gjøre at en trekker feil konklusjon (Johannessen, et al., 2010). Type 2-feil oppstår

når en gal nullhypotese beholdes. Type 1-feil når en sann nullhypotese forkastes. Begge feil kan unngås ved å øke utvalgsstørrelsen (Polit & Beck, 2012). På den måten kan en få større styrke for studiens analysemodeller (multivariat logistisk regresjons modeller)(ibid).

Pasienter med muskel- og skjelettplager utgjorde 58,4 % av alle sykemeldte. Disse utvalgene ble sammenlignet. Å sammenligne resultater ble utført for å øke innsikt innenfor området som ble utforsket. Samtidig kunne sammenligninger av utvalgene medføre feiltolkninger da flertallet bestod av samme pasientgruppe. Ved å være oppmerksom på dette, reduseres faren for feil. Slik at det ble målt det som var hensikt å måle. Det kunne vært interessant å sammenligne pasienter med muskel- og skjelettplager mot psykiske lidelser og eller andre lidelser. Da disse utvalgene var for små, var det ikke aktuelt. Til logistisk regresjonsmodell vil for få personer i utvalget vanskeliggjøre analysene, samt vanskeliggjøre å påvise sammenhenger. Dette er tilfelle spesielt ved inndelinger i variabler med få personer i hver gruppering og når flere variabler skal inkluderes i modellen (Pallant, 2010; Polit & Beck, 2012). Nøyaktig hvor mange personer utvalget burde bestå av for å kunne gjennomføre analyse for påfølgende generalisering, strides de lærde om (Polit & Beck, 2012).

## 6 Konklusjon

Hovedintensjonen med studien var å frembringe ny kunnskap om RT-tilbudenes sammensetning av profesjoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager. Fokus var rettet mot å identifisere hvilke typer og antall profesjoner som hadde sammenheng med pasientenes tilbakeføring. Over 20 profesjoner var involvert i pasientbehandlingen. Fysioterapeut var eneste profesjon som hadde statistisk signifikant assosiasjon med muskel- og skjelettspasienters tilbakeføring (95 % KI: 1,2-114,5,  $p=0,036$ ). Variabelen økte sannsynlighet for tilbakeføring med 11-12 ganger, sammenlignet med andre sykemeldte som ikke møtte fysioterapeut i sitt tilbud. Null hypotesen: det er ingen sammenheng mellom type profesjon den sykemeldte mottar og pasientens tilbakeføringsgrad til arbeidslivet, forkastes derfor. Monofaglighet hadde negativ sammenheng med tilbakeføringen med odds ratio lik 0,18 (95 % KI: 0,04-0,76,  $p=0,019$ ). Sykemeldte med muskel- og skjelettplager reduserte sannsynlighet for tilbakeføring

med over fem ganger etter tilbud fra én profesjon sammenlignet med de som ikke mottok et tilsvarende tilbud. Nullhypotese: det er ingen sammenheng mellom antall profesjoner som tilbys den sykemeldte og tilbakeføringsgraden, beholdes derfor ikke. Flere sammensetninger av profesjoner ble testet, men disse viste ingen statistisk signifikante sammenheng med tilbakeføring til arbeid for sykemeldte med muskel- og skjelettplager. Varians i svar og et mindre utvalg, peker i retning av et mer usikkert resultat. Et større utvalg kunne kanskje ha bidratt til nye funn?

Å øke tilbakeføring til arbeid er en samfunnsmessig utfordring og hovedmålsetning for RT-programmene. Det er enda en vei å gå for å utvikle det profesjonelle arbeidet til sykemeldte. En klar oppfordring til videre forskning er at alvorlighetsgrad og lengde på sykefravær bør inkluderes, og større utvalg bør benyttes. Forskning innen profesjoners sammensetning for tilbakeføring er et høyst aktuelt tema, hvor det eksisterer sparsomt med vitenskapelige studier. Videre forskning kan sikre pasienter et bedre tilbud og en sunn og trygg tilbakeføring til arbeidslivet.

## 7 Referanser

- Adams, H., Ellis, T., Stanish, W. D., & Sullivan, M. J. L. (2007). Psychosocial factors related to return to work following rehabilitation of whiplash injuries. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(2), 12.
- Almås, S. H. (2009). Tverrprofesjonell kapabilitet, sosialisering og helse- og sosialfaglig identitet. In E. Willumsen (Ed.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anema, J. R., Steenstra, I. A., Bongers, P. M., de Vet, H. C. W., Knol, D. L., Loisel, P., & van Mechelen, W. (2007). Multidisciplinary Rehabilitation for Subacute Low Back Pain: Graded Activity or Workplace Intervention or Both?: A Randomized Controlled Trial. *Spine*, 32 (3),7.
- Anema, J. R., Steenstra, I. A., Urlings, I. J. M., Bongers, P. M., de Vroome, E. M. M., & van Mechelen, W. (2003). Participatory ergonomics as a return-to-work intervention: A future challenge? *American Journal of Industrial Medicine*, 44(3), 8.
- Arbeidsdepartementet. (2009). *Raskere tilbake*. Retrieved from [http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitik/inkluderende\\_arbeidsliv/raskere-tilbake.html?id=575813](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitik/inkluderende_arbeidsliv/raskere-tilbake.html?id=575813).
- Arbeidsdepartementets pressemelding. (2010). *Pressemelding, 03.06.2010 Nr.: 38 "Raskere tilbake" ikke bra nok*. Oslo: Arbeidsdepartementet. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/pressemeldinger/2010/raskere-tilbake-ikke-bra-nok.html?id=607109>.
- Barbosa Da Silva, A., Hugaas, J. V., Ljungquist, M., & Anne, N. (2006). Pleiekulturens betydning for en god profesjonell omsorg. In A. Barbosa Da Silva (Ed.), *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bautz-Holter, E., Sveen, U., Sjøberg, H., & Røe, C. (2007). utfordringer og trender i rehabilitering. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 127(3), 2.
- Beissner, K. L., Saunders, R. L., & McManis, H. G. (1996). Factors related to successful hardening outcomes. *Physical Therapy*, 76(11), 13.
- Bellner, A.-L. (1999). Senses of Responsibility. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 13, 7.
- Bendelow, G. (2009). *Health, Emotion and the Body*. Malden, USA: Polity Press.
- Bilsker, D., Wiseman, S., & Gilbert, M. (2006). Managing depression-related occupational disability: a pragmatic approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 7.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2010). *Statistikk for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 31.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, 41(10), 5.
- Brage, S., Ihlebæk, C., Natvig, B., & Bruusgaard, D. (2010). Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser. *Tidsskrift for Norsk Lægeförening*, 23(130), 1.
- Bratland, R. C. (2005). *Kommunehelsetjenesten organisering og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brataas, H. V. (2003). Kvalitet i samspill. In H. V. Brataas & T. Steen-Olsen (Eds.), *Kvalitet i samspill* (pp. 129-135). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Brezinka, H. V. (2001). *Helse i hvert møte? Kreftpasienters oppfatninger og sykepleieres kulturelt forankra meninger om kommunikasjon og helse*. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

- Bültmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T., & J., K. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(1), 12.
- Børing, P. (2002). Norsk og internasjonal forskning om yrkesrettet attføring. Oslo: Institutt for samfunnsforskning (ISF).
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Constandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Avargues, M. C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes (Evaluation in health sector: concepts and methods. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 48(6), 7.
- Courtney, T., Burdorf, A., Sorock, G., & RF., H. (1997). Methodological challenges to the study of occupational injury—an international epidemiology workshop. . *American Journal Ind Medicine*, 32(2), 2.
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., & Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, CD003080.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 12.
- Dagfinrud, H., Kjekken, I., Mowinckel, P., Hage, K. B., & Kvien, T. K. (2005). Impact of functional impairment in ankylosing spondylitis: impairment, activity limitation, and participation restrictions. *Journal of Rheumatology*, 32(3), 7.
- Disler, P. B., & Pallant, J. F. (2001). Vocational rehabilitation. Everybody gains if injured workers are helped back into work. *British Medical Journal*, 323(7305), 2.
- Durand, M. J., & Loisel, P. (2001). Therapeutic return to work: rehabilitation in the workplace. *Work*, 17(1), 6.
- Durand, M. J., Vachon, B., Loisel, P., & Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. . *Work*, 21(3), 9.
- Durand, M. J., Vézina, N., Loisel, P., Baril, R., Richard, M. C., & Diallo, B. (2007). Workplace interventions for workers with musculoskeletal disabilities: a descriptive review of content. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(1), 13.
- Edwards, B. C., Zusman, M., Hardcastle, P., Twomey, L., O'Sullivan, P., & McLean, N. (1992). A physical approach to the rehabilitation of patients disabled by chronic low back pain. *Medical Journal Australia*, 156(3), 5.
- Eikemo, T. A., & Clausen, T. H. (2007). *Kvantitativ analyse med SPSS*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Ekberg, K., Björkqvist, B., Malm, P., Bjerre-Kiely, B., & Axelson, O. (1994). Controlled two year follow up of rehabilitation for disorders in the neck and shoulders. *Occupational And Environmental medicine* 1994, 51(12), 5.
- Ellingsen, K., Kiær, E., Labriola, M., & Aas, R. W. (2010). Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær. En kunnskapsoppsummering av nordisk forskningslitteratur.: IRIS.
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 37.
- Fauske, H. (2008). Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 29-53). Oslo: Universitetsforlaget.
- Feiring, M. (1999). Experts as agents in rehabilitation policy in Norway. In M. S. Hellberg & C. Benoit (Eds.), *Professional identities in transition. Cross-cultural dimensions*. Södertelje: Almqvist & Wiksell International.

- FORMI. (2012). Forekomst og kostnader. Plager flest og koster mest. . Retrieved 10.September.2012, from Formidlingsenheten for Muskel- og skjelettlidelser (FORMI) [http://www.formi.no/Pasienter/mer/plager\\_flest\\_og\\_koster\\_mest/](http://www.formi.no/Pasienter/mer/plager_flest_og_koster_mest/)
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk. God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Fukuoka, Y., Dracup, K., Takeshima, M., Ischii, N., Makaya, M., L., G., & Kyriakidis, E. (2009). Effect of job strain and depressive symptoms upon returning to work after acute coronary syndrome. . *Social Science and Medicine*, 68(10), 6.
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. . London: Routledge.
- Gjengedal, E., & Hanestad, B. R. (2007). *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift*, 2, 19.
- Glendinning, C., Rummery, K., & Clarke, R. (1998). From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services. . *British Medical Journal*, 317(7151), 3.
- Grimshaw, J., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., . . . O'Brian, M. (2001). Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. . [Systematic review]. *Medical Care*, 39(8 ), 33.
- Grotle, M., Hagen, K. B., Natvig, B., Dahl, F. A., & Kvien, T. K. (2008). Prevalence and burden of osteoarthritis: results from a population survey in Norway. *Journal of Rheumatology*, 35(4), 7.
- Hagland, H., & Solvang, P. K. (2012). Tverrprofesjonelle praksisfellesskap. In P. K. Solvang & Å. Slettebø (Eds.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haldorsen, E., Kronholm, K., Skouen, J., & Ursin, H. (1998). Predictors for outcome of a multimodal cognitive behavioural treatment program for low back pain patients – A 12 month follow-up study. . *Pain*, 2(4), 14.
- Hammell, K. A. (2006). *Perspectives on disability and rehabilitation*. Edinburgh: Elsevier.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk: Etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Haugli, L., Hagen, E., Teige, H., Andersen, Ø., Kristoffersen, O., Valla, G., & al., e. (2010). Arbeidsrettet Rehabilitering i Norge idag – hvor står vi og hvor går vi? *Utposten*, 4.
- Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskap. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2011). Helsedirektoratet. God helse - Gode liv. Retrieved 6.Desember.2011, from Helsedirektoratet <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/medisinsk-koding-og-kodeverk/icd-10/Sider/default.aspx>
- Helsinkideklarasjonen. (1964). *Helsinkideklarasjonen*. Forskningsetiske komiteer Retrieved from <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>.
- Hennessey, J., & Muller, L. (1995). The effect of vocational rehabilitation and work incentives on helping the disabled worker beneficiary back to work. *Social Security Bulletin*, 58(1), 9.

- Hestbaek, L., Lboeuf-Yde, C., & Kyvik, K. (2006). Is comorbidity in adolescence a predictor for adult low back pain? A prospective study of a young population. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 7(29).
- Hildebrandt, J., Pflingsten, M., Saur, P., & Jansen, J. (1997). Prediction of success from multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. *Spine*, 22(9), 11.
- Himmelstein, J. S., Feuerstein, M., Stanek, E. J. r., Koyamatsu, K., Pransky, G. S., Morgan, W., & Anderson, K. O. (1995). Work-related upper-extremity disorders and work disability: clinical and psychosocial presentation. *Journal of Occupational of Environment Medicine*, 37(11), 8.
- Hlobil, H., Staal, J. B., Spoelstra, M., Ariëns, G., Smid, T., & van Mechelen, W. (2005). The effectiveness of return to work interventions for sub-acute low back pain: A systematic review. [Systematic review]. *Scandinavian Journal of Work Environ Health*, 31(4), 8.
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26(1), 8.
- Holmås, T. H., & Kjerstad, E. (2010). Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 3: SNF Publikasjonsserier.
- Hultberg, E. L., Lönnroth, K., & Allebeck, P. (2003). Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden. A qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners. *Health Policy*, 64(2), 9.
- Hüppe, A., Glaser-Möller, N., & Raspe, H. (2006). Offering multidisciplinary medical rehabilitation to workers with work disability due to musculoskeletal disorders: results of randomized controlled trial. *Gesundheitswesen (Bundeverband Der Ärzte Des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 68(6), 9.
- Ihlebak, C., & Lærum, E. (2004). Plager flest - koster mest - muskel og skjelettlidelser i Norge. Oslo: Nasjonalt Ryggnettverk.
- Infante-Rivard, C., & Lortie, M. (1996). Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain. *Occupational Environment Medicine*, 53(7), 6.
- Intensjonsavtalen. (2010). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 1. mars 2010 – 31. desember 2013 (IA-avtalen)*. Regjeringen Retrieved from [http://www.regjeringen.no/upload/AD/publikasjoner/web-publikasjoner/2010/IA-avtale\\_24022010.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/AD/publikasjoner/web-publikasjoner/2010/IA-avtale_24022010.pdf).
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høgskoleforlaget (2 utg).
- Jensen, C., Jensen, O. K., Christianen, D. H., & Nielsen, C. V. (2011). One-Year Follow-Up in Employees Sick-Listed Because of Low Back Pain: Randomized Clinical Trial Comparing Multidisciplinary and Brief Intervention. *SPINE*, 36(15), 9.
- Jensen, I., Nygren, A., & Gamberale, F. (1995). The role of the psychologist in multidisciplinary treatments for chronic neck and shoulder pain: A controlled cost-effectiveness study. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 27(1), 7.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (Vol. 4. utg.): Abstrakt forlag AS.
- Johansson, G. (2007). The illness flexibility model and sickness absence. Stockholm: Karolinska Institutet.



- Johansson, G., Lundberg, O., & Lundberg, I. (2006). Return to work and adjustment latitude among employees on long-term sickness absence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(2), 10.
- Kamaleri, Y., Natvig, B., Ihlebaek, C., Benth, J., & Bruusgaard, D. (2008). Number of pain sites is associated with demographic, lifestyle, and health-related factors in the general population. *European Journal of Pain*, 12(6), 8.
- Karjalainen, K. A., Malmivaara, A., Van Tulder, M. W., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., & Koes, B. W. (2003a). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. [Systematisk oversiktsartikkel]. *Wiley*, 2.
- Karjalainen, K. A., Malmivaara, A., Van Tulder, m. W., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., & Koes, B. W. (2003b). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. *Cochrane Back Group*.
- Karjalainen, K. A., Van Tulder, M. W., Jauhiainen, M., Hurri, H., & Koes, B. W. (2001). Multidisciplinary Biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults. *Spine*, 26, 9.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and application*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kirkwood, B. R., & Sterne, J. A. (2003). *Medical statistics*. Massachusetts.: Blackwell Sciences.
- Kjeldsberg, M., Tschudi-Madsen, H., Dalen, I., Straand, J., Bruusgaard, D., & Natvig, B. (2013). Symptom reporting in a general population in Norway: results from the Ullensaker study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(1), 6.
- Knardahl, S. (2010). *Sykefravær har årsaker i individet, i virksomheten og i samfunnet*. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) Retrieved from <http://www.stami.no/?nid=61605&cid=1044>.
- Knardahl, S., Veiersted, B., Medbø, J. I., Matre, D., Jensen, J., Strøm, V., . . . Wærsted, M. (2008). Arbeid som årsak til muskel- og skjelettlidelser. Kunnskapsstatus 2008: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Krause, N., Dasinger, L. K., & Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(2), 26.
- Kroenke, K. (2003). Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *International Journal Methods Psychiatr Res*, 12(1), 9.
- Kvale, S., & Binkmann, S. (2010 ). *Det kvalitative forskningsintervju (Vol. 2)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Labriola, M., Christensen, K., Lund, T., Nielsen, M. L., Diderichsen, & MD, F. (2006). Multilevel Analysis of Workplace and Individual Risk Factors for Long-Term Sickness Absence. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 48(9), 6. doi: 10.1097/01.jom.0000229783.04721.d2
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. . In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Larsen, E. (1994). Flerfaglig, tverrfaglig og fellesfaglig samarbeid i og med barnevernet. Ulike samarbeidsformers muligheter og begrensninger. *Norges Barnevern*, 71(1), 5.
- Latham, J., & Davis, B. (1994). The socioeconomic impact of chronic pain. *Disabil Rehabil* 16(1), 5.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2009). *Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Lie, I. (1996). *Rehabilitering og habilitering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., . . . Lemaire, J. (1997). A Population-Based, Randomized Clinical Trial on Back Pain Management. *Spine*, 22(24), 7.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazars, R., Keller, R., Scheel, I., Van Tulder, M. W., & Webster, B. (2005). Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of implementing Evidence. *Journal of occupational Rehabilitation*, 15(4), 17.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vezina, N., Baril, R., Gagnon, D., . . . Trembley, C. (2001). Disability Prevention: New paradigm for the Management of Occupational Back Pain. *Diseases Management & Health Outcomes*, 9(7), 9.
- Loisel, P., Lemaire, J., Poitras, S., Durand, M. J., Champagne, F., Stock, S., . . . Trembley, C. (2002). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occup Environ Med*, 59(12), 8.
- Lothe, J. (2013). *Innspill vedrørende Stortingsmelding om Nasjonal tverrsektoriell folkehelsestrategi*. Oslo: Regjeringen Retrieved from [http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter/FHA/Muskel\\_og\\_skjelett\\_tiaaret\\_MST.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter/FHA/Muskel_og_skjelett_tiaaret_MST.pdf).
- Lovdata. (1999). *Helsepersonelloven (hlspl.) Lov om helsepersonell m.v.* . Retrieved from <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-009.html> - 48.
- Lovdata. (2008). *Lov 2008-06-20 nr 44 Helseforskningsloven. Medisinsk og helsefaglig forskning*. Lovdata Retrieved from [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20080620-044.html&emne=lov\\*%2bom\\*%2bmedisinsk\\*%2bog\\*%2bhelsefaglig\\*%2bforskning\\*%2b\(helseforskningsloven\)\\*&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20080620-044.html&emne=lov*%2bom*%2bmedisinsk*%2bog*%2bhelsefaglig*%2bforskning*%2b(helseforskningsloven)*&).
- Lycke, K. H. (1996). *Kompetanseutvikling og studieplanendring - fokus på strategier for endring*. Lillehammer: Forelesning på NFPPF-konferansen, seksjon for universitets- og høgskolepedagogikk.
- Lærum, E. (2005). *Frisk, syk eller bare plaget? Innføring i medisinsk nøkkeltkunnskap*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B., & Aas, E. (2013). *Et muskel- og skjelettregnskap. Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet.*: MST-rapport 1.
- Løvås, G. G. (2004). *Statistikk for universiteter og høgskoler*. Oslo: Sentrumsforlaget.
- Laake, P., Hjartåker, A., Thelle, D. S., & Veierød, M. B. (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Schjeldruo, M. K., Nord, E., Ose, E., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger.*: Folkehelseinstituttet.
- Marklund, B., Mansson, J., Anderberg, C., Hagberg, K., Lyder, I., Bengtsson, C., & Fridlund, B. (1999). Effect on sickness pattern of early mini-rehabilitation groups among patients with musculoskeletal problems in primary healthcare. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6(2), 4.
- Marnetoft, S., Selander, J., Bergroth, A., & Ekholm, J. (2001). Factors associated with successful vocational rehabilitation in a Swedish rural area. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 33(2), 7.
- Matriois, E., & Durand, M.-J. (2009). Does participation in interdisciplinary work rehabilitation programme influence return to work obstacles and predictive factors? *Disability Rehabilitation*, 31(12), 13.
- Meijer, E. M., Hugenholtz, N., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. (2008). What do referred patients with upper extremity musculoskeletal disorders expect of

- multidisciplinary treatment and what is the perceived value? *Disability & Rehabilitation*, 30(7), 9.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: W.W. Norton & Company.
- Molander, A., & Smeby, J.-C. (2013). *Profesjonsstudier II*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mykletun, A., & Knudsen, A. K. (2009). *Rapport 2009:4: Tapte arbeidskår ved uførepensjonering for psykiske lidelser*. En analyse basert på FD-trygd. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mæland, J. (2009). *Hva er HELSE*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, S., Werner, E. L., Rosendal, M., Jonsdottir, I. H., Magnussen, L. H., Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2012). Diagnoses of Patients with Severe Subjective Health Complaints in Scandinavia: A Cross Sectional Study. *ISRN Public Health*, 2012(Article ID 851097), 9.
- Natvig, B., Ihlebaek, C., Grotle, M., Brage, S., & Bruusgaard, D. (2010). Neck pain is often a part of widespread pain and is associated with reduced functioning. *Spine*, 35(23), 4.
- NAV. (2007). *Lovendring i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven 1. mars 2007: tettere oppfølging av den sykemeldte*. NAV Retrieved from <http://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Sykmelding+og+sykepenger/Tettere+oppf%C3%B8lging+av+sykemeldte.805341071.cms>.
- NAV. (2011). *Uførepensjon - diagnosestatistikk*. NAV Retrieved from <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Uf%C3%B8repenjsjon/Uf%C3%B8repenjsjon/+Diagnosestatistikk.805380444.cms>.
- NAV. (2012). *Sykefraværstatistikk*. NAV. Oslo: NAV Retrieved from <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rsstatistikk>.
- NAV. (2013). *Jobb og helse. Raskere behandling hos spesialist*. NAV Retrieved from <http://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Raskere+behandling+hos+spesialist.346117.cms>.
- Nielson, W. R., & Weir, R. R. N. (2001). Biopsychosocial Approaches to the Treatment of Chronic Pain. *Clinical Journal of Pain*, 17(4), 13.
- Nordenfelt, L. (1995). *Begräp om hälsa: Filosofiske og etiske perspektiv*. Stockholm: Lieber Utbildning.
- Nordisk ministerråd. (2005). *Nordiske initiativer til nedbringelse af sykefravær*. Norde Retrieved from <http://www.norden.org/da/publikationer/publikationer/2005-524>.
- Norman, G., & Streiner, D. (2003). *PDQ statistics*. Hamilton: DC Decker.
- NOU. (1995: 6). *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. 9.3 Om prinsipper i organiseringen av rehabiliteringsprosessen rundt den enkelte bruker*. Oslo: Regjeringen Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1995/nou-1995-6/12/3.html?id=140051>.
- NOU. (1997: 20). *Medisinsk rehabilitering-planlegging og organisering. Veiledningsserie 3:* Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-20/9/10/2.html?id=346463>.
- NOU. (1999: 13). *Kvinnens helse i Norge*. . Regjeringen Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-13.html?id=141704>.
- NOU. (2000: 27). *Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning Retrieved from

- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2000/nou-2000-27.html?id=143251>.
- OECD. (2012a). *Health at a Glance: Europe 2012*. . Paris: OECD Publishing Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>.
- OECD. (2012b). *OECD Economic Surveys NORWAY February 2012*. OECD Publishing.
- OECD. (2013). *Members and partners*. OECD Publishing Retrieved from <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/>.
- Ort.prp.nr.12. (1998-1999). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Regjeringen Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-12-1998-99-/3/3.html?id=305849>.
- Ot.prp.nr.29. (2001-2002). *Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (tidsbegrenset uførestønad)*. Regjeringen Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/otprp/20012002/otprp-nr-102-2001-2002-/3.html?id=169708>.
- Pallant, J. (2010). *Survival Manual*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., & Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 7.
- Reinar, L. M. (2007). Studiedesign. from Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenester <http://www.slideshare.net/Liv/studie-design>
- Richardson, R. D., & Engel, C. C. J. (2004). Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist*, 10(1), 12.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 8.
- Samhandlingsreformen. (2012). *Samhandlingsreformen i kortversjon (1.Januar 2012)*. Oslo: Regjeringen Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>.
- Sandström, J., & Esbjörnsson, E. (1986). Return to work after rehabilitation: The significance of the patients' own prediction. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 18(1), 4.
- Savigny, P., Watson, P., & Underwood, M. (2009). Early management of persistent non-specific low back pain: summary of NICE guidance. *BMJ*, 338(b).
- Schei, E. (2007). *Hva er MEDISIN*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schmitt, M. H. (2001). Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 19.
- Schumacher, H. R., & Gall, E. P. (1988). *Rheumatoid Arthritis. An illustrated Guide to Pathology, Diagnosis, and Management*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Selander, J., Marnetoft, S., Bergroth, A., & Ekholm, J. (2002). Return to work following vocational rehabilitation for neck, back and shoulder problems. Risk factors reviewed. *Disability & Rehabilitation*, 24(14), 8.
- Skau, G. M. (2008). *Gode fagfolk vokser*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Skollerud, K. H. (2008). Effekter av tiltak på sykefravær.
- Solvang, P. K., & Slettebø, Å. (2012a). Forståelse av Rehabilitering. In P. K. Solvang & Å. Slettebø (Eds.), *Rehabilitering* (pp. 330). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Solvang, P. K., & Slettebø, Å. (2012b). Tverrprofesjonelle praksisfellesskap. In H. Haugland & P. K. Solvang (Eds.), *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- St.meld.nr.9. (2006-2007). *St.meld. nr. 9 (2006-2007)*  
*Arbeid, velferd og inkludering*. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20062007/009/PDFS/STM200620070009000DDDPDFS.pdf>.
- St.meld.nr.16. (2001-2002). *Kvalitetsreformen Om ny lærerutdanning Mangfoldig - krevende - relevant*. Regjeringen Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/20012002/stmeld-nr-16-2001-2002-.html?id=195517>.
- St.meld.nr.21. (1998-1999). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Regjeringen Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>.
- St.prp.nr.46. (2004-2005). *Ny arbeids- og velferdsforvaltning*. Regjeringen Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stprp/20042005/stprp-nr-46-2004-2005-/3/3/1.html?id=292240>.
- Stapefeldt, C., Christiansen, D., Jensen, O. K., Nielsen, C. V., Petersen, K. D., & Jensen, C. (2011). Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(112), 3.
- Steenstra, I. A., Anema, J. R., van tulder, M. W., Bongers, P. M., H.C., d. V., & W., v. M. (2006). Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(4), 11.
- Steiner, A.-S., Sartori, M., Leal, S., Kupper, D., Gallice, J.-P., Rentsch, D., . . . Genevay, S. (2013). Added value of an intensive multidisciplinary functional rehabilitation programme for chronic low back pain patients. *SMW Swiss Medical Weekly*, 143(13763), 7.
- 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. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36(1), 6.
- Stucki, G., Ewert, T., & Cieza, A. (2002). Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability & Rehabilitation*, 24(17), 6.
- Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening- og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Taimela, S., Takala, E. P., Asklof, T., Seppala, K., & Parviainen, S. (2000). Active treatment of chronic neck pain. *Spine*, 25(8), 6.
- Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tollerud, K. (2005). Tema sykefravær: Smertefull dag. *MEMU mennesker & muligheter (Intternmagasin NAV)*, 1, 5.
- Torgersen, U. (1972). *Profesjons sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Turk, D. C. (2002). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 18(6), 10.

- Ursin, H. (2003). Psychological factors in the treatment of chronic pain. In E. Kalso, A. M. Estlander & M. Klockars (Eds.), *Psyche, soma and pain*. Helsinki: The Signe and Ane Gyllenberg Foundation.
- Van der Giezen, A., Bouter, L., & Nijhuis, F. (2000). Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain*, 87(3), 9.
- Waddell, G. A., & Sawney, P. (2002). *Back pain, incapacity for work, and social security of Medicine Press*. London: Royal Society of Medicine Press.
- Waddell, G. (1987). Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*, 12(7), 12.
- Wasiak, A. E., Roessler, R. T., McPherson, K. M., van poppel, M. N., & Anema, J. R. (2007). Measuring return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(4), 5.
- Westgaard, R. H. (2007). Arbeidsrelaterte muskelskjelettlidelser: en kunnskapsoversikt Rapport til Direktoratet for Arbeidstilsynet: Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet.
- Westman, A., Linton, S., Öhrvik, J., Wahlén, P., Theorell, T., & Leppert, J. (2010). Controlled 3-year-follow-up of a multidisciplinary pain rehabilitation program in primary health care. *Disability & Rehabilitation*, 32(4), 9.
- Westman, A., Linton, S. J., T., T., J., O., Wahle`n, P., & Leppert, J. (2006). Quality of life and maintenance of improvements after early multimodal rehabilitation: a 5-year follow-up. *Informa Healthcare*, 28(7), 9.
- WHO. (1988). Learning Together to work Together for health. Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach. *World Health Organization Technical Report Series*, 769, 72.
- Wikipedia. (2011). Wikipedia. Den frie encyklopedi. Retrieved 10.April.2011, from Wikipedia <http://no.wikipedia.org/wiki/ICPC-2>
- Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. In E. Willumsen (Ed.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., van poppel, M. N., & Anema, J. R. (2005). A developmental conceptualization of return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 11.
- Young, A. E., Wasiak, A. E., Roessler, R. T., McPherson, K. M., & Anema, J. R. (2005). Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 13.
- Zitting, P., & H., V. (1998). Why do we need more information about the risk factors of the musculoskeletal pain disorders in childhood and adolescence? *Int J Circumpolar Health* 57(2-3), 7.
- Aas, R. W. (2009). *Raskt tilbake. Kunnskapsbasert rehabilitering av sykemeldte*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Aas, R. W. (2012). Idébanken - for et arbeidsliv som inkluderer: Idebanken.org.
- Aas, R. W., Solberg, A., & Strupstad, J. (2011). Raskere tilbake. Organsiering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykemeldte., from Rapport IRIS-2011/125
- Aas, R. W., Solberg, A., Strupstad, J., Kiær, E., Ellingsen, K. L. E., & Teige, H. (2011). Beste praksis i oppfølging ved sykemeldte med muskel- og skjelettplager *Rapport IRIS-2011/056*. Stavanger: International Research Institute of Stavanger.

## Vedlegg 1 Tabeller

Tabell 19. Beskrivelser av utvalgets diagnoser

Alle sykemeldte (N=250)		
	N	%
Muskel og skjelett diagnose	146	58,4
Psykisk diagnose	40	16,0
Andre diagnoser	64	25,6
Sykdommer i kvinnelig kjønnsorgan (inkludert bryst)	16	6,4
Sykdom i nervesystem	10	4
Allmenn og uspesifiserte diagnoser	9	3,6
Endrer hoveddiagnose i måleperiode til annen gruppe	30	12
Endrer fra muskel- og skjelettdiagnose til annen diagnosegruppe	15	6
Endrer fra annen diagnose til muskel- og skjelett diagnose	12,5	5

Note: N=antall pasienter. Andre diagnoser  $\geq 3,6$  er inkludert.

Tabell 20. Beskrivelse av behandlingstilbudet til sykemeldte med muskel- og skjelettplager

Behandlingstilbud til sykemeldte med muskel- og skjelettplager (N=146)	N	Valid%	SD	Valide svar N
Kirurgi	1	5	0,22	20
Medikamentell behandling	1	5	0,22	20
Annen medisinsk behandling	0	0	0,00	19
Fysikalsk behandling	2	10	0,31	20
Opptrening	12	46,2	0,51	26
ADL-trening	6	24	0,44	25
Ortoser	0	0	0,0	19
Hjelpemidler	0	0	0,0	19
Kostholdstiltak	7	29,2	0,46	24
Røykeslutt tiltak	0	0	0	19
Søvn tiltak	5	22,7	0,43	22
Avrusningstiltak	0	0	0,0	19
Andre tilbud	9	36,0	0,50	25
Kognitiv terapi	24	63,2	0,49	38
Psykoterapi	6	25,0	0,44	24
Generell samtaleterapi	15	46,9	0,51	32
Forsikring om at plager ikke er farlige (reassurance)	24	63,2	0,49	38
Mestringstrening	28	73,7	0,45	38
Motivasjonstrening	28	70,0	0,46	40
Andre slike tilbud	14	46,7	0,51	30

Note. N=antall pasienter. Valide svar N=antall pasienter som har svart totalt. Valid % vil si antall pasienter som har mottatt tilbud i prosent med utgangspunkt i valide svar

Tabell 21. Omfang tilbud

Varighet tilbud til	N	Gjennomsnitt	Median	SD	Modus	Variasjonsbredde
---------------------	---	--------------	--------	----	-------	------------------

sykemeldte med muskel- og skjelettplager						Minimum-maximum
Antall måneder	146	1,03	0,00	1,55	0	0-12
Og antall dager	146	15,66	18,00	9,33	25	0-30

Note: antall pasienter. Modal-verdi :den verdien som forekommer hyppigst. SD=standard avvik. Median=midtre verdi.

Tabell 22. Behandlerregistrert organisering av profesjoner

Organisering av profesjoner i tilbud til pasienter med muskel- og skjelettplager (N=146)	N	Valide svar N	Valid%
Monofaglighet	3	90	3,3
Flerfaglighet	6	90	6,7
Tverrfaglighet	40	90	44,4
Integrert faglighet	41	90	45,6

Note. N=antall pasienter. Valide svar= hvor mange som faktisk har svart. Valid%=antall pasienter i prosenter av faktiske svar.

Tabell 23. Andre fagpersoner til sykemeldte med muskel- og skjelettplager

Andre profesjoner sykemeldte ble tilbudt	Pasienter med muskel- og skjelettplager N(%)
Osteopat	5 (3,4)
Idrettspedagog	4 (2,7)
Coach/veileder	2 (1,4)
Gestaltterapeut	2 (1,4)
NAV	2 (1,4)
Arbeidskonsulent	1 (0,7)
Healer	1 (0,7)
Idrettsmassør	1 (0,7)
Kiropraktor	1 (0,7)
Manuellterapeut	1 (0,7)
Spesialist innen medisinsk terapi	1 (0,7)
Ortoped	1 (0,7)
Psykiatrisk sykepleier	1 (0,7)
Forelesere av forskjellige tema	1 (0,7)
Terapeut med kompetanse innen:	
samtale terapi	1 (0,7)
pilates	1 (0,7)

Note .N=antall pasienter. Muskel- og skjelettpasienter (N=146). Andre profesjoner (N=27)

Tabell 24. Beskrivelser av alle sykemeldte

Alle sykemeldte pasienter i studien (N=250)		
Kjennetegn ved pasientene	N	%
Alder i år (gjennomsnitt; SD)	45,2 (10,7)	
Kjønn -kvinner	189	75,6
Sivil status: samboer, gift eller registrert partner	167	66,8
Fødested -Norge	234	94
Høyeste utdanningsnivå (gjennomsnitt ; SD)	2,5 (0,8)	100
1.Grunnskole (cirka 9år skole)	24	9,8



2.Videregående skole (cirka 12 år skolegang)	107	43,7
3.Høyskole/universitet til og med 4 år	80	32,7
4.Høyskole/universitet over 4 år	34	13,9
Individuell husstandsinntekt (gjennomsnitt; SD)	2,4 (0,7)	100
1.0-2874999	24	25,4
2.287500-379999	32,8	34,7
3.380000-449999	17,2	18,2
4. Fra 450000	20,4	21,6

Note: N=antall pasienter. Andre diagnoser  $\geq 3,6$  er inkludert

Tabell 25. Beskrivelse av behandlingstilbudet til alle sykemeldte

Type behandling til alle sykemeldte (n=250):	N	Valid%	SD	Valide svar N
Kirurgi	3	6,3	0,25	48
Medikamentell behandling	8	15,7	0,367	51
Annen medisinsk behandling	2	4,4	0,21	45
Fysikalsk behandling	69	72,6	0,45	95
Opptrening	106	86,9	0,34	122
ADL-trening	15	26,3	0,44	57
Ortoser	0	0	0,00	45
Hjelpemidler	5	10,6	0,31	47
Kostholdstiltak	40	55,6	0,50	72
Røykeslutt tiltak	3	6,5	0,25	46
Søvn tiltak	13	24,5	0,43	53
Avrusningstiltak	0	0	0	45
Andre tilbud	43	54,4	0,50	79
Kognitiv terapi	52	57,1	0,50	91
Psykoterapi	7	14,0	0,35	50
Generell samtalerterapi	70	74,5	0,44	94
Forsikring om at plager ikke er farlige	71	71,0	0,46	100
Mestringstrening	83	79,0	0,41	105
Motivasjonstrening	84	77,8	0,42	108
Andre slike tilbud	31	43,7	0,50	71

Note. N=antall pasienter. Valide svar N=antall pasienter som har svart totalt. Valid% vil si antall pasienter som har mottatt tilbud i prosent med utgangspunkt i valide svar.

Tabell 26. Omfang tilbud

Varighet tilbud til alle sykemeldte (N=250)	N	Gjennomsnitt	Median	SD	Modal-verdi	Variasjonsbredde Minimum- maximum
Antall måneder	250	1,23	1,00	1,69	0	0-12
Og antall dager	250	15,90	18,00	9,31	25	0-30

Note: antall pasienter. Modal-verdi :den verdien som forekommer hyppigst. SD=standard avvik. Median=midtre verdi.

Tabell 27. Behandlerregistrert organisering av profesjoner

Organisering av profesjoner til alle sykemeldte (N=250)	N	Valide svar N	Valid%
Monofaglighet	12	165	7,3
Flerfaglighet	12	165	7,3
Tverrfaglighet	79	165	47,9
Integrert faglighet	62	165	37,6

Note. N=antall pasienter. Valide svar= hvor mange som faktisk har svart. Valid%=antall pasienter i prosent av faktiske svar.

Tabell 28. Andre faggrupper til alle sykemeldte

Andre profesjoner alle sykemeldte ble tilbudt	Alle sykemeldte N (%)
Idrettspedagog	7 (2,8)
Coach/veileder	6 (2,4)
Osteopat	5 (2,0)
NAV	3 (1,2)
Sexolog	3 (1,2)
Psykiatrisk sykepleier	3 (1,2)
Gestaltterapeut	2 (0,8)
Arbeidsinstruktør	2 (0,8)
Kontaktperson	2 (0,8)
Ortoped	2 (0,8)
Pilatesinstruktør	2 (0,8)
Healer	1 (0,4)
Idrettsmassør	1 (0,4)
Kiropraktor	1 (0,4)
Kognitiv terapeut	1 (0,4)
Manuellterapeut	1 (0,4)
Spesialist innen medisinsk terapi	1 (0,4)
Nevrolog	1 (0,4)
Personalkonsulent	1 (0,4)
Psykomotorikker	1 (0,4)
Vernepleier	1 (0,4)
Forelesere av forskjellige tema	1 (0,4)
Terapeut med kompetanse innen:	
Helse og trening	1 (0,4)
Pilates	2 (0,8)
Mindfulness	1 (0,4)
Terapeut (ikke oppgitt kompetanse)	1 (0,4)

Tabell 29: Sammenligninger av profesjonstilbudet (basert på spørreskjema fra pasient og behandler)

Fordeling av profesjoner til sykemeldte						
Tilbud fra følgende profesjoner	MSP Pasient-skjema N=93 (%)	MSP Behandler-skjema N=93 (%)	Differanse %	Hele utvalg Pasient-skjema N =167 (%)	Hele utvalg Behandler-skjema N =167 (%)	Differanse %
Lege	78 (83.9)	88 (94.6)	-10,7	132 (78.1)	147 (58.8)	+19,3
Arbeidsinstruktør	19 (20.4)	17 (18.3)	+2,1	24 (14.2)	20 (8.0)	+6,2
Attføringskonsulent	30 (32.3)	42 (45.2)	-12,9	47 (27.8)	67 (26.8)	+1
Ergoterapeut	15 (16.1)	18 (19.4)	- 3,3	24 (14.2)	39 (15.6)	-1,4
Ernæringsfysiolog	23 (24.7)	40 (43.0)	-18,3	56 (33.1)	80 (32.0)	+1,1
Fysioterapeut	84 (90.3)	89 (95.7)	-5,4	134 (79.3)	147 (58.8)	+20,5
Pedagog	10 (10.8)	27 (29.0)	-18,2	15 (8.9)	47 (18.8)	-9,9
Psykolog	19 (20.4)	32 (34.4)	-14,0	49 (29.0)	67 (26.8)	+2,2
Sosionom	24 (25.8)	36 (38.7)	-12,9	46 (27.2)	65 (26.0)	+1,2
Sykepleier	28 (30.1)	40 (43.0)	-12,9	66 (39.1)	87 (34.8)	+4,3
Andre faggrupper	21 (74.2)	51 (54.8)	+19,4	40 (23.7)	87 (34.8)	-11,1

Note. N=antall pasienter. MSP=Muskel- og skjelettplager. Opplysninger er hentet fra pasientskjema og tilhørende behandler-skjema. Differanse ble målt mellom pasientresultater og behandlerresultater. Ernæringsfysiolog inkluderer også kostholdsveileder.

## Vedlegg 2

### *Tekst- invitasjonsbrev pasient med samtykkeerklæring*

#### Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjektet «**Evaluering av Raskere tilbake**» på oppdrag fra Arbeidsdepartementet

**Bakgrunn og hensikt:** Dette er et invitasjon om å delta i en forskningsstudie som evaluerer ordningen "Raskere tilbake". Som mottaker ved ett av Raskere tilbake-tilbudene fyller du kriteriene for deltakelse i denne studien. Formålet med studien er å se hva Raskere tilbake- tilbudene må inneholde og hvordan de må være koordinert og organisert for at de skal kunne bidra til tilbakeføring til arbeidslivet. Studiens resultater vil brukes av myndighetene og fagmiljøene til å videreutvikle tilbudet til sykmeldte i Norge fremover. Forskningscenteret PreSenter står som ansvarlig for gjennomføringen av studien. Arbeidsdepartementet finansierer studien.

**Hva innebærer det å delta:** Studien innebærer å fylle ut et enkelt spørreskjema nå, det vil si ved avslutningen av tilbudet du har mottatt (se vedlagte skjema), og videre bidra med informasjon om din arbeidsdeltagelse, tre måneder etter at du mottok raskere - tilbake tilbudet. Vi vil i tillegg innhente sykefraværdata og informasjon om tilbudet du har fått fra de offentlige registrene FD-Trygd og Norsk Pasientregister.

**Mulige fordeler og ulemper:** All informasjon som registreres om deg skal kun brukes som beskrevet over. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En id knytter deltakernes opplysninger til en liste med navn og personnummer. Det er kun en oppnevnt prosjektsekretær knyttet til prosjektet som har adgang til listen og som kan finne tilbake til den enkelte. Prosjektsekretæren og alle forskerne har taushetsplikt. Det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner, deres svar eller hvilket tilbud en deltok i gjennom resultatene av studien, når disse publiseres.

**Frivillig deltagelse og rett til innsyn:** Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta. Dette vil ikke få noen konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, signerer du samtykkeerklæringen på baksiden av dette brevet. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i rapporter eller vitenskapelige artikler. Du har som deltaker også rett til å få innsyn i resultatene fra denne studien. Du kan få dette når resultatene foreligger ved henvendelse til kontaktpersonene som er nevnt under.

Ta gjerne kontakt med oss dersom du har spørsmål om studien og din deltagelse.  
Med vennlig hilsen

**Studieansvarlig:**  
Randi Wågø Aas, PhD  
Professor

**Prosjektmedarbeider:**  
Eirinn Hopland  
xx xx xx xx

**Prosjektmedarbeider:**  
Lisebeth Skeie Skarpaas  
xx xx xx xx

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg ønsker å **delta** i studien

---

Ditt navn (med blokkbokstaver)

---

Din signatur

Dato

Kontaktopplysninger:

Mobil

Fasttelefon

E-post

Adresse

Født: dd/mm/åååå

Dette arket fylles ut, legges i vedlagte konvolutt som det står "Samtykkeskjema" på, og legges i forskningsstudiens postkasse. Hvis du ikke vet hvor den er, spør den som ga deg invitasjonsbrevet eller noen andre av de ansatte.

Du kan nå fylle ut det vedlagte spørreskjemaet.

### Vedlegg 3: Invitasjonsbrev kontaktperson ved RT-tilbud



Kjære kontaktperson ved  
Raskere-tilbake tilbudet

#### **Invitasjon til å delta i evaluering av raskere-tilbake ordningen, informasjon om datainnsamlingsprosessen og valg av lokal studieansvarlig**

Forskningssenteret PreSenter, IRIS utfører på oppdrag fra Arbeidsdepartementet evaluering av ordningen Raskere tilbake (RT). Vi gjennomfører tre delstudier; kalt Tjenestestudien, Individstudien og Aktørstudien. I *delstudie I- Tjenestestudien* deltok i alt 120 RT-tilbud. Rapporten finner dere på [www.presenter.no/raskeretilbake](http://www.presenter.no/raskeretilbake). *Delstudie III-Aktørstudien* har som formål å identifisere endringsbehov i RT-ordningen, ut fra ulike aktørers erfaringer. I denne delstudien overleverer vi rapport til Arbeidsdepartementet 15. juli 2012. Deres raskere-tilbake tilbud inviteres nå til å delta i delstudie II-Individstudien. Rapport fra denne studien skal ferdigstilles innen 15.02.2013.

Delstudie II er en *multisenter kohortestudie* der alle avsluttede pasienter/brukere dere har hatt i deres tilbud blir invitert til å delta. Hvis pasienten/brukeren takker ja til å delta, fyller de ut et spørreskjema om egen helse, funksjon, arbeidsevne, motivasjon og om RT-tilbudet de har fått hos dere. Det samme gjør også behandler/koordinator/teamet for den aktuelle pasienten/brukeren. Vi innhenter data om den *enkeltes sykefravær* hos NAV. Datainnsamlingsperioden starter fra når dere mottar materialet, og til 30.10.2012. Vi oppfordrer til å delta i hele denne perioden, men alle forplikter seg til å delta i minst 2 måneder.

Studien er godkjent av personverneombudet for forskning, ved Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste. All informasjon samles inn anonymt, og det vil ikke være mulig å identifisere verken pasient/bruker, behandler/koordinator/team eller det enkelte RT-tilbudet i resultatene fra prosjektet. Før de ferdigutfylte spørreskjemaene og dataene tas ut av konvoluttene, kobles de om til en nøytral ID i datafilene slik at verken forskere eller studenter som analyserer data vet hvilke pasienter/brukere som deltar, eller hvem som har svart hva fra hvilket tilbud. Det samme skjer ved elektroniske svar. Koblingsnøkkelen til denne ID'en er kun kjent av oppnevnt *prosjektsekretær*. Den oppbevares på et sikkert dataområde ved PreSenter, IRIS som ingen andre har adgang til.

Så fort vi får et svar fra dere, vil vi sende en pakke til dere med følgende innhold:

- **Plakater** til å henge opp i RT-tilbudets lokaler for å informere ansatte og pasienter/brukere om studien.
- **Ferdigpakkede brev** til pasienter/brukere der det finnes informasjonsbrev om studien, samtykkeskjema, trykte spørreskjema og svarkonvolutter.
- **Informasjonsbrev** til koordinator/behandler/team for de pasient/brukere som ønsker å delta, inkludert link til elektronisk spørreskjema.
- **Postkasse** for å legge ferdigutfylte svarslipper om samtykke og spørreskjema i.

Vi har også en **web**side om studien ([www.presenter.no/raskeretilbake](http://www.presenter.no/raskeretilbake)), der all informasjon ligger, inkludert en lettfattelig powerpointpresentasjon som beskriver hvordan datainnsamlingen skal skje. Her ligger også elektroniske linker til spørreskjemaene.

Vi trenger nå at dere oppnevner en **lokal studieansvarlig** som har ansvaret for å koordinere studien hos dere. Dette innebærer å motta pakken fra oss, henge opp plakater, sette opp postkasse, tømme postkasse, føre oversikt over andelen pasienter/brukere som deltar / ikke deltar i perioden på et standard skjema, informere behandler/koordinator/team om hvem som deltar, evt. etterspørre flere spørreskjemaer og videresende ferdigutfylte spørreskjemaer til PreSender, IRIS (de er da i lukkede konvolutter, ferdig frankerte og adressen er påført). Det er fint hvis dere kan fylle ut informasjon om hvem dette blir på skjemaet som ligger vedlagt.

Vi har også behov for å vite **hvor mange spørreskjema** dere trenger at vi sender til dere. Vi ønsker derfor at dere fyller ut cirka antall pasienter/brukere dere forventer å ha i datainnsamlingsperioden i skjemaet på neste side.

Vi gleder oss til å samarbeide med dere om denne studien!

Vennlig hilsen  
 For prosjektgruppen  
 Randi Wågø Aas, PhD  
 Prosjektleder  
 randi.aas@iris.no  
 +4791182266

*Prosjektgruppen for delprosjekt II består av:*  
 Eirinn Hopland, masterstudent, Universitetet i Stavanger  
 Lise Haveraaen, masterstudent, Universitetet i Stavanger  
 Lisebet Skeie Skarpaas, PhD-student, Høgskolen i Oslo og Akershus  
 Aashild Finnestad, prosjektkoordinator, IRIS  
 Kari Aarsheim, prosjektkoordinator, IRIS  
 Randi W. Aas, prosjektleder, IRIS og Høgskolen i Oslo og Akershus

## Vedlegg 4

### "Raskere tilbake"-Fase II (spørreskjema for pasient)

#### Bakgrunn

#### Fødsels- og personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### Bekreft ditt fødsels- og personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### Jeg er født: (kun ett kryss)

- I samme by eller område som jeg jobber i
- I en annen del av Norge
- I et annet land (spesifiser hvilket)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### Kjønn:

- Kvinne
- Mann

#### Jeg bor:

- Alene
- Sammen ed andre (antall personer du bor sammen med foruten deg selv)

#### Husstandens årlige bruttoinntekt (cirka inntekt i norske kroner før skatt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Hva er ditt høyeste utdanningsnivå? (sett ett kryss)**

- Grunnskolenivå (cirka 9 års skolegang)
- Videregående skole (cirka 12 års skolegang)
- Høgskole-/universitetsnivå til og med 4 år
- Høgskole7universitetsnivå i mer enn 4 år

**Om tilbudet du har mottatt**

**Beskriv følgende tidspunkt:**

Når Raskere tilbake tilbudet startet:

Dag og måned (ddmm)

År (åååå)

--	--	--	--

--	--	--	--

Når Raskere tilbake tilbudet sluttet:

--	--	--	--

--	--	--	--

**Om kompetansen i tilbudet**

**Hvilke profesjoner har du mottatt tilbud fra her på dette Raskere tilbake tilbudet?**

Sett kryss ved alle de du har vært i kontakt med.

- Lege
- Arbeidsinstruktør
- Attføringskonsulent
- Ergoterapeut
- Ernæringsfysiolog/kostholdsveileder
- Fysioterapeut
- Pedagog
- Psykolog
- Sosionom
- Sykepleier
- Andre (spesifiser)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Om selve tilbudet**

**Har du i dette tilbudet mottatt informasjon/undervisning/veiledning/rådgivning om følgende tema:** (sett ett kryss per linje)

	Nei	Muntlig	Skriftlig	Undervisning	
<b>Veiledning/ rådgivning</b>	<b>Informasjon</b>		<b>Informasjon</b>		
Heving av min jobbkompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karriere-/yrkes-/jobbveiledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anatomi/fysiologi (hvordan kroppen fungerer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergonomi (forhold ved arbeidsplassen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk trening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mosjon/fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosthold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol-/medikamentbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressmestring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitetsregulering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAV-systemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trygderettigheter og plikter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsrettigheter og plikter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAV-systemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veien videre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vedlegg 5

"Raskere tilbake"-Fase II (spørreskjema for behandler)

<b>Om kompetansen i tilbudet</b>
----------------------------------

**I hvilket omfang har følgende personer ytt tilbud til denne pasienten?** (sett kun ett kryss per linje)

	Ingenting/ ikke aktuelt	Lite	Noe	En del	Mye	Veldig mye
Lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsinstruktører	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attføringskonsulenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergoterapeuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernæringsfysiologer/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kostholdsveiledere						
Fysioterapeuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosionomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykepleiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvilken type lege har bidratt overfor denne pasienten? (sett minst ett kryss)**

- Lege uten spesialistgodkjenning
- Allmennlege
- Arbeidsmedisiner
- Fysikalsk medisiner (Fys. med og rehab.)
- Kardiologi
- Kirurgi
- Nevrologi
- Ortoped
- Psykiater
- Revmatolog
- Andre spesialiteter (spesifiser)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Ingen lege

**Vil du beskrive deres tilbud til denne pasienten som: (sett kun ett kryss)**

- Monofaglighet (en profesjons tilbud)
- Flerfaglighet (flere profesjoner som gir tilbud hver for seg)
- Tverrfaglighet (flere profesjoner som samordner sitt tilbud gjennom møter/utveksling)
- Integrert faglighet (alle har felles forståelse som kommuniseres overfor pasient og andre)

<b>Om tiltakene</b>
---------------------

**Har pasienten mottatt følgende INDIVIDUELLE tilbud? (sett ett eller flere kryss)**

- Kirurgisk behandling
- Medikamentell behandling
- Annen medisinsk behandling
- Fysikalsk behandling
- Opptrening
- ADL-trening
- Ortoser
- Hjelpemidler
- Kostholdstiltak

- Røykeslutt tiltak
- Søvn tiltak
- Avrusningstiltak
- Andre tilbud (spesifiser)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Nei, ingen av disse tilbudene

**Har pasienten mottatt følgende INDIVIDUELLE tilbud? (sett ett eller flere kryss)**

- Kognitiv terapi
- Psykoterapi
- Generell samtaleterapi
- Forsikring om at plagene ikke er farlige (reassurance)
- Mestringstrening
- Motivasjonstrening
- Andre slike tilbud (spesifiser)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Nei, ingen av disse tilbudene