

Frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom.

En kohortestudie blant sykmeldte som har deltatt i behandlings- og rehabiliteringstilbud fra Nav og helseforetakene



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, Spesialisering:

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Randi Thorsen Tou

Veileder: Randi Wågø Aas, PhD

Juni 2015

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2015

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Randi Thorsen Tou

VEILEDER: Randi Wågø Aas, PhD

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom. En kohortestudie blant sykmeldte som har deltatt i behandlings- og rehabiliteringstilbud fra Nav og helseforetakene

Engelsk tittel: Fear that the health problems are caused by serious illness. A cohort study among employees on sick leave who have participated in treatment and rehabilitation of the Norwegian Labour and Welfare administration and health authorities.

EMNEORD/STIKKORD:

Fear-avoidance, unngåelsesatferd, catastrophizing, katastrofetanker, return to work, tilbakeføring til arbeid, sykefravær, frykt for alvorlig sykdom, illness/injury sensitivity, pain related fear, frykt for smerter, biopsykososial modell

ANTALL SIDER: 71

STAVANGER 01.06.2015

Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på studiet Helsevitenskap ved Universitet i Stavanger. Masteroppgaven har vært et selvstendig bidrag knyttet til evalueringen av det nasjonale forskningsprosjekt; «Raskere- tilbake ordningen», et samarbeid med Presenter ved International Research Institute of Stavanger (IRIS), Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og Universitetet i Stavanger (UiS).

Jeg har valgt å fremstille en todelt masteroppgave, da det ved Universitetet i Stavanger er mulig å levere masteroppgaven i form av en artikkel til et tidsskrift med en tilhørende kappe. I denne oppgaven er kappen mer omfattende enn artikkelen, derfor har jeg valgt å presentere denne først i sin helhet. Deretter vil deler av kappen på ny bli presentert i en artikkel, med utgangspunkt i hovedfunn. Artikkelen legges ved som vedlegg 1, og følger Tidsskrift for Den norske Legeforening sine retningslinjer.

Å få være en del av et forskningsprosjekt har vært svært lærerikt, og ikke minst bidratt til motivasjon og engasjement. Jeg vil rette en stor takk til min veileder Randi Wågø Aas, PhD. Tusen takk for kunnskap, støtte, oppmuntring og god veiledning. Takk for at jeg fikk være en del av prosjektet og Presenter. Jeg vil også takke Lise Aasen Haveraaen for hjelp med analysene.

Tilslutt vil jeg takke min kjære svigerinne for tålmodighet og hjelp med korrektur, samt mine medstudenter for gode råd, sene kvelder og motivasjon.

Stavanger, 01.06.2015
Randi Thorsen Tou

Innhold

Sammendrag.....	5
1. Introduksjon	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Tidligere forskning.....	8
2. Teoretisk perspektiver.....	10
2.1 Biopsykososial modell	10
2.2 «Fear-avoidance» - modell.....	10
2.3 «Tilbakeføring til arbeid»	11
3. Evalueringen av RT-tilbudet.....	12
4. Studiens formål, forskningsspørsmål og hypoteser.....	13
5. Materiale og metode.....	14
5.1 Design	14
5.2 Informantene	15
5.3 Datainnsamling	20
5.4 Analyse.....	21
5.5 Etikk	23
6. Resultat.....	23
6.1 Deltakernes opplevelse av frykt for alvorlig sykdom	23
6.2 Har kjønn og alder en sammenheng med frykt for sykdom?	25
6.3 Frykt med og uten smerte.....	26
6.4 Tilbakeføring til arbeid ved avslutning av RT-tilbud.....	27
6.5 Tilbakeføring til arbeid tre måneder etter avsluttet RT-tilbud	30
7. Diskusjon	33
7.1 Substansiell diskusjon	33
7.2 Metodediskusjon	38
8. Konklusjon.....	40
Litteratur.....	41
Vedlegg	47
1. Artikkel	47
2. Tidsskrift for Den norske Legeforening sine retningslinjer.	68
3. Invitasjonsbrev	69
4. Informasjonsbrev.....	70
5. Samtykkeerklæring	71

Sammendrag

Bakgrunn: Muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske plager utgjør en betydelig andel av sykefraværet i Norge. Internasjonale studier har vist at frykt for underliggende sykdom er utbredt blant denne pasientgruppen. Samtidig er det lite kunnskap om hvilken betydning slik frykt har for sykefravær og tilbakeføring til arbeid.

Mål: Målet med studien var å undersøke utbredelsen av frykt for at helseplager skyldes alvorlig sykdom blant sykmeldte som mottar Raskere Tilbake-tilbud, og vurdere om slik frykt påvirker tilbakeføring til arbeid.

Metode: Studien var designet som en prospektiv kohortestudie for sykmeldte personer som deltok i programmet «Raskere tilbake» (n = 524). Data ble innsamlet ved hjelp av spørreskjema, utfylt av deltaker og behandler, kombinert med sykefraværdata fra Navs sykefraværs-register FD-trygd.

Resultater: Hele 69 prosent av deltakerne opplevde frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom ved oppstart av tilbudet. Det var en signifikant reduksjon i graden av opplevd frykt for sykdom ($p < 0,001$) fra oppstart til avslutning av Raskere tilbake-tilbudet. Det ble ikke avdekket en signifikant sammenheng mellom frykt for sykdom og tilbakeføring til arbeid (ved tilbudets avslutning) verken ved avslutning av Raskere tilbake-tilbudet ($p = 0,294$ / $p = 0,927$) eller tre måneder etter avsluttet tilbud ($p = 0,132$ / $p = 0,184$). Når deltakerne opplevde smerter i tillegg til frykt, ble det avdekket en forskjell i tilbakeføringsgraden, men den var ikke signifikant.

Konklusjon Sykmeldte opplevde redusert frykt i løpet av tiden de fikk behandling- og rehabiliteringstjenester. Imidlertid påvirket ikke frykt og smerte hvor fort deltakerne ble tilbakeføring til arbeid.

Nøkkelord: Fear-avoidance, unngåelsesatferd, catastrophizing, katastrofetanker, return to work, tilbakeføring til arbeid, sykefravær, frykt for sykdom, illness/injury sensitivity, pain related fear, smertefrykt, biopsykososial modell.

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Sykefravær kan være en stor belastning for individet som rammes, samtidig som det har samfunnsøkonomiske konsekvenser (Staff & Nordahl, 2012). Kostnader knyttet til uføretrygd og sykefravær utgjør en betydelig del av utgiftene i de samlede offentlige budsjettene, (Ot.prp. nr 29, 2001-2002) noe som påvirker helse- og velferdstjenestens ressurser. I Norge er sykefraværet høyere enn i andre sammenlignbare OECD land (OECD, 2014). Det finnes flere ulike grunner til det høye sykefraværet, men i Norge som i mange andre vesteuropeiske land er muskel – og skjelettsmerter det vanligste problemet som fører til store subjektive helseplager, samt nedsatt livskvalitet og arbeidsuførhet. Smerter i korsrygg, nakke og skuldre er de hyppigste diagnosene knyttet til sykefravær i Norge. Dette fører ikke bare til store helsemessige utfordringer for den enkelte, men får også sosiale og økonomiske konsekvenser for det norske samfunnet generelt. Muskel – og skjelettplager er kjent som lidelser som plager flest og samtidig koster samfunnet mest (Folkehelse rapport, 2010; Ihlebæk, Brage, Natvig, & Bruusgaard, 2010; Lærum et al., 2013; Westman, Boersma, Leppert, & Linton, 2011).

En annen stor gruppe med høyt sykefravær er personer med psykiske lidelser, som lettere angst og depresjon. Rundt 50 prosent av befolkningen vil oppleve en form for lettere psykiske lidelser i løpet av livet, og ca. en tredjedel i løpet av et år (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Forekomsten av lettere psykiske lidelser i Norge er omtrent på samme nivå som andre vestlige land, og disse lidelsene har trolig vært stabil de siste 10 årene. Samtidig har sykefraværet og behandling økt betraktelig for denne pasientgruppen (Mykletun et al., 2009). I fjerde kvartal i 2009 utgjorde muskel- og skjelettlidelser 39 prosent av sykefraværet i Norge, mens psykiske lidelser var rapportert som diagnose for 19 prosent av de sykmeldte (NOU 2010:13).

Så mye som 75 - 80 prosent av befolkningen vil i løpet av en måned oppleve lettere mentale lidelser eller plager og smerter fra muskel og skjelett i en eller annen form (Ihlebaek, Eriksen, & Ursin, 2002; Ihlebæk et al., 2010; Lærum et al., 2013). Smerter fra muskel- og skjelett er så vanlig at det nesten er en universal menneskelig opplevelse, og så mange som 90 prosent av den voksne befolkningen vil oppleve diffuse ryggsmarter i løpet av livet (Fritz, George, & Delitto, 2001; Iles, Davidson, & Taylor, 2008; Linton, 2000; Rustøen et al., 2004). Undersøkelser viser at mellom 40 - 51

prosent av personer med muskel- og skjelettlidelser har symptomer fra mer enn ett smerteområde. Økende antall smerteområder er assosiert med høyere sykefravær og nedsatt funksjonsevne (Ihlebak et al., 2010; Kamaleri, Natvig, Ihlebæk, & Bruusgaard, 2009; Rustøen et al., 2004).

Plager fra muskel – og skjelettsystemet, samt lettere psykiske lidelser er ofte komplekse med diffuse symptomer. Ved disse tilstandene er det i mange tilfeller ikke en klar sammenheng mellom objektive fysiologiske funn og pasientens opplevde smerter og plager (Andersen et al., 2013; Arnow et al., 2011; Staff & Nordahl, 2012). Det finnes flere ulike betegnelser som omhandler gruppen med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser, blant annet «diffuse lidelser», «subjektive helseplager», «uspesifikke plager», «medisinsk uforklarte plager og sykdommer» eller «subjektive plager uten objektive funn». Likevel sier disse betegnelse lite om pasientens situasjon, tilstand eller årsaksforhold, og ofte er «problemet/tilstanden» sammensatt av disse. Det er derfor hensiktsmessig å bruke betegnelsen «sammensatte lidelser» på en del av de ulike plagene (Staff & Nordahl, 2012). Det som kan kjennetegne gruppen med sammensatte lidelser, er ulike individuelle psykologiske faktorer som kan være relevante for sykefravær. Det kan være atferd i form av unngåelse eller mestring, følelser som depresjon, stress og angst, samt ens syn på arbeid som skadelig eller ufarlig, (NOU 2010:13). Somatiske og psykiske faktorer kan vanskelig skilles fra hverandre når det gjelder sammensatte lidelser (NOU 2010:13).

Det er fortsatt uklart om de psykologiske faktorene ved sammensatte lidelser er en følge av muskel- og skjelettsmerter, eller om disse smertene er en konsekvens av de lettere psykiske lidelsene. Hva som kom først er det vanskelig å si noe om (Iles et al., 2008; Linton, 2000). Psykologiske faktorer er av betydning når det gjelder arbeidsevne ved muskel- og skjelettlidelser. Studier antyder at hvis man klarer å finne årsaken til depresjon, samt fjerne den, vil det øke muligheten for tilbakeføring til arbeid (Linton et al., 2011; Sullivan, Feuerstein, Gatchel, Linton, & Pransky, 2005). Ved sammensatte lidelser kan troen på seg selv og sin egen arbeidsevne være lav. Engstelse og redsel kan føre til at vedkommende blir forsiktig med aktivitet (Staff & Nordahl, 2012).

Ved tilbakevending til jobb, er det sykefraværet som skal reduseres. Det innebærer blant annet å finne ut mer om fraværet, og hva som gjør det mulig å arbeide tross helseplager (Aas, 2009; Haugli, 2010). Det er ikke alltid det er helseplagene alene som forklarer fraværet, det må tas hensyn til utredning og behandling av diagnose, samtidig

som årsaken til sykefraværet må komme fram (Aas, 2009; Staff & Nordahl, 2012). Det er for mange fullt mulig å jobbe med helseplager. I slike tilfeller er det behov for tilrettelegging, samtidig som personen blir møtt med sine utfordringer; i helsetjenesten, hos Nav og på arbeidsplassen.

1.2 Tidligere forskning

Flere studier har identifisert ulike faktorer som «hindrer» tilbakeføring til arbeid. En slik faktor omtales som «pain cognition» eller «pain fear», og omhandler et sterkt psykisk fokus på smerter eller bekymring og redsel for at smerten er farlig. I noen tilfeller viser det seg at redselen for smerte er mer hemmende enn smerten i seg selv (Crombez, Vlaeyen, Heuts, & Lysens, 1999; Waddell, Newton, Henderson, Somerville, & Main, 1993). Smerten kan føre til funksjonsnedsettelse eller uførhet, som et resultat av det komplekse samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Flere studier peker på at psykologiske faktorer spiller en betydelig rolle i overgangen fra akutt til kronisk smerte og funksjonsnedsettelse (Linton, 2000, 2002; Norton & Asmundson, 2004; Pincus, Burton, Vogel, & Field, 2002; Vancleef, Peters, Gilissen, & De Jong, 2007; Westman et al., 2011). Videre er det påpekt at noen spesifikke psykologiske faktorer som «fear-avoidance» og «pain catastrophizing», viser sammenheng mellom muskel- og skjelettsmerter og uførhet (Vancleef, Peters, Roelofs, & Asmundson, 2006; Westman et al., 2011).

«Fear-avoidance» omhandler unngåelse av aktivitet eller bevegelse på grunn av frykt for å forverre smerte (Vlaeyen & Linton, 2000). Dette blir på norsk oversatt til unngåelsesadferd eller bevegelsesfrykt. «Pain catastrophizing» er en grunnleggende tankegang om at smerte i seg selv innebærer fare for forverring. Direkte oversatt til norsk benyttes termen katastrofetenkning (Østerås, 2012). Katastrofetenkning omhandler et ekstremt fokus på de mest negative konsekvensene som er mulig i en situasjon, og en tankegang om at ingenting nytter. Dette er en psykologisk faktor som er en betydelig prediktor for uførhet. Flere studier har vist en klar sammenheng mellom katastrofetanke ved smerterelaterte sykdommer, som blant annet revmatisk artritt og artrose og andre plager som blant annet fibromyalgi og bløtvevsskader. (Arnou et al., 2011; Westman et al., 2011). Det er laget en «fear-avoidance»-modell hvor en prøver å fange opp de kognitive dimensjonene ved katastrofetanke og bevegelsesfrykt. Her

ønsker en å se hvordan sammenhengen mellom disse og atferdsendring kan føre til langvarig smerte og funksjonsnedsettelse (Vlaeyen & Linton, 2000).

Frykt er en følelsesmessig reaksjon på en hendelse som oppfattes som farlig eller truende, hvor kroppen responderer på hendelsen med fysiologiske reaksjoner. Det er i slike situasjoner vanlig med en «fight or flight» respons, enn unngår eller konfronterer situasjonen. Kognitive funksjoner påvirkes, slik at en er mer årvåken for signaler om mulige trusler, og det vil være vanskelig å overse disse truende situasjonene. Frykt er individets beskyttelse mot umiddelbare oppfattede trusler (Asmundson, Norton, & Vlaeyen, 2004; Carleton, Norton, & Asmundson, 2007; Crombez et al., 1999)

Det er også beskrevet noe som kalles «fundamental» frykt, som i hovedsak omhandler tre hovedpunkt, hvorav det ene punktet omhandler personers frykt for sykdom og skade. «Injury/illness sensitivity» (IIS) er frykt for å få fysisk skade eller å bli syk og få kroniske smerter. Frykten omhandler også sykdommer og skader som kan inntreffe i fremtiden (Carleton, Thibodeau, Asmundson, Osborne, & Taylor, 2014; Reiss, 1991; Vancleef et al., 2006). Det har vært diskutert om «pain-related anxiety», engstelsen og redsel for smerter, inngår i frykten for at sykdom eller skade kan føre til smerter (Carleton et al., 2014; Vancleef et al., 2006). Flere studier viser at angst og redsel for smerter påvirker kognisjon, fysiologi, unngåelsesatferd, katastrofetanker og frykt (Carleton et al., 2014; Vancleef et al., 2007; Vancleef et al., 2006).

Som nevnt innledningsvis er sykefravær er en stor utfordring i Norge. Frykt for sykdom er en av flere forklaringsårsaker som har fått mer fokus de siste årene. Forskning peker på sammenheng mellom katastrofetanker og unngåelsesadferd og fremtidig sykefravær og uførhet (Crombez et al., 1999; Iles et al., 2008; Linton, 2000; Linton et al., 2011; Vancleef et al., 2006; Westman et al., 2011). Dette understreker behovet for å møte disse psykologiske aspektene i behandling av pasienter med sammensatte lidelser (Vancleef et al., 2007; Westman et al., 2011). Studier viser også at reduksjon i katastrofetanker er med på å øke tilbakeføring til arbeid (Linton et al., 2011). Deltakelse i et RT-tilbud kan i seg selv fremme tilbakeføring. Det å bli sett, verdsatt, tatt vare på samt få anerkjennelse og sosial støtte har i tidligere studier vist seg å predikere tilbakeføring (Lysaght & Larmour-Trode, 2008). Ved å belyse dette området vil vi kunne få mer innsikt i om det er helseplagene i seg selv eller «frykten» for disse som bidrar til noe av det høye sykefraværet i Norge i dag.

2. Teoretisk perspektiver

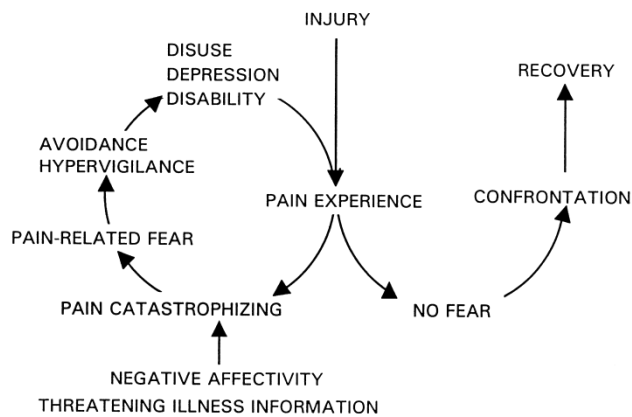
2.1 Biopsykososial modell

Dersom man ønsker å ivareta personer med sammensatte lidelser, er det ikke tilstrekkelig med et biomedisinsk perspektiv (Leeuw et al., 2007). I 1977 presenterte den amerikanske indremedisineren og psykiateren George L. Engel den biopsykososiale modellen (Engel, 1977). En slik biopsykososial tenkning er nå rådende, også hos WHO, gjennom ICF (WHO 2001:20). Denne modellen har et holistisk menneskesyn og tar hensyn til biologiske, psykologiske og sosiale dimensjoner og behov. Den presenterer et helhetlig syn på mennesket, hvor kropp, sinn og sosiale omgivelser påvirker hverandre (Barbosa da Silva, Hugaas, Ljungquist, & Norheim, 2012; Mæland, 2009). Engels biopsykososiale modell bygger på en antakelse om at det pågår en gjensidig interaksjon mellom ulike komponenter, og på ulike systemnivå i komponenten. Sykdom ses på som et komplekst samspill mellom flere ulike faktorer, hvor pasientens egne erfaringer, opplevelser og livssituasjon vil spille inn (Engel, 1977).

Den biopsykososiale modellen er utbredt innen forskning om tilbakeføring, da en slik tilnærming argumenterer for at både biologiske og psykologiske faktorer bidrar til utvikling av smerter og uførhet (Besen, Young, & Shaw, 2015).

2.2 «Fear-avoidance» - modell

I et forsøk på å forklare hvordan og hvorfor noen mennesker utvikler langvarige og kroniske smerter, utarbeidet Lethem, Slade, Troup & Bentley (1983) en modell for å forklare frykt for smerter, hvor fokuset er «konfrontasjon» eller «unngåelse». Senere laget Vlaeyen, Kolesnijders, Boeren & Vaneek (1995) en revidert utgave der den nye modellen la grunnlaget for en mer kognitivt orientert modell for smerterelatert frykt. Denne påpeker at det er flere ulike veier som kan få smertefrykt til å resultere i uførhet (Vlaeyen et al., 1995). Ulike psykologiske faktorer som katastrofetanker og unngåelsesatferd kan forsterke og forlenge smerteopplevelsen. «Fear-avoidance»-modellen prøver å belyse disse kognitive dimensjonene og forklare hvordan de i kombinasjon med atferdsendring kan føre til funksjonsnedsettelse og langvarige smerter (Vlaeyen & Linton, 2000). Dette er vist i figur 1.



Figur 1 viser «Fear-avoidance» - modellen (Vlaeyen & Linton, 2000. s.329).

Modellen består av seks komponenter som belyser unngåelsesatferdens effekt på smerter og funksjon. Samtidig viser den hvordan frykten for smerter kan ha større betydning for uførhet enn smerten i seg selv. Personer som antar at smerte innebærer fare for forverring av tidligere opplevde smerter, unngår handlinger som kan føre til smerte. Når smerte, muligens forårsaket av skade, blir tolket som truende (katastrofetenkning), utvikles det smerterelatert frykt. Dette igjen kan føre til unngåelsesatferd, og hypervigilans (over-årvåkenhet) til kroppslige opplevelser som øker muligheten for funksjonsnedsettelse, stillstand og depresjon. Sistnevnte vil opprettholde smerteopplevelsen og dermed vedlikeholde den onde sirkelen av økende frykt for aktivitet og arbeid. Det antas at katastrofetenkning også påvirkes av negative holdninger og informasjon om truende sykdom (Brox, Storheim, Holm, Friis, & Reikeras, 2005; Leeuw et al., 2007; Vlaeyen & Linton, 2000).

Hos personer uten katastrofetanker forekommer det ikke smerterelatert frykt, og det er vanlig å gjenoppta de daglige aktivitetene på et tidlig tidspunkt. Dette øker sannsynligheten for en rask bedring. (Vlaeyen & Linton, 2000).

2.3 «Tilbakeføring til arbeid»

Selv om begrepet «Return to work (RTW)» er et internasjonalt etablert uttrykk for alt som omhandler tilbakeføring, mangler det en klar, sammenfallende og operasjonell definisjon av begrepet, noe som kan være en utfordring (Aas, 2009; Biering, Hjøllund, & Lund, 2012; Steenstra, Lee, de Vroome, Busse, & Hogg-Johnson, 2012). Begrepet kan omhandle et tiltak eller en prosess, men i studier om helse og arbeid er «Tilbakeføring til arbeid» ofte brukt for å måle utfall eller resultat. Betegnelsen «RTW-

outcome» referer til varierende beslektete konsepter og definisjoner av det yrkesmessige utfallet etter funksjonsnedsettende sykdommer eller skader. Det er brukt for å beskrive varigheten og omfanget av hvordan manglende arbeidsevne påvirker begrensninger i helse og funksjonalitet, men det er ikke et mål på funksjonell status (Biering et al., 2012; Krause, Frank, Dasinger, Sullivan, & Sinclair, 2001; Steenstra et al., 2012). En litteraturstudie gjennomført av Aas (2011) avdekket at begrepet blir brukt på minst fire forskjellige måter for å beskrive følgende: «1. et tidspunkt (a point in time), 2. en type arbeidsstatus (a type of work status), 3. en personlig prosess eller en rehabiliteringsprosess (a personal process or a rehabilitation process), 4. en type intervensjon eller et program (a type of intervention or a program)» (Aas, 2011, s. 23).

Varigheten av manglende arbeidsevne og tilbakeføring kan måles på ulike måter: kategorisk (tilbakeført ved tidspunkt X ja/nei), kumulativt (varigheten av alt fravær, målt i antall dager borte fra arbeid, startet ved datoen sykemeldingen inntraff) eller kontinuerlig (tiden det tar for tilbakeføring, f.eks. registrert datoer mellom tid fra første sykemeldingsdag til første dag tilbake i arbeid) (Biering et al., 2012; Krause et al., 2001).

I denne oppgaven er tilbakeføringsgraden til arbeid målt kategorisk ved gitte tidspunkt. Heretter blir begrepet «tilbakeføring til arbeid» i hovedsak omtalt som tilbakeføring.

3. Evalueringen av RT-tilbudet

Denne oppgaven er knyttet til evalueringen av det nasjonale forskningsprosjekt; «Tilskudd til helse og rehabiliteringstjenester for sykmeldte» også kalt Raskere- tilbake ordningen. I 2011 besluttet Arbeidsdepartementet å gjennomføre en evaluering av ordningen, med formål om å finne ut hva ordningen bør inneholde og hvordan den bør bli organisert for å bidra til at sykmeldte blir tilbakeført.

Prosjektet består av tre delstudier; Tjenestestudien, Individstudien og Aktørstudien (Aas, Solberg, & Strupstad, 2011), og denne masteroppgaven er et selvstendig bidrag til delstudiet; ”Individstudien”, som er en prospektiv kohortestudie.

Som en oppfølger til forslaget fra Stoltenbergs sykefraværsutvalg fra 2006 ble i 2007 Raskere tilbake (RT) etablert med mål om å styrke tilbudet om rehabilitering og behandling for sykmeldte. Tiltaket hevdes å være Norges største satsning med formål å

reduere sykefravær/varighet av sykefravær, samt tidligere tilbakeføring. Formålet var en mer yrkesrettet rehabilitering også for å redusere de økonomiske kostnadene ved betalt sykefravær. Dette ved hjelp av raskere avklaring, individuell oppfølging, medisinsk behandling og rehabilitering av sykmeldte (Aas, 2009, 2011; Aas et al., 2011). Ordningen er statlig finansiert, og tilbudene blir gitt av ulike instanser, som offentlige og private klinikker, sykehus og institusjoner i hele Norge. RT-tilbudet inkluderer medisinsk og kirurgisk behandling, somatisk rehabilitering på sykehus, psykiatrisk behandling og rehabilitering, arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjoner, samt avklaring, oppfølging og behandling av personer som er sykmeldte eller er i faresonen for å bli det (Aas et al., 2011). Det har ikke vært detaljerte retningslinjer for metodisk tilnærming i RT-tilbudene. Føringerne har imidlertid åpnet opp for at leverandørene selv kan vurdere hvilke tilbud som er effektive og hensiktsmessige. Dermed har innhold og kompetanse blitt definert forholdsvis vidt, og de ulike RT-tilbudene har følgelig variert mellom de ulike behandlingsstedene (Aas et al., 2011).

4. Studiens formål, forskningsspørsmål og hypoteser

Målet med studien var å undersøke utbredelsen av frykt for at helseplager skyldes alvorlig sykdom blant sykmeldte som mottar Raskere Tilbake-tilbud, og vurdere om slik frykt påvirker tilbakeføring til arbeid. Hensikten er å kunne gi behandlere som tilbyr RT-tilbud økt innsikt i hvilke faktorer som kan påvirke tilbakeføring.

Vi ønsket svar på følgende forskningsspørsmål:

- Hvor utbredt er frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom blant deltakerne som mottar RT-tilbud?
- Spiller alder og kjønn en rolle for opplevelsen av frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom?
- Reduseres frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom i løpet av perioden en mottar RT-tilbudet?
- Har deltakere som opplevde smerter når RT-tilbudet startet en større frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom, enn deltakere uten smerter?

- Har frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom sammenheng med deltakernes tilbakeføring?
- Har smerte og frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom sammenheng med deltakernes tilbakeføring?

Følgende 0-hypoteser vil bli testet:

- Det er ikke sammenheng mellom opplevd frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom og kjønn.
- Det er ikke sammenheng mellom opplevd frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom og alder.
- Deltakerne opplevde ikke en reduksjon i frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom etter gjennomført RT-tilbud, sammenlignet med da tilbudet startet.
- Deltakerne som har plager med smerter opplever ikke mer frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom enn deltakerne uten smerter.
- Deltakerne som opplever frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom blir ikke senere tilbakeført enn deltakerne som ikke opplever frykt for alvorlig sykdom.
- Deltakerne som opplever frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom og samtidig har plager med smerter, blir ikke senere tilbakeført enn deltakerne uten smerte.

5. Materiale og metode

5.1 Design

Prosjektet ble designet som en prospektiv kohortestudie blant deltakere etter tilbakeføringsprogram (n=524). Data om demografiske opplysninger og frykt for sykdom ble kartlagt ved bruk av spørreskjema til pasient, og var derved selvrapportert. Data om hvilke individuelle tilbud som ble mottatt ble registrert av behandler. Disse dataene/opplysningene ble koblet til sykefravær ved hjelp av personnummer. Sykefraværdataene er registerdata fra NAV (FD-Trygd).

5.2 Informantene

5.2.1 Tjenestetilbudene

Studiens utvalg ble rekruttert fra den nasjonale RT-studien. For å få tilgang til lister over de ulike institusjonene som tilbyr RT-tilbud, ble koordinatorene fra helsemyndighetene, helseforetakene og NAV-sentralt og fylkesvis kontaktet. Deretter ble alle lederne og koordinatorene i de ulike institusjonene kontaktet via e-post fra forskergruppen, der institusjonen ble invitert til å delta i studien.

Det var 50 ulike institusjoner som takket ja til å delta, utav totalt 250 som ble invitert. De ulike institusjonene og klinikkene som ønsket å delta, ble bedt om å velge en lokal studiekoordinator som skulle ha det overordnede ansvaret på sin institusjon. Å takke ja til deltakelse i studien innebar at klinikken måtte rekruttere pasienter og deres behandlere, i minst to måneder. Institusjoner som ikke hadde respondert etter 8-10 dager, ble på ny kontaktet igjennom e-post om påminnelse. Innen en uke etter institusjonen godkjente sin deltakelse i studien, ble det sendt en informasjonspakke som inneholdt informasjon om studien, plakater, samtykkeskjema, spørreskjema, svarkonvolutter og «postkasser».

Alle lederne ved klinikkene som sa seg villig til å delta i studien, ble på ny kontaktet 10-12 dager etter avgitt godkjennelse for å høre om informasjonspakken var mottatt, og om de hadde spørsmål angående studien. Forskergruppen var også tilgjengelig for spørsmål under hele rekrutteringsfasen. Rekrutteringsprosessen ble gjennomført ved to ulike tidspunkt, november og desember 2011, og fra juni til august 2012, grunnet ønske om flere deltakere. Data ble innsamlet mellom februar og oktober 2012.

Alle deltakere som hadde avsluttet behandling av et RT-tilbud innen den aktuelle perioden, fikk invitasjonsbrev om å delta i den nasjonale evalueringen. Invitasjonsbrevet bestod av trykte spørreskjema, skjema om informert samtykke og svarkonvolutt. Det ble også gitt tilbud om informasjon og spørreskjema elektronisk. I tillegg ble det fylt ut et eget skjema om pasientens RT-tilbud av pasientens team/behandler/koordinator.

Respondentene ble merket med eget ID-nummer. Oppnevnt prosjektsekretær er den eneste med kjennskap til koblingsnøkkelen for ID'en. Materialet ble oppbevart på et sikkert dataområde. Registerdataen (FD-Trygd) om sykmeldinger ble hentet ut fra

sentralt register i Arbeids- og velferdsdirektoratet for både flere år før, men også for over ett år etter avsluttet tiltak.

5.2.2 Deltakerne

Det var tilgjengelig data fra 678 deltakere for denne studien. Inklusjonskriteriene for studien var følgende; deltakerne måtte ha svart på spørsmålet om «opplevd frykt for helseplagene kan skyldes alvorlig sykdom», samt de måtte være sykmeldte ved oppstart av RT-tilbudet. Av de 678 deltakerne var det 641 som svarte på spørsmålet om «opplevd frykt for helseplagene kan skyldes alvorlig sykdom», før oppstart av RT-tilbudet. Av disse ble 25 personer ekskludert da det ikke var registrert sykemeldingsdata på dem, og 92 ble ekskludert da de ikke var sykmeldte ved oppstart av tiltaket. Det var derved 524 personer som tilfredsstilte inklusjonskriteriene og ble tatt med i studien.

Tabell 1 viser fordeling av inkluderte deltakere ved oppstart. Det var langt flere kvinner (74 prosent) enn menn (26 prosent) i studien. Alderen varierte mellom 21 til 67 år, med en gjennomsnittsalder på 45 år for begge kjønn. Den største andelen av deltakerne var mellom 31 og 49 år, med 56 prosent av alle deltakerne i denne gruppen.

Tabell 1 Fordeling av inkluderte deltakere ved oppstart

Variabel	Kategori	n	prosent
Kjønn	Mann	138	26
	Kvinne	386	74
Alder	Gjennomsnitt	45.22	
	Under 30 år	46	9
	Mellom 31 og 49 år	291	56
	50 år og eldre	184	35
Sivil status	Ugift	92	18
	Samboer	111	21
	Gift/reg. partner	242	46
	Separert	10	2
	Skilt	61	12
	Enke/enkemann	6	1
Utdanningsnivå	Gjennomsnitt; SD	2.43 (0,85)	
	Grunnskolenivå (ca. 9 års skolegang)	60	12
	Videregående skolenivå (ca. 12 års skolegang)	236	46
	Høgskole-/universitetsnivå til og med 4 år	157	31
	Høgskole-/universitetsnivå i mer enn 4 år	62	12
Fysisk aktivitet	Gjennomsnitt, median	5.33 (4)	
	Inaktiv (2 timer eller mindre i uken)	119	23
	Aktiv (3 timer eller mer i uken)	392	77

Hele 53 prosent av deltakerne hadde muskel og skjelettlidelser, mens 17 prosent hadde psykologiske plager og lidelser. For fire prosent av deltakerne var det ikke registrert eller det var manglende diagnose. De resterende 26 prosent hadde andre diagnoser, der sykdommer i nervesystemet, sykdommer og plager i kvinnelige kjønnsorganer samt andre allment og uspesifiserte diagnoser var de største gruppene, se tabell 2.

Tabell 2 fullstendig oversikt over diagnosegruppene (antall og prosent).

Variabel	Kategori	n	prosent
Diagnose	Ingen diagnose	14	2,2
	Mangler diagnose	25	3,9
	Muskelskjelett lidelser	339	53
	Psykiske plager og lidelser	108	17
	Allment og uspesifisert	29	4,5
	Blod, bloddannende organer og immunsystemet	6	0,9
	Svulst	6	0,9
	Fordøyelsessystemet	7	1,1
	Sykdommer i nervesystemet	19	3,0
	Hjerte- og karsystemet	8	1,3
	Sykdommer/plager i luftveier	11	1,7
	Hudsykdommer/plager	5	0,8
	Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer	2	0,3
	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	2	0,3
	Sykdommer/plager i urinveien	3	0,5
	Sykdommer/plager i kvinnelige kjønnsorganer (inklusive bryster)	41	6,4
	Sykdommer/plager i mannlige kjønnsorganer	2	0,3
	Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	13	2,0

De fleste pasientene (81 prosent, $n = 293$) mottok et tverrfaglig eller integrert faglig tilbud under tiltaket. Bare åtte prosent ($n = 30$) fikk et monofaglig tilbud, mens 10 prosent ($n = 37$) mottok tilbud som omfattet flerfaglighet. For de resterende pasientene er ikke profesjonenes tilbud registrert, se tabell 3. De vanligste intervensjonene som pasientene mottok inneholdt psykologisk terapi eller behandling, herunder kognitiv terapi, psykoterapi og generell samtalerapi. Behandling som omfattet motivasjon, mestringstrening eller fysioterapi og trening var også mye brukt. Ellers mottok seks prosent ($n = 33$) en eller annen form for kirurgisk eller medisinsk behandling (tabell 3).

Tabell 3 viser hvordan deltakernes tilbud var organisert, samt hvilke ulike intervensjoner som ble mottatt.

Variabel	Kategori	n	Valide svar n	Valid prosent
Tilbudets organisering	Monofaglighet (en profesjons tilbud)	30	360	8
	Flerfaglighet (flere profesjoner som gir tilbud hver for seg)	37	360	10
	Tverrfaglighet (flere profesjoner som samordner sitt tilbud gjennom møter/utveksling)	169	360	47
	Integrert faglighet (alle har felles forståelse som kommuniseres overfor pasient og andre)	124	360	34
Mottatte intervensjoner	Kirurgisk behandling	6	6	94
	Medikamentell behandling	19	19	100
	Annen medisinsk behandling	7	8	89
	Fysikalsk behandling	162	76	213
	Opptrening	231	89	261
	ADL- trening	25	23	109
	Ortoser	1	1	88
	Hjelpemidler	94	63	150
	Kostholdstiltak	5	6	91
	Søvn tiltak	27	27	102
	Avrusningstiltak	2	2	90
	Andre tiltak	97	59	164
	Kognitiv terapi	121	61	197
	Psykoterapi	11	12	96
	Generell samtaleterapi	144	71	202
	Forsikring om at plagene ikke er farlige (reassurance)	172	79	219
Mestringstrening	194	80	245	
Motivasjonstrening	60	43	141	

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

5.3 Datainnsamling

Variablene om frykt ble samlet inn via spørreskjema som deltakerne svarte på ved avslutning av RT-tilbudet. Spørreskjemaet var utarbeidet for denne studien og inkluderte også spørsmål om sosio-demografiske opplysninger, samt informasjon om deltakernes helse og funksjon. Hovedspørsmålene er beskrevet nedenfor, og derfor ikke vedlagt som vedlegg.

Det finnes et standardisert og validert spørreskjema for å måle frykt for sykdom og skader (Illness/injury Sensitivity Index, ISI). Det består av 11 spørsmål bygget på selvrapporterte mål om frykt og katastrofetenkning rundt sykdom og/eller skade (Taylor, 1993). Grunnet studiens omfang, var det ikke mulig å ha med alle spørsmålene i spørreskjemaet. Det ble derfor tilpasset et eget spørsmål om frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom som bygger på ISI.

Hovedspørsmålet som ble stilt for denne studien var; «I hvilken grad har du opplevd en frykt for at de helseplagene du har kan skyldes alvorlig sykdom?» Dette ble målt ved to spørsmål, med en fem punkts likert skala (Vanceleef et al., 2007) rangert fra 1 «Aldri» til 5 «Hele tiden». Helseplager er definert som sykdommer og/eller beslektede helseproblemer (Helsedirektoratet, 2015), klassifisert etter ICD-10 (Helsedirektoratet, 2014).

Videre i oppgaven blir «deltakernes opplevelse av frykt for at helseplagene skal skyldes alvorlig sykdom» i hovedsak omtalt som «frykt for alvorlig sykdom», forkortet «frykt».

Det ble også stilt spørsmål om deltakerne opplevde smerter ved hvile, eller smerter i aktivitet, da frykt for sykdom er nært knyttet til kroniske smerte (Carleton et al., 2014; Vanceleef et al., 2007; Vanceleef et al., 2006). Dette ble målt ved to spørsmål, med en 11 punkts VAS skala, rangert fra 0 «Ingen» til 10 «Maks». Dette er en mye brukt måte å kartlegge smerter på (Crombez et al., 1999; Dawson et al., 2011). Disse variablene ble brukt hver for seg i analysene, samt slått sammen til en felles variabel (omhandlende «opplevelse av smerter»). Videre i oppgaven blir denne sammenslåtte variabelen omtalt som «smerte».

Deltakernes primærdiagnose ble registrert av behandlerne basert på diagnosesystemene ICD-10 (spesialisthelsetjenesten) og ICPC (primærhelsetjenesten) (Helsedirektoratet, 2014, 2015), og kodet etter gjellende versjon.

Tilbakeføring ble målt ved avslutningen av RT-tilbudet, og tre måneder etter avsluttet tilbud for hver enkelt av deltakerne. Registeringer av sykefravær for den enkelte deltaker ble innsamlet fra databasen FD trygd, det norske trygderegisteret hvor en finner statistikk om trygdeytelser og andre relaterte statistiske data. Sykefraværdataene oppgir start- og sluttdatoer for hver sykmeldingsperiode for den enkelte deltaker. For å identifisere hvilke deltakere som var sykmeldte ved oppstart av RT-tilbudet, ble sykefravær registrert for hver enkelt deltaker ved oppstart. For variabelen om tilbakeføring ble hver enkelt deltaker individuelt sjekket, for å kunne registrere graden av sykefravær ved avslutning av RT-tilbudet og tre måneder etter avsluttet tilbud. Hver enkelt ID ble også individuelt kontrollert for om personen hadde gått over på andre trygdeytelser, som arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. De som mottok andre trygdeytelser ble registrert som sykmeldt, og ikke tilbakeført.

Basert på andre studier (Biering et al., 2012; Haveraaen, 2015) ble det gjort et valg om å måle tilbakeføringsgraden som en dikotom variabel, der tilbakeføring ble definert som tilbake i arbeid i 50 prosent-stilling eller mer.

Å komme tilbake i arbeid etter sykefravær kan være en omfattende prosess som påvirkes av ulike medisinske, psykologiske og sosiale faktorer (Besen et al., 2015; Eriksen, Hysing, & Øyeflaten, 2008). Tidligere forskning predikerer at kjønn, alder, sivilstatus, utdanningsnivå og diagnose påvirker varigheten av sykefravær (Aas, 2009; Krause et al., 2001; Øyeflaten, Lie, Ihlebæk, & Eriksen, 2014). Psykologiske faktorer som frykt og oppfatning av sykdom, inaktivitet og smerteintensitet er også relevante for tilbakeføring (Besen et al., 2015; Eriksen et al., 2008; NOU 2010:13). Det ble derved kontrollert for disse faktorene i analysen.

5.4 Analyse

SPSS versjon 20 ble benyttet til de statistiske analysene. For å forsikre at spørreskjemaet ble korrekt rapportert, ble alle datafilene gjennomgått og korrigert av minst to personer fra forskningsgruppen før analysene ble gjennomført. Da de ferdig utfylte spørreskjemaene fra deltaker og behandler ikke har vært tilgjengelige, har aktuelle «feil-registreringer/feil-svar» blitt omkodet til «missing». Det ble gjennomført forberedende analyser for å kontrollere «feil», normalfordeling og multikolinariitet. Signifikante resultater ble definert som $p < 0,05$.

Deskriptive analyser ble utført på hele datamaterialet for inkluderte deltakere. Da variablene som ble brukt i denne studien ikke var normalfordelt, ble det utført ikke-parametriske tester. For å utforske endringer som kom under RT-tilbudet, for variablene om frykt for alvorlig sykdom, ble det utført Wilcoxon signed-rank test. Dette er en analysemetode som blir brukt ved repeterte målinger, ved to ulike tidspunkt. Resultatene blir oppgitt i z-verdi, p-verdi og effektstørrelse. Effektstørrelsen (r) av resultatet ble regnet ut ved å dele z-verdien på kvadratroten av n (Pallant, 2013).

Det ble det utført Kji-kvadrattest for å se på sammenheng mellom kjønn, alder og smerter opp mot frykt for alvorlig sykdom. Denne analysemetoden ble også brukt for å undersøke sammenhengen mellom frykt for sykdom + smerter og tilbakeføring, både ved avslutning av RT-tilbudet og tre måneder etter avsluttet tilbud. For Kji-kvadrattestene (Pearson Chi-Square) ble det benyttet Yates kontinuerlige korreksjon for å kompensere for overestimat ved 2x2 tabell. Alle tabellene ble kontrollert for at det var forventet flere enn 5 celler. Phi coefficient er rapportert, med Cohens kriterier om styrken på sammenheng for variablene. Ved tabeller større enn 2x2 er Cramer's V rapportert. Nesten alle variablene som ble brukt i Kji-kvadrattestene ble dikotomisert, ved å dele dem ved hjelp av median for å få høy og lav skår (visual binding), slik at en fikk en gruppe med opplevd «lite» og en gruppe med opplevd «mye». En slik deling gjør utvalgsstørrelsen tilnærmet lik, og egnet for sammenlignede analyser. (Bjørndal & Hofoss, 2004; Pallant, 2013).

Videre ble det utført enkeltvis logistisk regresjon, for variablene om frykt for sykdom og frykt+smerter ved oppstart og avsluttet RT-tilbud. Dette for å undersøke prediksjon av tilbakeføring, både ved avslutning av RT-tilbudet og 3 måneder etter avsluttet tilbud. Resultatene er oppgitt i p-verdier, Odds ratio (OR) og 95 prosent konfidensintervall.

Til slutt ble det utført logistisk regresjonsanalyser, for tilbakeføring ved både avslutning av RT-tilbudet og 3 måneder etter avsluttet tilbud, justert for variablene som viste seg å predikere tilbakeføring, testet ved separate bivariate korrelasjonsanalyser (signifikante med p-verdi på $\leq 0,20$). Dette ble gjort for å se om tilbakeføringsgraden kan forklares alene av opplevd frykt for alvorlig sykdoms, samt smerter, eller om forklaringsvariablene påvirker sammenhengen. De kontinuerlige variablene som ble brukt i de logistiske regresjonsanalysene ble dikotomisert ved å dele dem ved hjelp av median tilsvarende slik som ved de andre analysene (Johannessen, 2009; Pallant, 2013).

5.5 Etikk

Denne nasjonale studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjenester AS (NSD) og Datatilsynet (Studien har prosjektnummer: 28988). Det ble sendt prosjektplan til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som ikke anså det nødvendig med etisk godkjenning før gjennomføring av studien.

Ved oppstart av studien ble det informert om frivillig deltakelse, og konfidensialitet. Informantene undertegnet informert samtykke. RT-studiet, samt denne masteroppgaven er utført i samsvar med Helsinki Deklarasjonen (1964) (WMA Declaration of Helsinki). Ethiske normer, i henhold til lov om medisinsk og helsefaglig forskning av 20. juni nr.44, 2008, har blitt fulgt gjennom hele forskningsprosessen (Syse, 2014). Informasjonsbrev og samtykkeerklæring er vedlagt i vedlegg 3 - 5.

6. Resultat

6.1 Deltakernes opplevelse av frykt for alvorlig sykdom

6.1.1 Andelen som opplevde redusert grad av frykt

Tabell 4 viser andelen som opplevde frykt, og graden frykten reduseres fra oppstart til avslutning av RT-tilbudet. Det var 69 prosent av deltakerne som opplevde frykt ved oppstart av tilbudet. Etter gjennomført tilbud var det en betydelig reduksjon i opplevd frykt, hvorav gruppen med deltakerne som opplevde frykt hele tiden ble redusert med 50 prosent i løpet av RT-tilbudet. Gruppen med deltakere som opplevde frykt svært sjeldent/sjeldent økte med 43 prosent etter gjennomført RT-tilbud, og gruppen som aldri opplevde frykt økte med 23 prosent.

Tabell 4 Andel med frykt og andel som endrer frykt i løpet av RT-tilbudet (antall og prosent)

Variabel	Oppstart n	Oppstart prosent	Avslutning n	Avslutning prosent	Endring n	Endring prosent
Opplevd frykt Aldri	164	31	202	40	+38	+23
Opplevd frykt Svært sjeldent/sjeldent	114	22	163	32	+49	+43
Opplevd frykt Av og til	131	25	81	16	-50	-38
Opplevd frykt Ofte/svært ofte	89	17	49	10	-40	-45
Opplevd frykt Hele tiden	26	5	13	3	-13	-50
	524 ^a		508 ^a			

^a=n-total

6.1.2 Andelen som opplevde at frykten forsvant i løpet av RT-tilbudet

Deltakerne som ikke opplevde frykt etter gjennomført RT-tilbud økte med 21 prosent fra oppstart av Raskere Tilbake-tilbudet til avslutning av tilbudet, mens gruppens om opplevde frykt ble redusert med 15 prosent. Tabell 5 viser at før oppstart av RT-tilbudet opplevde 32 prosent av deltakerne ikke frykt for alvorlig sykdom. Etter gjennomført RT-tilbud rapporterte 40 prosent at de ikke hadde frykt, mens 60 prosent fremdeles opplevde frykt for sykdom.

Tabell 5 Andel med frykt og andel som endrer frykt i løpet av RT-tilbudet (antall og prosent)

Variabel	Oppstart n	Oppstart prosent	Avslutning n	Avslutning prosent	Endring n	Endring prosent
Opplevd frykt	433	68	370	60	63	-15
Ikke opplevd frykt	208	32	252	40	44	+21
	641 ^a		622 ^a			

^a=n-total

6.1.3 Reduksjon i grad av frykt

Analysen viser en statistisk signifikant reduksjon i frykt for alvorlig sykdom fra oppstart til avsluttet RT-tilbud. Wilcoxon signed rank test viste $z = -9,52$, $p < 0,001$, noe som i følge Cohens (1988) kriterier for en sammenheng kan kategoriseres som en medium styrke ($r = 0.30$). Da analysen viser en statistisk signifikant reduksjon i frykt for sykdom, forkastes null-hypotesen om ingen reduksjon i frykt etter gjennomført RT-tilbud, sammenlignet med ved tilbudets start.

6.2 Har kjønn og alder en sammenheng med frykt for sykdom?

6.2.1 Kjønn og opplevd frykt

Det var 70 prosent av kvinnene som opplevde frykt for alvorlig sykdom ved oppstart av RT-tilbudet, mens tilsvarende andel blant menn var 65 prosent. Analyser av opplevd frykt, gjennomført enkeltvis både ved oppstart og avsluttet RT-tilbud, viser ikke signifikante forskjeller mellom kjønnene. Kji-kvadrattest , med Continuity Correction, ved oppstart av RT-tilbudet viste analysen ingen forskjeller på opplevd frykt blant kvinner og menn; $X^2(1, n = 524) = 1,290$, $p = 0,256$, $\Phi = 0,054$). Ved avslutning av RT-tilbudet viste analysen heller ingen forskjell mellom kjønn og frykt; $X^2(1, n = 508) = 0,905$, $p = 0,341$, $\Phi = -0,047$. Derved kan ikke null-hypotesen forkastes ved noen av de to tidspunktene, da resultatene viser at det ikke er sammenheng mellom opplevd frykt for at helseplagene skal skyldes alvorlig sykdom og hvilket kjønn deltakerne har.

6.2.2 Alder og opplevd frykt

Deltakerne ble delt inn i tre aldersgrupper; under 30 år, mellom 31 og 49 år og over 50 år.

Ved oppstart av tilbudet opplevde mellom 65–69 prosent av deltakerne frykt, hvorav aldersgruppen mellom 31 og 49 år som opplevde mest frykt. Frykten ble redusert til avslutning av RT-tilbudet og det var mellom 57–63 prosent av deltakerne i de ulike aldersgruppene som da opplevde frykt for sykdom. Ved avslutning av tilbudet var det mest utbredt frykt blant deltakerne som var 50 år og eldre. Analysene, ved begge tidspunktene, viste ikke signifikante forskjeller mellom alder og frykt. Kji-kvadrattesten ved oppstart av RT-tilbudet viste det var små forskjeller i opplevelsen av frykt i de ulike aldersgruppene; $X^2(1, n = 521) = 0,370$, $p = 0,831$, $\text{Cramer's } V = 0,027$. Ved avslutning

av RT-tilbudet viste analysene ingen forskjell mellom alder og frykt; $X^2(1, n = 505) = 0,837$, $p = 0,646$, Cramer's $V = 0,042$. Derved forkastes ikke null-hypotesen som sier det ikke er sammenheng mellom alder og opplevd frykt for sykdom.

6.3 Frykt med og uten smerte

Tabell 6 beskriver deltakernes smerte og opplevelse av frykt for sykdom, samt resultatene fra Khi-kvadrattest for hver enkelt variabel. Størst frykt opplevde deltakerne som svarte at de hadde smerter hele tiden, hvor 60 prosent hadde frykt for alvorlig sykdom. Analysen viste at opplevd smerte før oppstart av RT-tilbudet ikke har en signifikant sammenheng med frykt for sykdom. Derved beholdes null-hypotesen som sier at deltakerne med smerter ikke har mer frykt enn deltakerne uten smerter.

Tabell 6 Fordeling av deltakerne med smerter i hvile, smerter i aktivitet og smerter hele tiden, og deres sammenheng med frykt for alvorligsykdom.

Frykt for alvorlig sykdom								
Variabel	n ^a Total	n ^b	Prosent ^b	n total ^c	Prosent total ^c	x ²	p	Phi
Opplevd smerte i hvile	506	187	53	258	51,0	1,842	0,175	0,065
Opplevd smerte i aktivitet	500	186	53	266	53	0,05	0,934	0,008
Opplevd smerte hele tiden	477	202	60	276	58	1,197	0,274	0,055

Note: Frihetsgrader for alle variablene = 1. $x^2 =$ Kji-kvadrattest.

^a alle variablene kunne ikke vurderes for alle individer på grunn av manglende rapportering. ^b antall og prosent av deltakere med smerte, som opplever frykt for sykdom. ^c antall og prosent av deltakere med smerte, som opplever frykt for alvorlig sykdom, utav den totale andelen av deltakere.

6.4 Tilbakeføring til arbeid ved avslutning av RT-tilbudet

I kapittel 6.4 vil deltakernes opplevelse av frykt for sykdom, samt deltakernes opplevelse av frykt og smerter, både ved oppstart og avslutning av RT-tilbudet, bli presentert. Dette vil bli sett opp mot tilbakeføring ved RT-tilbudets avslutning.

6.4.1 Sammenhengen mellom frykt og tilbakeføring

Ved behandlingsslutt var 29 prosent av deltakerne tilbakeført, dvs. at de arbeidet 50 prosent eller mer. Tabell 7 og 8 viser resultatene for deltakernes opplevelse av frykt for sykdom og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbud. Phi på -0,021 og -0,026 fra Kji-kvadrattestene (tabell 7) indikerer svakt at det var deltakerne som opplevde mest frykt for alvorlig sykdom som hadde høyest tilbakeføringsgrad ved avslutning av RT-tilbudet. Hverken deltakerne med frykt ved oppstart eller ved avslutning av tilbudet hadde en signifikant sammenheng mellom frykt for alvorlig sykdom og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbud. Derved kan ikke null-hypotesen forkastes.

Tabell 8 viser ingen sammenheng mellom deltakernes opplevelse av frykt, verken ved oppstart eller avslutning av RT-tilbudet, og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbudet. Etter å ha kontrollert for prognostiske variabler, var det fremdeles ingen resultater som viste at deltakerne med frykt ble senere tilbakeført enn deltakerne uten frykt. Null-hypotesen kan dermed ikke forkastes.

Tabell 7 Sammenheng mellom frykt og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbudet.

Variabel	n ^a total	Ikke tilbakeført		Tilbakeført		x ²	p	Phi
		n	(%)	n	(%)			
Frykt ved oppstart av RT-tilbud	524	371	(70,8)	153	(29,2)	0,244	0,621	-0,026
Lite frykt	164	119	(72,6)	45	(27,4)			
Mye frykt	360	252	(70,0)	108	(30,0)			
Frykt ved avslutning av RT-tilbud	508	356	(70,1)	152	(29,9)	0,148	0,701	-0,021
Lite frykt	202	144	(71,3)	58	(28,7)			
Mye frykt	306	212	(69,3)	94	(30,7)			

Note: Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. Frihetsgrader for alle variablene = 1. x² = Kji-kvadrattest, med Continuity Correction. ^a alle variablene kunne ikke vurderes for alle individer på grunn av manglende rapportering.

Tabell 8 Ujustert og justert regresjonsmodell for sammenheng mellom frykt ved avslutning av RT-tilbud og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbudet.

Variabel	Ujustert			Justert ^a		
	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Frykt ved oppstart av RT-tilbud	0,889	(0,585-1,330)	0,550	0,778	(0,494-1,223)	0,276
Frykt ved avslutning av RT-tilbud	0,908	(0,615-1,341)	0,629	1,258	(0,819-1,933)	0,294

Note: OR= Odds Ratio, KI= konfidensintervall. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. ^a Justert for prediktive variabler; utdanningsnivå, diagnose, nedstemthet, søvnproblemer, håp for fremtiden, aktivitet/vitalitet og glede over daglige gjøremål.

6.4.2 Sammenhengen mellom frykt + smerte og tilbakeføring

Tabell 9 viser resultatene for deltakerne som opplevde både frykt for sykdom og smerte, opp mot tilbakeføring ved avslutningen av RT-tilbudet.

Resultatene for deltakerne med frykt og smerte ved oppstart av tilbudet viste ingen signifikant forskjell på om deltakerne opplevde frykt og smerte i liten eller stor grad. Analysene viste ingen forskjell om at de deltakerne som i tillegg til frykt også opplevde smerter ikke kom tilbake i arbeid senere enn de som ikke opplevde smerter. Derved kan ikke null-hypotesen forkastes.

Imidlertid var det en signifikant forskjell i tilbakeføringsgrad for dem som opplevde frykt for sykdom og smerter ved avslutning av RT-tilbudet. Det var 39 prosent (n=27) som var tilbakeført ved avslutning av RT-tilbud av deltakerne som opplevde lite frykt og smerter. For gruppen som opplevde mye frykt for alvorlig sykdom og smerter, var derimot 25 prosent (n=94) tilbakeført på samme tidspunkt. Derved forkastes null-hypotesen, da disse ble signifikant senere tilbakeført enn de uten smerte.

Tabell 9 Sammenheng mellom frykt+smerte og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbud.

Variabel	Ikke tilbakeført			Tilbakeført		X ²	p	Phi
	n ^a total	N	(%)	n	(%)			
Frykt og smerte ved oppstart av RT-tilbud	465	329	(70,8)	136	(29,2)	0,375	0,540	0,033
Lite frykt og smerte	173	119	(68,8)	54	(31,2)			
Mye frykt og smerte	292	210	(71,9)	82	(28,1)			
Frykt og smerte ved avslutning av RT-tilbud	448	327	(73,0)	121	(27,0)	4,952	0,026	0,112
Lite frykt og smerte	70	43	(61,4)	27	(38,6)			
Mye frykt og smerte	378	284	(75,1)	94	(24,9)			

Note: Frihetsgrader for alle variablene = 1. X² = Kji-kvadrattest, med Continuity Correction. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. ^a alle variablene kunne ikke vurderes for alle individer på grunn av manglende rapportering.

Tabell 10 viser ingen sammenheng mellom deltakernes opplevelse av frykt og smerte ved oppstart av tilbudet, og tilbakeføring ved avsluttet RT-tilbud. Etter å ha kontrollert tilbakeføringen for prognostiske variabler, var det fremdeles ingen signifikante funn som viste at de med frykt og smerte ved oppstart av tilbudet, ble senere tilbakeført enn deltakerne uten frykt. Null-hypotesen kan derved ikke forkastes for denne gruppen.

Deltakerne som opplevde frykt og smerter også ved RT-tilbudets avslutning hadde derimot en signifikant forskjell i tilbakeføringsgraden, sammenliknet med dem uten frykt og smerter (OR var 0,527, p 0,019), som indikerer at desto mindre frykt deltakerne opplevde da, desto mer sannsynlighet var det at de ble tilbakeført. Etter å ha justert prognostiske variabler for tilbakeføring, ble hele modellen likevel ikke signifikant. Modellen forklarte mellom seks prosent (Cox & Snell R Square) og ni prosent (Nagelkerke R Square) av variansen til tilbakeføringsgraden. Størst påvirkning hadde forklaringsvariablene Håp for fremtiden (p 0,025), Følt seg aktiv og vital (p 0,025) og Gledet seg over daglige gjøremål (p 0,019). Etter å ha justert for prediktive variabler, er det ikke en signifikant forskjell mellom opplevelsen av frykt samt smerter og tilbakeføring. Null-hypotesen kan derved ikke forkastes.

Tabell 10 Ujustert og justert regresjonsmodell som viser sammenheng mellom frykt+smerte ved oppstart og avslutning av RT-tilbud og tilbakeføring ved avsluttet RT-tilbud.

Variabel	Ujustert			Justert ^a		
	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Frykt og smerter ved oppstart av RT-tilbud	0,860	(0,571-1,297)	0,473	0,977	(0,591-1,614)	0,927
Frykt og smerter ved avslutning av RT-tilbud	0,527	(0,309-,900)	0,019	0,616	(0,336-1,129)	0,117

Note: OR= Odds Ratio, KI= konfidensintervall. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. ^a Justert for prediktive variabler; utdanningsnivå, diagnose, nedstemthet, søvnproblemer, håp for fremtiden, aktivitet/vitalitet og glede over daglige gjøremål.

6.5 Tilbakeføring til arbeid tre måneder etter avsluttet RT-tilbud

I kapittel 6.5 vil deltakernes opplevelse av frykt for sykdom, samt deltakernes opplevelse av frykt og smerter, både ved oppstart og avslutning av RT-tilbudet, bli presentert. Dette vil bli sett opp mot tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud.

6.5.1 Sammenheng mellom frykt for sykdom og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud

Tre måneder etter avsluttet tilbud var 57 prosent tilbakeført 50 prosent eller mer i arbeid. Tabell 11 viser resultatene for deltakernes opplevelse av frykt for sykdom og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud. Deltakerne som opplevde mye frykt ved avslutningen av RT-tilbudet hadde høyest tilbakeføringsgrad (59 prosent) tre måneder etter avsluttet RT-tilbud. Analysen indikerer ingen signifikant sammenheng mellom frykt og tilbakeføring ved dette tidspunktet. Derved forkastes ikke nullhypotesen

Tabell 11 Sammenheng mellom frykt og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud.

Variabel	n ^a total	Ikke tilbakeført		Tilbakeført		X ²	p	Phi
		n	(%)	n	(%)			
Frykt ved oppstart av RT-tilbud	523	227	(43,7)	296	(56,6)	0,017	0,689	0,010
Lite frykt	164	70	(42,7)	94	(57,3)			
Mye frykt	359	157	(43,7)	202	(56,3)			
Frykt ved avslutning av RT-tilbud	507	215	(42,4)	292	(57,6)	0,272	0,602	-0,027
Lite frykt	202	89	(44,1)	113	(55,9)			
Mye frykt	305	126	(41,3)	179	(58,7)			

Note: Frihetsgrader for alle variablene = 1. X² = Kji-kvadrattest, med Continuity Correction. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. ^a alle variablene kunne ikke vurderes for alle individer på grunn av manglende rapportering.

Tabell 12 viser ingen signifikant forskjell mellom deltakernes opplevelse av frykt, verken ved oppstart eller avslutning av tilbudet, og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud. Etter å ha kontrollert tilbakeføringen for prediktive variabler, var det fremdeles ingen signifikante funn som viste en sammenheng mellom at deltakerne med frykt ble senere tilbakeført enn deltakerne uten frykt. Null-hypotesen kan derved ikke forkastes.

Tabell 12 Ujustert og justert regresjonsmodell som viser sammenheng mellom frykt ved avslutning av RT-tilbud og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud.

Variabel	Ujustert			Justert ^a		
	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Frykt ved oppstart av RT-tilbud	1,044	(0,719-1,516)	0,822	1,010	(0,665-1,535)	0,963
Frykt ved avslutning av RT-tilbud	0,894	(0,624-1,280)	0,540	1,369	(0,910-2,059)	0,132

Note: OR= Odds Ratio, KI= konfidensintervall. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. ^a Justert for prediktive variabler; utdanningsnivå, angst, nedstemthet, søvnproblemer, håp for fremtiden, aktivitet/vitalitet og glede over daglige gjøremål.

6.5.2 Frykt + smerte og tilbakeføring

Tabell 13 viser resultatene for deltakernes opplevelse av både frykt samt smerte, opp mot tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud.

Analysen viste ingen signifikant forskjell mellom opplevelsen av lite eller mye frykt og smerte ved oppstart av RT-tilbudet og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud. Derved kan ikke null-hypotesen forkastes.

Det var ingen signifikant forskjell i tilbakeføringsgrad for dem som opplevde frykt samt smerte ved avslutning av RT-tilbudet. P-verdien viste derimot en borderline signifikant forskjell i tilbakeføring mellom de som opplever lite eller mye frykt samt smerter ($p=0,065$). Det var 64 prosent ($n=45$) av deltakerne som opplevde lite frykt og smerte som var tilbakeført, mens for gruppen som opplevde mye frykt og smerter var 52 prosent ($n=194$) tilbakeført tre måneder etter avsluttet RT-tilbud. Null-hypotesen ble ikke forkastet, da p-verdien ikke var signifikant på 0,05 nivå.

Tabell 13 Frykt for sykdom og smerter ved oppstart og avslutning av RT-tilbudet - påvirkning på tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud.

Variabel	n ^a total	Ikke tilbakeført		Tilbakeført		X ²	p	Phi
		N	(%)	n	(%)			
Frykt og smerte ved oppstart av RT-tilbud	464	207	(44,3)	257	(55,4)	0,004	0,951	-0,007
Lite frykt og smerter	173	78	(45,1)	95	(54,9)			
Mye frykt og smerter	291	129	(44,3)	162	(55,7)			
Frykt og smerte ved avslutning av RT-tilbud	447	208	(46,5)	239	(53,5)	3,406	0,065	0,093
Lite frykt og smerter	70	25	(35,7)	45	(64,3)			
Mye frykt og smerter	377	183	(48,5)	194	(51,5)			

Note: Frihetsgrader for alle variablene = 1. X² = Kji-kvadrattest, med Continuity Correction. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid ^a alle variablene kunne ikke vurderes for alle individer på grunn av manglende rapportering.

Tabell 14 viser ingen sammenheng mellom deltakernes opplevelse av frykt og smerter ved avslutning av tilbudet, og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud. Etter å ha kontrollert tilbakeføringen for prediktive variabler, var det fremdeles ingen signifikante funn som viste en sammenheng mellom at deltakerne med frykt ble senere

tilbakeført enn deltakerne uten frykt. Null-hypotesen kan derved ikke forkastes for denne gruppen.

For deltakerne som opplevde frykt og smerte også ved RT-tilbudets avslutning, var det en signifikant forskjell med p-verdi < 0,05. OR på 0,589 indikerte at desto mindre frykt deltakerne opplevde, desto mer sannsynlig er det med tilbakeføring. Den justerte modellen var imidlertid ikke signifikant totalt sett. Den forklarte mellom 6 prosent (Cox & Snell R Square) og 8 prosent (Nagelkerke R Square) av variansen til tilbakeføringsgraden. Størst påvirkning hadde forklaringsvariablene Håp for fremtiden (p 0,063), Søvnproblemer (p 0,067) og Gledet seg over daglige gjøremål (p 0,050). Etter å ha justert for prediktive variabler, er det ingen signifikant forskjell mellom opplevelsen av frykt + smerter og tilbakeføring. Null-hypotesen kan derved ikke forkastes.

Tabell 14 Ujustert og justert regresjonsmodell som viser sammenheng mellom frykt og smerte ved avslutning av RT-tilbud og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud.

Variabel	Ujustert			Justert ^a		
	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Frykt og smerter ved oppstart av RT-tilbud	1,031	(0,706-1,505)	0,874	1,198	(0,772-1,858)	0,420
Frykt og smerter ved avslutning av RT-tilbud	0,589	(0,347-1,000)	0,050	0,667	(0,367-1,122)	0,184

Note: OR= Odds Ratio, KI= konfidensintervall. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. ^a Justert for prediktive variabler; utdanningsnivå, angst, nedstemthet, søvnproblemer, håp for fremtiden, aktivitet/vitalitet og glede over daglige gjøremål.

7. Diskusjon

7.1 Substansiell diskusjon

Målet med studien var å undersøke utbredelsen av frykt for at helseplager skyldes alvorlig sykdom blant sykmeldte som mottar Raskere Tilbake-tilbud, og vurdere om slik frykt påvirker tilbakeføring til arbeid. Resultatenes hovedfunn vil her diskuteres med bakgrunn i forskningsspørsmål og hypoteser, og ses i sammenheng med tidligere forskning på området.

Resultatene viser at det var syv av ti deltakere (n=360, 69 prosent) i studien som opplevde frykt for at helseplagene skyldtes alvorlig sykdom. Konkret hva årsakene til deltakernes frykt omhandlet kan ikke slås fast med sikkerhet. Tidligere studier påpeker imidlertid at frykt for smerter og skader og frykt for fysisk aktivitet og arbeid er utbredt (Jensen, Nielsen, & Stengaard-Pedersen, 2010; Norton & Asmundson, 2004; Pincus et al., 2002; Vancleef et al., 2007). Dette gjelder både for personer med generelle muskel og skjelettlidelser og lettere psykiske plager, men også hos personer med andre diagnoser som langvarig hodepine, samt de som opplever akutte tilstander. I ytterste konsekvens kan frykten for alvorlig sykdom være hypokondri, hvor mer eller mindre vanlige symptomer blir feiltolket som tegn på alvorlig sykdom. Man har overdreven helse- eller sykdomsangst, frykt for død og sykdommer som kreft, hjertesykdom, alvorlig nevrologiske eller psykiske lidelser, og smittsomme sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2009; Wilhelmsen, 2002). Da det i denne studien bare var 1,5 prosent (n = 8) av deltakerne som ikke hadde en avklart diagnose, er det lite trolig at denne frykten omhandler hypokondri. Frykten til deltakerne i denne studien tolkes mer som en generell frykt for sykdom (Illness/injury sensitivitet).

I løpet av studien, fra oppstart til avslutning av RT-tilbudet, var det en signifikant reduksjon i hvor mange deltakere som opplevde frykt, samt en reduksjon i graden av frykt. Gruppen med deltakerne som opplevde frykt hele tiden ved oppstart av tilbudet ble redusert med 50 prosent, noe som tyder på at behandlingstilbudet kan ha bidratt til mindre frykt hos noen deltakere. De intervensjonene som ble mest brukt hadde en psykologisk tilnærming, eller et fokus på fysisk aktivitet og opptrening. Tidligere studier underbygger at frykt for at smerter kan skyldes underliggende sykdom påvirker både psykologisk og kognitiv oppfattelse og funksjon (Crombez et al., 1999; Norton & Asmundson, 2004; Vlaeyen et al., 1995). Det kan bidra til økt inaktivitet, unngåelsesadferd og funksjonsnedsettelse. Kognitiv atferdsterapi, som opplæring og rådgivning om smertekontroll, fysisk aktivitet og trening har i flere studier vist seg å redusere sykefravær. Studier har vist at økt kunnskap om at smerter ved aktivitet og trening ikke nødvendigvis har sammenheng med at det er skadelig, førte til at deltakerne bevisst sluttet å bekymre seg for smertene, ble mer aktive og oppnådde raskere tilbakeføring til arbeid (Dawson, Schluter, Hodges, Stewart, & Turner, 2011; Godges, Anger, Zimmerman, & Delitto, 2008; Schonstein, Kenny, Keating, Koes, & Herbert, 2003; Westman et al., 2011). Reduksjon i smerterelatert frykt kan også forstås som et

utrykk for mestring (Oyeflaten, Lie, Ihlebaek, & Eriksen, 2012). Dette kan antyde at ved å ha et helhetlig fokus på behandlingstilbudene vil deltakernes innsikt og håndtering av frykt for sykdom endres.

Studiens funn viste at kjønn og alder ikke var prediktive variabler for opplevelsen av frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom. Tidligere studier viser heller ingen kjønnsforskjeller i opplevelsen av frykt for underliggende sykdom (Carleton et al., 2007; Carleton et al., 2014; Vancleef et al., 2006). En studie fant imidlertid forskjell, hvor kvinner opplever høyere grad av frykt for sykdom enn menn (Carleton, Sharpe, & Asmundson, 2007). Deltakerne i disse studiene var ikke sykmeldte, noe som gjør en sammenligning vanskelig, men det kan indikere at opplevelsen av frykt for sykdom ikke er kjønnsbetinget blant deltakerne i RT-tilbudene, men heller ikke blant resten av befolkningen.

Tidligere nordiske studier påpeker at kvinner har høyere forekomst av sammensatte lidelser, herunder engstelse, bekymring, smerte, depresjon og utmattelse (Eriksen, Svendsrod, Ursin, & Ursin, 1998; Ihlebaek et al., 2002; NOU 2010:13; Staff & Nordahl, 2012). Det er også avdekket at kvinner i større grad opplever andre psykologiske faktorer som har sammenheng med unngåelsesadferd, angst, redsel, inaktivitet og arbeidsuførhet. En studie blant personer med smerter i korsryggen påpeker at frykt for skader fører til smerterelatert frykt og funksjonsnedsettelse (Thibodeau, Fetzner, Carleton, Asmundson, & Kachur, 2013). Det er også studier som ikke finner sammenheng mellom kjønn og opplevelsen av smerter (Godges et al., 2008). Dette tyder på at det er behov for flere studier hvor sammenhengen mellom kjønn og frykt for sykdom hos personer med smerter og sammensatte lidelser bør utforskes, samt dets innvirkning på tilbakeføringshastigheten.

Resultatene viste heller ingen signifikant forskjell mellom opplevelsen av frykt og alder. Enkelte andre studier har heller ikke vist aldersforskjell i opplevelsen av frykt for sykdom hos deltakerne (Carleton, Asmundson, & Park, 2006; Carleton et al., 2014; Godges et al., 2008). Andre studier har funnet at smerter avtar eller øker i henhold til økt alder (Carleton et al., 2007; Eriksen et al., 1998; Ihlebaek et al., 2002). Ihlebaek et al. (2002) og Eriksen et al. (1998) fant i sine nordiske studier at bekymring avtar med økt alder. Vi kan ikke utelukke muligheten for at det ville vært aldersforskjell i

opplevelsen av frykt for alvorlig sykdom om en hadde hatt med en gruppe deltakere som var eldre en 67 år. Med hensyn til vår studie kan denne derved ha blitt påvirket av at deltakerne var i yrkesaktiv alder.

Når det gjelder tilbakeføring til arbeid viser resultatene ingen signifikant sammenheng med opplevelsen av frykt og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbudet. Det var heller ingen signifikant forskjell da mellom deltakerne som opplevde frykt og som samtidig hadde smerter, og tilbakeføring. Imidlertid viste studien forskjell på om deltakerne opplevde lite eller mye frykt for sykdom og smerter ved RT-tilbudets avslutning og tilbakeføring etter avsluttet tilbud. Imidlertid var det gruppen med deltakere som opplevde smerter «hele tiden» som i høyest grad opplevde mest frykt. Dette underbygges ved den kognitive atferdsmodellen for kroniske smerter, som viser at både følelsesmessig og handlingsmessig reaksjon på smerter i stor grad påvirkes av kognitiv vurdering og fortolkning (Vancleef et al., 2007). Flere studier viser til at utvikling av kroniske smerter henger nært sammen med personens sensoriske og emosjonelle opplevelse av selve smerten, og ens frykt for smerte (Brox et al., 2005; Lethem et al., 1983). Andre studier påpeker at det ikke er smerteintensiteten i seg selv som er av størst betydning, men snarere frykten for smerte (Crombez et al., 1999; Vlaeyen & Linton, 2000). Frykt for smerte, sykdom og skade kan være mer funksjonshemmende enn selve smerten (Thibodeau et al., 2013). Annen forskning har vist at frykt for smerter forekommer både hos personer med sammensatte lidelser og mer spesifikke smerteproblemer som kneskader, nevrologiske smerter, hodesmerter og slitasjegikt (Leeuw et al., 2007; Norton & Asmundson, 2004). Resultatene i vår studie kan tyde på at deltakerne opplever mer reell smerte enn frykt for smerte, da det er liten forskjell på om deltakerne hadde mye eller lite smerter og deres opplevelse av frykt.

Vi finner det spesielt overraskende at forskjellen i tilbakeføring for deltakerne som opplevde både frykt og smerter er såpass marginal sammenlignet med dem med frykt, men uten smerter. Ulike typer smerter predikerer unngåelsesatferd (Norton & Asmundson, 2004) og frykt for sykdom og skader kan føre til kronisk smerte, katastrofetanker og arbeidsuførhet (Vancleef et al., 2007; Vancleef et al., 2006). Spesielt er personer som opplever risikoen for skader/gjentatte skader som uutholdelige og har katastrofetanker, utsatt for å oppfatte smerter som bevis for ny skade eller forverring av tidligere skader. Dette kan forsterke behovet for å unngå atferd som kan være smertefull

eller forlenger smertene. Konsekvensene kan bli begrenset mobilitet, langvarig smerte, funksjonsnedsettelse og sykefravær (Thibodeau et al., 2013; Vancleef et al., 2006). En studie av frykt for skade blant pasienter med kronisk smerte i korsrygg, viser at etter gjennomføring av et seks ukers rehabiliteringsprogram var 31 prosent ikke tilbakeført til arbeid. I den aktuelle studien viser det seg at frykten for skade og smerte er mer hemmende en opplevd smerte i seg selv (Thibodeau et al., 2013).

Ved avslutning av RT-tilbudene i denne studien var det 71 prosent av deltakerne som ikke var tilbakeført i arbeid. Det er heller ingen signifikant sammenheng mellom opplevelsen av frykt og smerte. Dette tyder på at tilbakeføringsgraden ved avslutningen av RT-tilbudet ikke kan forklares av smerte eller frykt for alvorlig sykdom. Hva gjelder tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud er resultatene heller ikke signifikante mellom opplevelse av frykt, eller opplevelse av frykt+smerter og tilbakeføring til arbeid. Dette tyder på at frykten for sykdom som oppleves blant deltakerne i denne studien ikke er av en slik karakter at den reduserer tilbakeføringsgraden.

Som tidligere nevnt har enkelte personer med frykt for både sykdom og smerter en tilbøyelighet til å overdrive smerteopplevelsen og frykten. Enkelte forventer at en hendelse vil føre til mer smerte og skade enn det som er reelt. En tidligere studie av tverrfaglig rehabilitering av personer med muskel og skjelettsmerter, viser at det finnes en undergruppe blant denne pasientgruppen, hvor psykologiske faktorer som katastrofetanker, bekymring og frykt er utbedt. Dette kan påvirke utfallet etter gjennomført rehabilitering i form av om personen vil bli tilbakeført til arbeid, eller fremdeles vil være sykmeldt (Westman et al., 2011). Frykt for smerte som følge av skade og sykdom fører ofte til unngåelsesatferd, selv etter at muskelsmertene er borte og underliggende årsak er leget. Unngåelse av aktiviteter som trening og bevegelse øker prognosen for at akutte smerter kan bli kroniske, som igjen påvirker funksjonsnedsettelse og uførhet (Thibodeau et al., 2013). Rehabilitering med et biopsykososialt fokus vil derved kunne redusere enkelte psykologiske problemer også i etterkant av behandlingen, og derved gi økt tilbakeføringsgrad tre måneder etter RT-tilbudets avslutning.

Overraskende indikerer resultatet svakt at det er deltakerne som opplevde mest frykt for alvorlig sykdom ved tilbudets avslutning, som har høyest tilbakeføringsgrad tre måneder etter avsluttet RT-tilbud. Muligens kan dette forklares ved at deltakernes opplevelse av frykt for sykdom kan ha blitt forandret i ettertid, kanskje på grunn av RT-

tilbudet. Et helhetlig fokus kan som nevnt tidligere, ha bidratt til endring av deltakernes håndtering av frykt for alvorlig sykdom. En tidligere studie påpeker at for personer som opplever frykt er det mer overbevisende å selv bli bevisstgjort at en opptrer «annerledes» enn å bli fortalt at en har endret atferd. Å bli direkte eksponert for det en frykter, samt gjenoppta daglige aktiviteter og tilbakeføres til arbeid, er ofte den mest effektive behandlingen (Crombez et al., 1999).

Selv om store deler av deltakerne i denne studien rapporterte frykt for alvorlig sykdom, forklarte det lite av tilbakeføringsgraden. Dette tross påvist sammenheng med katastrofetanker og unngåelsesatferd. Flere studier viser til at nettopp unngåelsesatferd har stor påvirkning på uførhet og tilbakeføring til arbeid (Brox et al., 2005; Crombez et al., 1999; Westman et al., 2011). Deltakerne i denne studien fikk ikke spørsmål spesifikt rettet mot unngåelsesatferd (FABQ), noe som kanskje kunne ha forklart mer av hva som hindrer deltakerne i tilbakeføring til arbeid. Videre undersøkelser av opplevelse av unngåelsesatferd vil være relevant blant dem som får rehabilitering i form av RT-tilbud. En oppsummeringsstudie påpeker at egen forventning om bedring er en sterk prediktor for tilbakeføring til arbeid når det gjelder personer med ikke-kroniske ryggsmarter (Iles et al., 2008). Selv om det foreligger data på dette området ble det ikke vurdert i denne studien. Senere studier bør undersøke om deltakernes tilbakeføring påvirkes av deres forventning om bedring, samt deres forventning om tilbakeføring til arbeid.

7.2 Metodediskusjon

Det er flere svakheter ved denne studien som kan ha påvirket resultatene.

En kan stille spørsmål ved om resultatene i denne studien kan være generaliserbare. Deltakerne i denne studien er en spesifikk gruppe sykmeldte som har mottatt et RT-tilbud, og kan muligens fremme andre resultater sammenliknet med et generelt utvalg av ansatte med medisinsk sykefravær. Av alle som ble invitert til å delta i studien var det ca. en av fire som takket ja til å delta. Da en ikke har hatt tilgang til personene som takket nei til studien, har en ikke informasjon og oversikt over denne gruppen. Om en kunne ha sammenliknet de som deltok opp mot dem som takket nei, ville en muligens funnet forskjeller i tilbakeføring og andre psykologiske faktorer. Derimot kan studiens funn være teoretisk overførbart til sykmeldte som deltar i RT-tilbud, og den kan være representative for sykmeldte generelt.

En styrke ved studien har vært fokuset på sykemeldte, uavhengig årsak. I motsetning til tidligere studier om tilbakeføring, har ikke denne studien blitt begrenset til spesifikke diagnoser, noe som gjør det mulig å generaliser resultatene til personer med ulike diagnoser.

Frykt for alvorlig sykdom ble målt gjennom et selvlaget spørsmål, i stedet for å bruke det standardiserte og validerte spørreskjemaet for ISI, noe som kan ha ført til et mindre nyansert bilde av frykten som deltakerne opplevde. Imidlertid ble en standard måleskala benyttet, Likert skala, som har vist god reliabilitet og validitet (Carleton et al., 2006). Ofte brukes Likert eller VAS for å måle subjektive opplevelser, som smerter og frykt (Carleton et al., 2006; Crombez et al., 1999; Dawson et al., 2011; Fritz et al., 2001; Vancleef et al., 2006). Selv om vi ved bruk av ISI kunne målt mer og flere aspekter av frykt, er derved det vi har målt, dvs frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom, bør anses som et valid uttrykk for personens opplevelser av frykt.

Studien bygger noe på selvrapporterte data, så deltakernes opplevelse og hvordan de har valgt å svare vil påvirke resultatene. En må være klar over at deltakernes respons på et spesifikt spørsmål påvirkes både av personens objektive og subjektive vurdering. Imidlertid er det nettopp personen selv som kun kan gi valide svar på om en opplever smerter og frykt. Tidligere studier viser at personlige faktorer som omhandler sosial status kan påvirke personens svar (Øyeflaten et al., 2014). En styrke ved studien er at dataene om sykefravær og tilbakeføring til arbeid er hentet fra FD-trygd, og ikke bygger på selvrapporterte data fra spørreskjemaet. Studiens omfang med mange deltakere, styrker studiens reliabilitet.

Tilbakeføring til arbeid er i denne studien kun rapportert ved RT-tilbudets avslutning og tre måneder etter, noe som bare gir en indikasjon på tilbakeføring rett etter avsluttet rehabilitering. Resultatene viser ikke hva som skjer videre etter de tre første månedene. Nye analyser av dette materialet kan imidlertid avdekke dette.

Forskjeller i hvordan en måler tilbakeføring i ulike studier kan også gjøre det vanskelig å sammenligne vår studie med andre studie. En tidligere oversiktsartikkel påpeker også behovet for en felles måte og måle tilbakeføring til arbeid på (Krause et al., 2001). I tillegg kan tilbakeføring målt ved dikotomiserte variabler (tilbakeført ja/nei), ved gitte tidspunkt, utelukke informasjon om når deltakerne ble tilbakeført til arbeid, påfølgende sykefravær og varig tilbakeføring. Dette kan begrense studiens informasjon (Biering et

al., 2012). De prediktive variabelene som det ble kontrollert for i denne studien ble valgt på grunnlag av tidligere litteratur, men det kan forekomme uenighet om det burde vært kontrollert for andre prediktive variabler. Det ble i studien ikke tatt hensyn til lengden på sykefraværet før RT-tilbudet startet, noe som viser seg å ha betydning for tilbakeføring til arbeid (Adams, Ellis, Stanish, & Sullivan, 2007; Øyeflaten et al., 2014).

8. Konklusjon

Denne studien avdekket en utbredt opplevelse av frykt for alvorlig sykdom blant deltakerne som mottok RT-tilbud. Selv om det ikke er mulig å si noe konkret om hva denne frykten omhandler, ble frykten signifikant redusert. Det er ikke avdekket forskjeller mellom kjønn eller alder og opplevelsen av frykt for sykdom. Noe overraskende viste resultatene ingen sammenheng mellom opplevelsen av frykt og tilbakeføring til arbeid. Det var heller ingen forskjell på tilbakeføring for deltakerne som opplevde frykt for sykdom og samtidig hadde smerter, men de som opplevde dette ble noe senere tilbakeført selv om forskjellen ikke var signifikant. Det vil i fremtiden være behov for flere studier for å belyse hva deltakernes frykt for sykdom omhandler, og effekter av ulike tilnæringsmåter som bygger på ulike referanserammer. En nærmere kartlegging av hvilke psykologiske faktorer som i større grad påvirker tilbakeføring til arbeid kan også være av interesse.

Litteratur

- Aas, R. W. (2009). *Raskt tilbake: kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aas, R. W. (2011). *Workplace-based sick leave prevention and return to work: exploratory studies*. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Aas, R. W., Solberg, A., & Strupstad, J. (2011). Raskere tilbake. *Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte*.
- Adams, H., Ellis, T., Stanish, W., & Sullivan, M. (2007). Psychosocial factors related to return to work following rehabilitation of whiplash injuries. *J. Occup. Rehabil.*, *17*(2), 305-315. doi: 10.1007/s10926-007-9082-3
- Andersen, L. N., Juul-Kristensen, B., Roessler, K. K., Herborg, L. G., Sorensen, T. L., & Sogaard, K. (2013). Efficacy of 'Tailored Physical Activity' or 'Chronic Pain Self-Management Program' on return to work for sick-listed citizens: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, *13*. doi: 10.1186/1471-2458-13-66
- Arnow, B. A., Blasey, C. M., Constantino, M. J., Robinson, R., Hunkeler, E., Lee, J., Hayward, C. (2011). Catastrophizing, depression and pain-related disability. *General Hospital Psychiatry*, *33*(2), 150-156. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.12.008
- Asmundson, G. J., Norton, P. J., & Vlaeyen, J. W. (2004). Fear-avoidance models of chronic pain: an overview. *Understanding and treating fear of pain*, 3-24.
- Barbosa da Silva, A., Hugaas, J. V., Ljungquist, M., & Norheim, A. (2012). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Besen, E., Young, A., & Shaw, W. (2015). Returning to Work Following Low Back Pain: Towards a Model of Individual Psychosocial Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *25*(1), 25-37. doi: 10.1007/s10926-014-9522-9
- Biering, K., Hjøllund, N. H., & Lund, T. (2012). Methods in Measuring Return to Work: A Comparison of Measures of Return to Work Following Treatment of Coronary Heart Disease. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-6. doi: 10.1007/s10926-012-9405-x
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brox, J., Storheim, K., Holm, I., Friis, A., & Reikeras, O. (2005). Disability, pain, psychological factors and physical performance in healthy controls, patients with sub-acute and chronic low back pain: A case-control study. *J. Rehabil. Med.*, *37*(2), 95-99. doi: 10.1080/16501970410017738

- Carleton, R. N., Asmundson, G. J. G., & Park, I. (2006). The Illness/Injury Sensitivity Index: An examination of construct validity. *Depression and Anxiety*, 23(6), 340-346. doi: 10.1002/da.20138
- Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105-117. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.03.014
- Carleton, R. N., Sharpe, D., & Asmundson, G. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behav. Res. Ther.*, 45(10), 2307-2316. doi: 10.1016/j.brat.2007.04.006
- Carleton, R. N., Thibodeau, M. A., Asmundson, G. J. G., Osborne, J. W., & Taylor, S. (2014). Revisiting the fundamental fears: Towards establishing construct independence. *Personality and Individual Differences*, 63, 94-99. doi: 10.1016/j.paid.2014.01.040
- Crombez, G., Vlaeyen, J. W. S., Heuts, P., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80(1-2), 329-339.
- Dawson, A. P., Schluter, P. J., Hodges, P. W., Stewart, S., & Turner, C. (2011). Fear of movement, passive coping, manual handling, and severe or radiating pain increase the likelihood of sick leave due to low back pain. *Pain*, 152(7), 1517-1524. doi: 10.1016/j.pain.2011.02.041
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Eriksen, H. R., Hysing, M., & Øyeflaten, I. (2008). Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 40(7), 548-554.
- Eriksen, H. R., Svendsrod, R., Ursin, G., & Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *The European Journal of Public Health*, 8(4), 294-298.
- Folkehelseinstituttet. (2009). *Livet med hypokondri. Erfaringer fra mennesker med diagnosen.*
- Folkehelse rapport. (2010). *Folkehelse rapport 2010 Helsetilstanden i Norge.* Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Fritz, J. M., George, S. Z., & Delitto, A. (2001). The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: Relationships with current and future disability and work status. *Pain*, 94(1), 7-15. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00333-5
- Godges, J. J., Anger, M. A., Zimmerman, G., & Delitto, A. (2008). Effects of education on return-to-work status for people with fear-avoidance beliefs and acute low back pain. *Physical Therapy*, 88(2), 231-239. doi: 10.2522/ptj.20050121

- Haugli, L. (2010). Arbeidsrettet rehabilitering i Norge i dag—hvor står vi og hvor går vi?
- Haveraaen, L. S. S., John E. Berg, Randi W. Aas1. (2015). Do psychological job demands, decision control and social support predict return to work three months after the end of a return-to-work (RTW) programme? The rapid-RTW cohort study. *Work*.
- Helsedirektoratet. (2014). ICPC-2 Kodekort. (International Classification of Primary Care). doi: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Medisinske%20koder%20og%20kodeverk/ICPC-2/ICPC-2-kodekort.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015. *Helsedirektoratet*.
- Ihlebaek, C., Eriksen, H., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand. J. Public Health, 30*(1), 20-29.
- Ihlebaek, C., Brage, S., Natvig, B., & Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 130*(23), 2365-2368. doi: 10.4045/tidsskr.09.0802
- Iles, R. A., Davidson, M., & Taylor, N. F. (2008). Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. *Occupational and environmental medicine, 65*(8), 507-517.
- Jensen, O. K., Nielsen, C. V., & Stengaard-Pedersen, K. (2010). One-year prognosis in sick-listed low back pain patients with and without radiculopathy. Prognostic factors influencing pain and disability. *Spine Journal, 10*(8), 659-675. doi: 10.1016/j.spinee.2010.03.026
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS : versjon 17* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt forl.
- Kamaleri, Y., Natvig, B., Ihlebaek, C. M., & Bruusgaard, D. (2009). Does the number of musculoskeletal pain sites predict work disability? A 14-year prospective study. *European Journal of Pain, 13*(4), 426-430. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.05.009
- Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J., & Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research (Vol. 40, pp. 464-484).
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of behavioral medicine, 30*(1), 77-94.
- Lethem, J., Slade, P., Troup, J., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception—I. *Behaviour research and therapy, 21*(4), 401-408.

- Linton, S. J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25(9), 1148-1156.
- Linton, S. J. (2002). Early identification and intervention in the prevention of musculoskeletal pain. *American journal of industrial medicine*, 41(5), 433-442.
- Linton, S. J., Nicholas, M. K., MacDonald, S., Boersma, K., Bergbom, S., Maher, C., & Refshauge, K. (2011). The role of depression and catastrophizing in musculoskeletal pain. *European Journal Of Pain (London, England)*, 15(4), 416-422. doi: 10.1016/j.ejpain.2010.08.009
- Linton, S. J., Nicholas, M. K., MacDonald, S., Boersma, K., Bergbom, S., Maher, C., & Refshauge, K. (2011). The role of depression and catastrophizing in musculoskeletal pain. *European Journal of Pain*, 15(4), 416-422.
- Lysaght, R. M., & Larmour-Trode, S. (2008). An exploration of social support as a factor in the return-to-work process. *Work*, 30(3), 255-266.
- Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B., & Aas, E. (2013). Et muskel-og skjelettrengskap. *Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel-og skjelettsystemet [A Musculoskeletal Accounting. Prevalence and Expenses Associated with Injuries, Diseases and Ailments of the Musculoskeletal System]*.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. *Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt*.
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er: helse*. Oslo: Universitetsforl.
- Norton, P. J., & Asmundson, G. J. G. (2004). Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain. *Pain*, 111(1), 218-223. doi: 10.1016/j.pain.2004.06.018
- NOU 2010:13. *Arbeid for helse: sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2010/nou-2010-13.html?id=628069>.
- OECD. (2014). *Skills Strategy Diagnostic Report: Norway*. OECD Retrieved from http://www.regjeringen.no/nb/dep/asd/dok/rapporter_planer/rapporter/2014/oecd-skills-strategy-diagnostic-report-n.html?id=751344.
- Ot.prp. nr 29. (2001-2002). *Om lov om endringer i folketrygdløven (tiltak for å redusere sykefravær mv.)*. Oslo: Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20012002/otprp-nr-29-2001-2002-.html?id=166900>.
- Oyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C. M., & Eriksen, H. R. (2012). Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. - A 4-year follow-up of

- patients participating in a work-related rehabilitation program.(Research article). *BMC Public Health*, 12, 748.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5th ed. ed.). Maidenhead: McGraw-Hill.
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., & Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), E109-E120.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11(2), 141-153.
- Rustøen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S., & Miaskowski, C. (2004). Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *European Journal of Pain*, 8(6), 555-565. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.02.002
- Schonstein, E., Kenny, E., Keating, E., Koes, E., & Herbert, E. (2003). Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a cochrane systematic review. *Spine*, 28(19), E391-395.
- Staff, P. H., & Nordahl, H. M. (2012). *Når plager blir sykdom: kognitiv behandling ved sammensatte lidelser*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlag.
- Steenstra, I., Lee, H., de Vroome, E., Busse, J. W., & Hogg-Johnson, S. J. (2012). Comparing Current Definitions of Return to Work: A Measurement Approach. *J. Occup. Rehabil.*, 22(3), 394-400. doi: 10.1007/s10926-011-9349-6
- Sullivan, M. J. L., Feuerstein, M., Gatchel, R., Linton, S. J., & Pransky, G. (2005). Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *J. Occup. Rehabil.*, 15(4), 475-489. doi: 10.1007/s10926-005-8029-9
- Syse, A. (Red.). (2014). *Norges lover: lovsamling for helse- og sosialsektoren*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Taylor, S. (1993). The structure of fundamental fears. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 24(4), 289-299.
- Thibodeau, M. A., Fetzner, M. G., Carleton, R. N., Asmundson, G. J. G., & Kachur, S. S. (2013). Fear of injury predicts self-reported and behavioral impairment in patients with chronic low back pain. *Journal of Pain*, 14(2), 172-181. doi: 10.1016/j.jpain.2012.10.014
- Vancleef, L., Peters, M., Gilissen, S. M. P., & De Jong, P. (2007). Understanding the role of injury/illness sensitivity and anxiety sensitivity in (Automatic) pain processing: An examination using the extrinsic affective Simon task. *J. Pain*, 8(7), 563-572. doi: 10.1016/j.jpain.2007.02.431

- Vancleef, L., Peters, M., Roelofs, J., & Asmundson, G. (2006). Do fundamental fears differentially contribute to pain-related fear and pain catastrophizing? An evaluation of the sensitivity index. *Eur. J. Pain*, *10*(6), 527-536. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.07.006
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*(85), 317-332.
- Vlaeyen, J. W. S., Kolesnijders, A. M. J., Boeren, R. G. B., & Vaneek, H. (1995). Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance *Pain*, *62*(3), 363-372.
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, *52*(2), 157-168.
- Westman, A. E., Boersma, K., Leppert, J., & Linton, S. J. (2011). Fear-Avoidance Beliefs, Catastrophizing, and Distress A Longitudinal Subgroup Analysis on Patients With Musculoskeletal Pain. *The Clinical Journal of Pain*, *27*(7), 567-577.
- WHO 2001:20. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*: World Health Organization
- Wilhelmsen, I. (2002). Hypokondri og kognitiv terapi. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening.*, *122*(11), 1126-1129.
- Østerås, B. (2012). Langvarige muskel- og skjelettsmerter: Psykologiske faktorer og kliniske implikasjoner. *Fysioterapeuten*, *4*(4), 24-28. doi: <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Psykologiske-faktorer-og-kliniske-implikasjoner>
- Øyeflaten, I., Lie, S., Ihlebæk, C., & Eriksen, H. (2014). Prognostic Factors for Return to Work, Sickness Benefits, and Transitions Between These States: A 4-year Follow-up After Work-Related Rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *24*(2), 199-212. doi: 10.1007/s10926-013-9466-5
- WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (2013). Hentet 17. Mars 2014 fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Vedlegg

1. Artikkel

Frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom. En kohortestudie blant sykmeldte som har deltatt i behandlings- og rehabiliteringstilbud fra Nav og helseforetakene.

Av Randi Thorsen Tou, Universitetet i Stavanger og Presenter

Antall ord: 2976

Sammendrag

Bakgrunn. Det finnes lite kunnskap om hvilken betydning frykt for sykdom har for sykefravær og tilbakeføring til arbeid. Målet med studien var å undersøke utbredelsen av frykt for at helseplager skyldes alvorlig sykdom blant sykmeldte som mottar Raskere Tilbake-tilbud, og vurdere om slik frykt påvirker tilbakeføring til arbeid.

Materiale og Metode. Dataen ble innsamlet ved spørreskjema, utfylt av deltaker og behandler, kombinert med sykefraværsdata fra Navs sykefraværs-register FD-trygd. Det ble benyttet Kji-kvadrattest og logistisk regresjonsanalyser for å utforske tilbakeføring til arbeid.

Resultat: Resultatene viste ingen signifikant sammenheng mellom frykt for alvorlig sykdom og smerter ved tilbudets avslutning og tilbakeføring til arbeid, verken ved avslutning av «Raskere tilbake-tilbudet» (OR=,1,258. 95% KI = 0,819-1.933. p = 0,294 / OR= 0,616. 95% KI = 0,336-1.129. p = 0,117) eller tre måneder etter avsluttet tilbud (OR=,1,369. 95% KI = 0,910-2,059. p = 0,132 / OR= 0,667. 95% KI = 0,367-1,122. p = 0,184).

Fortolkning. Deltakerne som opplevde frykt for alvorlig sykdom og hadde smerter ved avslutning av «Raskere tilbake-tilbudet» hadde lavest tilbakeføringsgrad ved tilbudets avslutning og tre måneder etter avsluttet tilbud.

English Summary

Fear that the health problems are caused by serious illness. - A cohort study among employees on sick leave who have participated in treatment and rehabilitation of Norwegian Labour and Welfare administration and health authorities.

Background. There is little knowledge about what fear of underlying illness has on sick leave and Return to Work. The aim of the study was to investigate the prevalence of fear that health problems was caused by serious illness among employees on sick leave participating in the Rapid Return to Work program, and consider whether such fears affecting Return to Work.

Material and Method. Data were collected with a survey completed by participants and handlers, combined with sick leave data from the Norwegian Labour and Welfare administration. It was used chi-square test and logistic regression analyzes to explore Return to Work.

Results: The results showed no significant correlation between fear of underlying illness and / or pain problems at the end of the program and returning to work, either at the end of "Rapid Return To Work" (OR = 1.258. 95% CI = 0.819-1.933. p = 0.294 / OR = 0.616. 95% CI = 0.336 - 1.129. p = 0.117) or three months after ending program (OR = 1.369. 95% CI = 0.910-2.059. p = 0.132 / OR = 0.667. 95% CI = 0.367-1.122. p =0.184).

Interpretation. Participants who experienced fear of underlying illness and had pain problems at the end of "Rapid Return to Work program" had the lowest return to work rate at the end of the program and three months after ending program.

Introduksjon

I Norge er sykefraværet høyere enn i andre sammenlignbare OECD land (1). Sykefravær er en stor utfordring, og frykt for sykdom er en av flere årsaker som det de siste årene har blitt mer fokus på. Forskning har vist sammenheng mellom katastrofetanker og unngåelsesadferd og fremtidig sykefravær og uførhet (2-7). Flere studier har identifisert ulike faktorer som «hindrer» tilbakeføring til arbeid. En slik faktor omtales som «pain cognition» eller «pain fear», og omhandler et sterkt psykisk fokus på smerter eller bekymring og redsel for at smerten er farlig. I noen tilfeller viser det seg at redselen for smerte er mer hemmende enn smerten i seg selv (2, 8). Smerten kan føre til funksjonsnedsettelse eller uførhet som et resultat av det komplekse samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Flere studier peker på at psykologiske faktorer spiller en betydelig rolle i overgangen fra akutt til kronisk smerte og funksjonsnedsettelse (4, 7, 9-12). «Injury/illness sensitivity» (IIS) er frykt for fysisk skade eller sykdom og kroniske smerter. Frykten omhandler også sykdommer og skader som kan inntreffe i fremtiden (6, 13, 14).

Tilbakeføring til arbeid etter sykefravær kan være en omfattende prosess som påvirkes av ulike medisinske, psykologiske og sosiale faktorer (15, 16). Tidligere forskning predikerer at psykologiske faktorer som frykt og oppfatning av sykdom, inaktivitet og smerteintensitet er relevante for tilbakeføring (15-17).

Målet med studien var å undersøke utbredelsen av frykt for at helseplager skyldes alvorlig sykdom blant sykmeldte som mottar Raskere Tilbake-tilbud, og vurdere om slik frykt påvirker tilbakeføring til arbeid.

Materiale og metode

Studien er en prospektiv kohortestudie blant 524 sykmeldte som har deltatt i «Raskere tilbake-tilbud» (RT-tilbud). Studien er knyttet til evalueringen av det nasjonale forskningsprosjektet; «Tilskudd til helse og rehabiliteringstjenester for sykmeldte» også kalt «Raskere tilbake» ordningen (RT-tilbudet). Utvalget ble rekruttert fra det nasjonale RT-tilbudet. Sykefraværsdataene er registerdata fra NAV (FD-Trygd). Spørreskjemaet var utarbeidet for denne studien og inkluderte spørsmål om sosio-demografiske opplysninger, samt informasjon om deltakernes helse og funksjon. Disse ble koblet til

sykefravær ved hjelp av personnummer. Opplysningene ble innsamlet mellom februar og oktober 2012.

Datainnsamling

Det finnes et standardisert og validert spørreskjema for å måle frykt for sykdom og skader (Illness/injury Sensitivity Index, ISI). Det består av 11 spørsmål bygget på selvrapporterte mål om frykt og katastrofetenkning rundt sykdom og/eller skade (18). Grunnet studiens omfang, var det ikke mulig å ha med alle spørsmålene i spørreskjemaet, og denne bakgrunn ble det laget et eget spørsmål om frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom.

Hovedspørsmålet som ble stilt for denne studien var; «I hvilken grad har du opplevd en frykt for at de helseplagene du har kan skyldes alvorlig sykdom?», målt ved to spørsmål. Helseplager er definert som sykdommer og/eller beslektede helseproblemer (Helsedirektoratet, 2015), klassifisert etter ICD-10 (Helsedirektoratet, 2014). Videre i oppgaven blir «deltakernes opplevelse av frykt for at helseplagene skal skyldes alvorlig sykdom» i hovedsak omtalt som «frykt for alvorlig sykdom», forkortet «frykt».

Det ble også stilt spørsmål om deltakerne opplevde smerter ved hvile, eller smerter i aktivitet, da frykt for sykdom er nært knyttet til kroniske smerte (6, 12, 13). Disse variablene ble brukt hver for seg i analysene, samt slått sammen til en felles variabel (omhandlende «opplevelse av smerter»). Videre i oppgaven blir denne sammenslåtte variabelen omtalt som «smerte».

Deltakernes primærdiagnose ble registrert av behandlerne basert på diagnosesystemene ICD-10 (spesialisthelsetjenesten) og ICPC (primærhelsetjenesten) (19, 20).

Tilbakeføring til arbeid ble individuelt sjekket for hver enkelte deltaker opp mot data innsamlet fra databasen FD trygd, for å registrere graden av sykefravær ved avslutning av RT-tilbudet og tre måneder etter avsluttet tilbud. Deltakere som etter RT-tilbudet mottok andre trygdeytelser ble registrert som sykmeldt, og ikke tilbakeført.

Informantene

Av 678 deltakere var det 524 personer som tilfredsstilte inklusjonskriteriene som var følgende; deltakerne måtte ha svart på spørsmålet om «opplevd frykt for helseplagene

kan skyldes alvorlig sykdom», samt de måtte være sykmeldte ved oppstart av RT-tilbudet. Tabell 1 viser fordeling av inkluderte deltakere ved oppstart av RT-tilbudet. Det var 69 prosent (n =360) av deltakerne som opplevde frykt for alvorlig sykdom. Deltakernes behandlingstilbud varierte i forhold til profesjonene de mottok behandling fra, samt ulike behandlingsintervensjoner, se tabell 2.

Sett inn tabell 1 og 2 her.

Analyse

Det ble det utført Kji-kvadrattest for å undersøke sammenhengen mellom frykt for alvorlig sykdom + smerte og tilbakeføring, både ved avslutning av RT-tilbudet og tre måneder etter avsluttet tilbud. Til slutt ble det utført logistisk regresjonsanalyser, for tilbakeføring ved både avslutning av RT-tilbudet og 3 måneder etter avsluttet tilbud, justert for variablene som viste seg å predikere tilbakeføring, testet ved separate bivariate korrelasjonsanalyser (signifikante med p-verdi på $\leq 0,20$). SPSS versjon 20 ble benyttet til de statistiske analysene.

Etikk

Denne nasjonale studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjenester AS (NSD) og Datatilsynet (Studien har prosjektnummer: 28988). Det ble sendt prosjektplan til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som ikke anså det nødvendig med etisk godkjenning før gjennomføring av studien.

Resultater

Tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbudet

Phi på - 0,021 og - 0,026 fra Kji-kvadrattestene (tabell 3) indikerer svakt at det var deltakerne som opplevde mest frykt for sykdom som hadde høyest tilbakeføringsgrad ved avslutning av RT-tilbudet. Hverken deltakerne med frykt for smerte ved oppstart eller ved avslutning av tilbudet hadde en signifikant sammenheng mellom frykt for alvorlig sykdom og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbudet.

Tabell 4 viser ingen sammenheng mellom deltakernes opplevelse av frykt, verken ved oppstart eller avslutning av RT-tilbudet, og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbudet.

Etter å ha kontrollert tilbakeføringen for prognostiske variabler, var det fremdeles ingen resultater som viste at deltakerne med frykt ble senere tilbakeført enn deltakerne uten frykt.

Sett inn tabell 3 og 4 her

Resultatene for deltakerne med frykt og smerte ved oppstart av tilbudet viste ingen signifikant forskjell på om deltakerne opplevde frykt og smerte i liten eller stor grad. Analysene viste ingen forskjell om at de deltakerne som i tillegg til frykt også opplevde smerter ikke kom tilbake i arbeid senere enn de som ikke opplevde smerter, tabell 5.

Imidlertid var det en signifikant forskjell i tilbakeføringsgrad for dem som opplevde frykt for sykdom+smerter ved avslutning av RT-tilbudet. Det var 39 prosent (n=27) som var tilbakeført ved avslutning av RT-tilbud av deltakerne som opplevde lite frykt og smerter. For gruppen som opplevde mye frykt for alvorlig sykdom og smerter, var derimot 25 prosent (n=94) tilbakeført på samme tidspunkt.

Sett inn tabell 5 her.

Tabell 6 viser ingen sammenheng mellom deltakernes opplevelse av frykt og smerte ved oppstart av tilbudet, og tilbakeføring ved avsluttet RT-tilbud. Etter å ha kontrollert tilbakeføringen for prognostiske variabler, var det fremdeles ingen signifikante funn som viste at de med frykt og smerte ved oppstart av tilbudet, ble senere tilbakeført enn deltakerne uten frykt og smerter.

For deltakerne som opplevde frykt for sykdom også ved RT-tilbudets avslutning hadde derimot en signifikant forskjell med p-verdi $< 0,05$. OR var 0,527 og indikerer at desto mindre frykt deltakerne opplever, desto mer sannsynlighet er det for tilbakeføring. Etter å ha justert prognostiske variabler for tilbakeføring, ble hele modellen likevel ikke signifikant. Modellen forklarte mellom seks prosent (Cox & Snell R Square) og ni prosent (Nagelkerke R Square) av variansen til tilbakeføringsgraden. Størst påvirkning

hadde forklaringsvariablene Håp for fremtiden ($p = 0,025$), Følt seg aktiv og vital ($p = 0,025$) og Gledet seg over daglige gjøremål ($p = 0,019$).

Sett inn tabell 6 her.

Tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud

Deltakerne som opplevde mye frykt ved avslutningen av RT-tilbudet hadde høyest tilbakeføringsgrad (59 prosent) tre måneder etter avsluttet RT-tilbud. Analysen indikerer ingen signifikant sammenheng mellom frykt og tilbakeføring ved dette tidspunktet, se tabell 7 og 8. Etter å ha kontrollert tilbakeføringen for prognostiske variabler, var det fremdeles ingen signifikante funn som viste en sammenheng mellom at deltakerne med frykt ble senere tilbakeført enn deltakerne uten frykt.

Sett inn tabell 7 og 8 her.

Analysen viste ingen signifikant forskjell mellom opplevelsen av lite eller mye frykt og smerte ved oppstart av RT-tilbudet og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud, se tabell 9.

Det var ingen signifikant forskjell i tilbakeføringsgrad tre måneder etter tilbudet for dem som opplevde frykt samt smerte ved avslutning av RT-tilbudet. P-verdien viste derimot en borderline signifikant forskjell i tilbakeføring mellom de som opplever lite eller mye frykt samt smerter ($p = 0,065$). Det var 64 prosent ($n = 45$) av deltakerne som opplevde lite frykt og smerte som var tilbakeført, mens for gruppen som opplevde mye frykt og smerter var 52 prosent ($n = 194$) tilbakeført tre måneder etter avsluttet RT-tilbud.

Sett inn tabell 9 her.

Tabell 10 viser ingen sammenheng mellom deltakernes opplevelse av frykt og smerter ved avslutning av tilbudet, og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud. Etter å

ha kontrollert tilbakeføringen for prediktive variabler, var det fremdeles ingen signifikante funn som viste en sammenheng mellom at deltakerne med frykt og smerte ble senere tilbakeført enn deltakerne uten frykt og smerte. For deltakerne som opplevde frykt og smerte også ved RT-tilbudets avslutning, var det en signifikant forskjell med p-verdi $< 0,05$. OR på 0,589 indikerte at desto mindre frykt deltakerne opplevde, desto mer sannsynlig er det med tilbakeføring. Den justerte modellen var imidlertid ikke signifikant totalt sett. Den forklarte mellom 6 prosent (Cox & Snell R Square) og 8 prosent (Nagelkerke R Square) av variansen til tilbakeføringsgraden. Størst påvirkning hadde forklaringsvariablene Håp for fremtiden (p 0,063), Søvnproblemer (p 0,067) og Gledet seg over daglige gjøremål (p 0,050).

Sett inn tabell 10 her.

Diskusjon

Målet med studien var å undersøke utbredelsen av frykt for at helseplager skyldes alvorlig sykdom blant sykmeldte som mottar Raskere Tilbake-tilbud, og vurdere om slik frykt påvirker tilbakeføring til arbeid.

Studiens funn viser ingen signifikant sammenheng med opplevelsen av frykt og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbudet. Det var heller ingen signifikant forskjell da mellom deltakerne som opplevde frykt og som samtidig hadde smerter, og tilbakeføring. Imidlertid viste studien forskjell på om deltakerne opplevde lite eller mye frykt for sykdom og smerter ved RT-tilbudets avslutning og tilbakeføring etter avsluttet tilbud. Dette kan forklares ved at smerte er en individuell opplevelse og man reagerer forskjellig. Noen vil unngå det som kan føre til smerte og bekymre seg for smertene, mens andre vil konfrontere smertesituasjonene. Dette påvirkes også av personlighet (21).

Vi finner det spesielt overraskende at forskjellen i tilbakeføring for deltakerne som opplevde både frykt og smerter er såpass marginal sammenlignet med dem med frykt, men uten smerter. Ulike typer smerter predikerer unngåelsesatferd (10) og frykt for sykdom og skader kan føre til kronisk smerte, katastrofetanker og arbeidsuførhet (6, 12). Spesielt er personer som opplever risikoen for skader/gjentatte skader som utholdelige og har katastrofetanker, utsatt for å oppfatte smerter som bevis for ny skade eller forverring av tidligere skader. Dette kan forsterke behovet for å unngå atferd

som kan være smertefull eller forlenger smertene. Konsekvensene kan bli begrenset mobilitet, langvarig smerte, funksjonsnedsettelse og sykefravær (6, 22). En studie av frykt for skade blant pasienter med kronisk smerte i korsrygg, viser at etter gjennomføring av et seks ukers rehabiliteringsprogram var 31 prosent ikke tilbakeført til arbeid. I den aktuelle studien viser det seg at frykten for skade og smerte er mer hemmende en opplevd smerte i seg selv (22).

Ved avslutning av RT-tilbudene i denne studien var det 71 prosent av deltakerne som ikke var tilbakeført i arbeid. Det er heller ingen signifikant sammenheng mellom opplevelsen av frykt for alvorlig sykdom og smerte. Dette tyder på at tilbakeføringsgraden ved avslutningen av RT-tilbudet ikke kan forklares av smerte eller frykt for alvorlig sykdom. Hva gjelder tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud er resultatene heller ikke signifikante mellom opplevelse av frykt, eller opplevelse av frykt+smerter og tilbakeføring til arbeid. Dette tyder på at frykten for sykdom som oppleves blant deltakerne i denne studien ikke er av en slik karakter at den reduserer tilbakeføringsgraden.

Som tidligere nevnt har enkelte personer med frykt for både sykdom og smerter en tilbøyelighet til å overdrive smerteopplevelsen og frykten. Enkelte forventer at en hendelse vil føre til mer smerte og skade enn det som er reelt. En tidligere studie av tverrfaglig rehabilitering av personer med muskel og skjelettsmerter, viser at det finnes en undergruppe blant denne pasientgruppen, hvor psykologiske faktorer som katastrofetanker, bekymring og frykt er utbedt. Dette kan påvirke utfallet etter gjennomført rehabilitering i form av om personen vil bli tilbakeført til arbeid, eller fremdeles vil være sykmeldt (7). Frykt for smerte som følge av skade og sykdom fører ofte til unngåelsesatferd, selv etter at muskelsmertene er borte og underliggende årsak er leget. Unngåelse av aktiviteter som trening og bevegelse øker prognosen for at akutte smerter kan bli kroniske, som igjen påvirker funksjonsnedsettelse og uførhet (22). Rehabilitering med et biopsykososialt fokus vil derved kunne redusere enkelte psykologiske problemer også i etterkant av behandlingen, og derved gi økt tilbakeføringsgrad tre måneder etter RT-tilbudets avslutning.

Overraskende indikerer resultatet svakt at det er deltakerne som opplevde mest frykt for alvorlig sykdom ved tilbudets avslutning, som har høyest tilbakeføringsgrad tre måneder etter avsluttet RT-tilbud. Muligens kan dette forklares ved at deltakernes opplevelse av frykt for alvorlig sykdom kan ha blitt forandret i ettertid, kanskje på

grunn av RT-tilbudet. Et helhetlig fokus kan som nevnt tidligere, ha bidratt til endring av deltakernes håndtering av frykt for sykdom. En tidligere studie påpeker at for personer som opplever frykt er det mer overbevisende å selv bli bevisstgjort at en opptrer «annerledes» enn å bli fortalt at en har endret atferd. Å bli direkte eksponert for det en frykter, samt gjenoppta daglige aktiviteter og tilbakeføres til arbeid, er ofte den mest effektive behandlingen (2).

Selv om store deler av deltakerne i denne studien rapporterte frykt for alvorlig sykdom, forklarte det lite av tilbakeføringsgraden. Dette tross påvist sammenheng med katastrofetanker og unngåelsesatferd. Flere studier viser til at nettopp unngåelsesatferd har stor påvirkning på uførhet og tilbakeføring til arbeid (2, 7, 23). Deltakerne i denne studien fikk ikke spørsmål spesifikt rettet mot unngåelsesatferd (FABQ), noe som kanskje kunne ha forklart mer av hva som hindrer deltakerne i tilbakeføring til arbeid. Videre undersøkelser av opplevelse av unngåelsesatferd vil være relevant blant dem som får rehabilitering i form av RT-tilbud. En oppsummeringsstudie påpeker at egen forventning om bedring er en sterk prediktor for tilbakeføring til arbeid når det gjelder personer med ikke-kroniske ryggsmarter (3). Selv om det foreligger data på dette området ble det ikke vurdert i denne studien. Senere studier bør undersøke om deltakernes tilbakeføring påvirkes av deres forventning om bedring, samt deres forventning om tilbakeføring til arbeid.

Det er flere svakheter ved denne studien som kan ha påvirket resultatene.

En kan stille spørsmål ved om resultatene i denne studien kan være generaliserbare. Deltakerne i denne studien er en spesifikk gruppe sykmeldte som har mottatt et RT-tilbud, og kan muligens fremme andre resultater sammenliknet med et generelt utvalg av ansatte med medisinsk sykefravær. Av alle som ble invitert til å delta i studien var det ca. en av fire som takket ja til å delta. Da en ikke har hatt tilgang til personene som takket nei til studien, har en ikke informasjon og oversikt over denne gruppen. Om en kunne ha sammenliknet de som deltok opp mot dem som takket nei, ville en muligens funnet forskjeller i tilbakeføring og andre psykologiske faktorer. Derimot kan studiens funn være teoretisk overførbart til sykmeldte som deltar i RT-tilbud, og den kan være representative for sykmeldte generelt.

En styrke ved studien har vært fokuset på sykemeldte, uavhengig årsak. I motsetning til tidligere studier om tilbakeføring, har ikke denne studien blitt begrenset til spesifikke diagnoser, noe som gjør det mulig å generaliser resultatene til personer med ulike diagnoser.

Frykt for alvorlig sykdom ble målt gjennom et selvlaget spørsmål, i stedet for å bruke det standardiserte og validerte spørreskjemaet for ISI, noe som kan ha ført til et mindre nyansert bilde av frykten som deltakerne opplevde. Imidlertid ble en standard måleskala benyttet, Likert skala, som har vist god reliabilitet og validitet (24). Ofte brukes Likert eller VAS for å måle subjektive opplevelser, som smerter og frykt (2, 6, 24 25, 26). Selv om vi ved bruk av ISI kunne målt mer og flere aspekter av frykt, er derved det vi har målt, dvs frykt for at helseplagene skyldes alvorlig sykdom, bør anses som et valid uttrykk for personens opplevelser av frykt.

Studien bygger noe på selvrapporterte data, så deltakernes opplevelse og hvordan de har valgt å svare vil påvirke resultatene. En må være klar over at deltakernes respons på et spesifikt spørsmål påvirkes både av personens objektive og subjektive vurdering. Imidlertid er det nettopp personen selv som kun kan gi valide svar på om en opplever smerter og frykt. Tidligere studier viser at personlige faktorer som omhandler sosial status kan påvirke personens svar (27). En styrke ved studien er at dataene om sykefravær og tilbakeføring til arbeid er hentet fra FD-trygd, og ikke bygger på selvrapporterte data fra spørreskjemaet. Studiens omfang med mange deltakere, styrker studiens reliabilitet.

Tilbakeføring til arbeid er i denne studien kun rapportert ved RT-tilbudets avslutning og tre måneder etter, noe som bare gir en indikasjon på tilbakeføring rett etter avsluttet rehabilitering. Resultatene viser ikke hva som skjer videre etter de tre første månedene. Nye analyser av dette materialet kan imidlertid avdekke dette.

Forskjeller i hvordan en måler tilbakeføring i ulike studier kan også gjøre det vanskelig å sammenligne vår studie med andre studie. En tidligere oversiktsartikkel påpeker også behovet for en felles måte og måle tilbakeføring til arbeid på (28). I tillegg kan tilbakeføring målt ved dikotomiserte variabler (tilbakeført ja/nei), ved gitte tidspunkt, utelukke informasjon om når deltakerne ble tilbakeført til arbeid, påfølgende sykefravær og varig tilbakeføring. Dette kan begrense studiens informasjon (29). De prediktive variabelene som det ble kontrollert for i denne studien ble valgt på grunnlag av tidligere

litteratur, men det kan forekomme uenighet om det burde vært kontrollert for andre prediktive variabler. Det ble i studien ikke tatt hensyn til lengden på sykefraværet før RT-tilbudet startet, noe som viser seg å ha betydning for tilbakeføring til arbeid (27,30).

Noe overraskende viste resultatene ingen sammenheng mellom opplevelsen av frykt og tilbakeføring til arbeid. Det var heller ingen forskjell på tilbakeføring for deltakerne som opplevde frykt for sykdom og samtidig hadde smerter, men de som opplevde dette ble noe senere tilbakeført selv om forskjellen ikke var signifikant. Det vil i fremtiden være behov for flere studier for å belyse hva deltakernes frykt for alvorlig sykdom omhandler, og effekter av ulike tilnæringsmåter som bygger på ulike referanserammer. En nærmere kartlegging av hvilke psykologiske faktorer som i større grad påvirker tilbakeføring til arbeid kan også være av interesse.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Hovedbudskap

- Deltakerne som opplevde frykt for alvorlig sykdom og samtidig hadde smerter ble senere tilbakeført enn deltakerne uten frykt, men forskjellen var ikke signifikant.
- Selv om store deler av deltakerne i denne studien rapporterte frykt for alvorlig sykdom, forklarte det lite av årsaken til at de ble tilbakeført til arbeid.

Litteratur

1. OECD. Skills Strategy Diagnostic Report: Norway. OECD; 2014.
2. Crombez G, Vlaeyen JWS, Heuts P, Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*. 1999;80(1-2):329-39.
3. Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*. 2008;65(8):507-17.
4. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*. 2000;25(9):1148-56.
5. Lintonl SJ, Nicholasl MK, MacDonaldl S, Boersmal K, Bergboml S, Maherl C, et al. The role of depression and catastrophizing in musculoskeletal pain. *European Journal of Pain*. 2011;15(4):416-22.
6. Vancleef L, Peters M, Roelofs J, Asmundson G. Do fundamental fears differentially contribute to pain-related fear and pain catastrophizing? An evaluation of the sensitivity index. *Eur J Pain*. 2006;10(6):527-36.
7. Westman AE, Boersma K, Leppert J, Linton SJ. Fear-Avoidance Beliefs, Catastrophizing, and Distress A Longitudinal Subgroup Analysis on Patients With Musculoskeletal Pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2011;27(7):567-77.
8. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 1993;52(2):157-68.
9. Linton SJ. Early identification and intervention in the prevention of musculoskeletal pain. *American journal of industrial medicine*. 2002;41(5):433-42.
10. Norton PJ, Asmundson GJG. Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain. *Pain*. 2004;111(1):218-23.
11. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 2002;27(5):E109-E20.
12. Vancleef L, Peters M, Gilissen SMP, De Jong P. Understanding the role of injury/illness sensitivity and anxiety sensitivity in (Automatic) pain processing: An examination using the extrinsic affective Simon task. *J Pain*. 2007;8(7):563-72.
13. Carleton RN, Thibodeau MA, Asmundson GJG, Osborne JW, Taylor S. Revisiting the fundamental fears: Towards establishing construct independence. *Personality and Individual Differences*. 2014;63:94-9.
14. Reiss S. Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*. 1991;11(2):141-53.
15. Besen E, Young A, Shaw W. Returning to Work Following Low Back Pain: Towards a Model of Individual Psychosocial Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2015;25(1):25-37.
16. Eriksen HR, Hysing M, Øyeflaten I. Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2008;40(7):548-54.
17. NOU 2010:13. Arbeid for helse: sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. I: Almlid K, Sykefraværsutvalget, Red. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
18. Taylor S. The structure of fundamental fears. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 1993;24(4):289-99.

19. Helsedirektoratet. ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015. Helsedirektoratet. 2015.
20. Helsedirektoratet. ICPC-2 Kodekort. (International Classification of Primary Care). 2014.
21. Lethem J, Slade P, Troup J, Bentley G. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception—I. Behaviour research and therapy. 1983;21(4):401-8.
22. Thibodeau MA, Fetzner MG, Carleton RN, Asmundson GJG, Kachur SS. Fear of injury predicts self-reported and behavioral impairment in patients with chronic low back pain. *Journal of Pain*. 2013;14(2):172-81.
23. Brox J, Storheim K, Holm I, Friis A, Reikeras O. Disability, pain, psychological factors and physical performance in healthy controls, patients with sub-acute and chronic low back pain: A case-control study. *J Rehabil Med*. 2005;37(2):95-9.
24. Carleton RN, Asmundson GJG, Park I. The Illness/Injury Sensitivity Index: An examination of construct validity. *Depression and Anxiety*. 2006;23(6):340-6.
25. Dawson AP, Schluter PJ, Hodges PW, Stewart S, Turner C. Fear of movement, passive coping, manual handling, and severe or radiating pain increase the likelihood of sick leave due to low back pain. *Pain*. 2011;152(7):1517-24.
26. Fritz JM, George SZ, Delitto A. The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: Relationships with current and future disability and work status. *Pain*. 2001;94(1):7-15.
27. Øyeflaten I, Lie S, Ihlebæk C, Eriksen H. Prognostic Factors for Return to Work, Sickness Benefits, and Transitions Between These States: A 4-year Follow-up After Work-Related Rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2014;24(2):199-212.
28. Krause N, Frank JW, Dasinger LK, Sullivan TJ, Sinclair SJ. Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research. 2001. p. 464-84.
29. Biering K, Hjøllund NH, Lund T. Methods in Measuring Return to Work: A Comparison of Measures of Return to Work Following Treatment of Coronary Heart Disease. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2012:1-6.
30. Adams H, Ellis T, Stanish W, Sullivan M. Psychosocial factors related to return to work following rehabilitation of whiplash injuries. *J Occup Rehabil*. 2007;17(2):305-15

Tabell 1 Fordeling av inkluderte deltakere ved oppstart

Variabel	Kategori	n	prosent
Kjønn	Mann	138	26
	Kvinne	386	74
Alder	Gjennomsnitt	45.22	
	Under 30 år	46	9
	Mellom 31 og 49 år	291	56
	50 år og eldre	184	35
Sivil status	Ugift	92	18
	Samboer	111	21
	Gift/reg. partner	242	46
	Separert	10	2
	Skilt	61	12
	Enke/enkemann	6	1
Utdanningsnivå	Gjennomsnitt; SD	2.43 (0,85)	
	Grunnskolenivå (ca. 9 års skolegang)	60	12
	Videregående skolenivå (ca. 12 års skolegang)	236	46
	Høyskole-/universitetsnivå til og med 4 år	157	31
	Høyskole-/universitetsnivå i mer enn 4 år	62	12
Diagnoser	Muskel- og skjelettlidelser	293	56
	Psykologiske plager og lidelser	83	16
	Andre	140	27
	Ingen diagnose	8	2
Fysisk aktivitet	Gjennomsnitt, median	5.33 (4)	
	Inaktiv (2 timer eller mindre i uken)	119	23
	Aktiv (3 timer eller mer i uken)	392	77
Oppstart av RT-tilbudet	Sykemeldt	524	100
	Tilbakeført	0	0
Avslutning av RT-tilbudet	Sykemeldt	371	71
	Tilbakeført	153	29
Tre måneder etter avsluttet RT-tilbud	Sykemeldt	227	43
	Tilbakeført	296	57

Tabell 2 viser hvordan deltakernes tilbud var organisert, samt hvilke ulike intervensjoner som ble mottatt.

Variabel	Kategori	n	Valide svar n	Valid prosent
Tilbudets organisering	Monofaglighet (en profesjons tilbud)	30	360	8
	Flerfaglighet (flere profesjoner som gir tilbud hver for seg)	37	360	10
	Tverrfaglighet (flere profesjoner som samordner sitt tilbud gjennom møter/utveksling)	169	360	47
	Integrert faglighet (alle har felles forståelse som kommuniseres overfor pasient og andre)	124	360	34
Mottatte intervensjoner	Kirurgisk behandling	6	6	94
	Medikamentell behandling	19	19	100
	Annen medisinsk behandling	7	8	89
	Fysikalsk behandling	162	76	213
	Opptrening	231	89	261
	ADL- trening	25	23	109
	Ortoser	1	1	88
	Hjelpemidler	94	63	150
	Kostholdstiltak	5	6	91
	Søvn tiltak	27	27	102
	Avrusningstiltak	2	2	90
	Andre tiltak	97	59	164
	Kognitiv terapi	121	61	197
	Psykoterapi	11	12	96
	Generell samtalerterapi	144	71	202
	Forsikring om at plagene ikke er farlige (reassurance)	172	79	219
Mestringstrening	194	80	245	
Motivasjonstrening	60	43	141	

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

Tabell 3 Sammenheng mellom frykt og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbudet.

Variabel	n ^a total	Ikke tilbakeført		Tilbakeført		x ²	p	Phi
		n	(%)	n	(%)			
Frykt ved oppstart av RT-tilbud	524	371	(70,8)	153	(29,2)	0,244	0,621	-0,026
Lite frykt	164	119	(72,6)	45	(27,4)			
Mye frykt	360	252	(70,0)	108	(30,0)			
Frykt ved avslutning av RT-tilbud	508	356	(70,1)	152	(29,9)	0,148	0,701	-0,021
Lite frykt	202	144	(71,3)	58	(28,7)			
Mye frykt	306	212	(69,3)	94	(30,7)			

Note: Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. Frihetsgrader for alle variablene = 1. x² = Kji-kvadrattest, med Continuity Correction. ^a alle variablene kunne ikke vurderes for alle individer på grunn av manglende rapportering.

Tabell 4 Ujustert og justert regresjonsmodell for sammenheng mellom frykt ved avslutning av RT-tilbud og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbudet.

Variabel	Ujustert			Justert ^a		
	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Frykt ved oppstart av RT-tilbud	0,889	(0,585- 1,330)	0,550	0,778	(0,494- 1,223)	0,276
Frykt ved avslutning av RT- tilbud	0,908	(0,615- 1,341)	0,629	1,258	(0,819- 1,933)	0,294

Note: OR= Odds Ratio, KI= konfidensintervall. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. ^a Justert for prediktive variabler; utdanningsnivå, diagnose, nedstemthet, søvnproblemer, håp for fremtiden, aktivitet/vitalitet og glede over daglige gjøremål.

Tabell 5 Sammenheng mellom frykt+smerte og tilbakeføring ved avslutning av RT-tilbud.

Variabel	Ikke tilbakeført			Tilbakeført		X ²	p	Phi
	n ^a total	n	(%)	n	(%)			
Frykt og smerte ved oppstart av RT-tilbud	465	329	(70,8)	136	(29,2)	0,375	0,540	0,033
Lite frykt og smerte	173	119	(68,8)	54	(31,2)			
Mye frykt og smerte	292	210	(71,9)	82	(28,1)			
Frykt og smerte ved avslutning av RT-tilbud	448	327	(73,0)	121	(27,0)	4,952	0,026	0,112
Lite frykt og smerte	70	43	(61,4)	27	(38,6)			
Mye frykt og smerte	378	284	(75,1)	94	(24,9)			

Note: Frihetsgrader for alle variablene = 1. X² = Kji-kvadrattest, med Continuity Correction. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. ^a alle variablene kunne ikke vurderes for alle individer på grunn av manglende rapportering.

Tabell 6 Ujustert og justert regresjonsmodell som viser sammenheng mellom frykt+smerte ved oppstart og avslutning av RT-tilbud og tilbakeføring ved avsluttet RT-tilbud.

Variabel	Ujustert			Justert ^a		
	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Frykt og smerter ved oppstart av RT-tilbud	0,860	(0,571-1,297)	0,473	0,977	(0,591-1,614)	0,927
Frykt og smerter ved avslutning av RT-tilbud	0,527	(0,309-,900)	0,019	0,616	(0,336-1,129)	0,117

Note: OR= Odds Ratio, KI= konfidensintervall. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. ^a Justert for prediktive variabler; utdanningsnivå, diagnose, nedstemthet, søvnproblemer, håp for fremtiden, aktivitet/vitalitet og glede over daglige gjøremål.

Tabell 7 Sammenheng mellom frykt og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud.

Variabel	n ^a total	Ikke tilbakeført		Tilbakeført		X ²	p	Phi
		N	(%)	n	(%)			
Frykt ved oppstart av RT-tilbud	523	227	(43,7)	296	(56,6)	0,017	0,689	0,010
Lite frykt	164	70	(42,7)	94	(57,3)			
Mye frykt	359	157	(43,7)	202	(56,3)			
Frykt ved avslutning av RT-tilbud	507	215	(42,4)	292	(57,6)	0,272	0,602	-0,027
Lite frykt	202	89	(44,1)	113	(55,9)			
Mye frykt	305	126	(41,3)	179	(58,7)			

Note: Frihetsgrader for alle variablene = 1. X² = Kji-kvadrattest, med Continuity Correction. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. ^a alle variablene kunne ikke vurderes for alle individer på grunn av manglende rapportering.

Tabell 8 Ujustert og justert regresjonsmodell som viser sammenheng mellom frykt ved avslutning av RT-tilbud og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud.

Variabel	Ujustert			Justert ^a		
	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Frykt ved oppstart av RT-tilbud	1,044	(0,719-1,516)	0,822	1,010	(0,665-1,535)	0,963
Frykt ved avslutning av RT-tilbud	0,894	(0,624-1,280)	0,540	1,369	(0,910-2,059)	0,132

Note: OR= Odds Ratio, KI= konfidensintervall. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. ^a Justert for prediktive variabler; utdanningsnivå, angst, nedstemthet, søvnproblemer, håp for fremtiden, aktivitet/vitalitet og glede over daglige gjøremål.

Tabell 9 Frykt for sykdom + smerter ved oppstart og avslutning av RT-tilbudet - påvirkning på tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud.

Variabel	n ^a total	Ikke tilbakeført		Tilbakeført		X ²	p	Phi
		n	(%)	n	(%)			
Frykt og smerte ved oppstart av RT-tilbud	464	207	(44,3)	257	(55,4)	0,004	0,951	-0,007
Lite frykt og smerter	173	78	(45,1)	95	(54,9)			
Mye frykt og smerter	291	129	(44,3)	162	(55,7)			
Frykt og smerte ved avslutning av RT-tilbud	447	208	(46,5)	239	(53,5)	3,406	0,065	0,093
Lite frykt og smerter	70	25	(35,7)	45	(64,3)			
Mye frykt og smerter	377	183	(48,5)	194	(51,5)			

Note: Frihetsgrader for alle variablene = 1. X² = Kji-kvadrattest, med Continuity Correction. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid ^a alle variablene kunne ikke vurderes for alle individer på grunn av manglende rapportering.

Tabell 10 Ujustert og justert regresjonsmodell som viser sammenheng mellom frykt+smerter ved avslutning av RT-tilbud og tilbakeføring tre måneder etter avsluttet RT-tilbud.

Variabel	Ujustert			Justert ^a		
	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
Frykt og smerter ved oppstart av RT-tilbud	1,031	(0,706-1,505)	0,874	1,198	(0,772-1,858)	0,420
Frykt og smerter ved avslutning av RT-tilbud	0,589	(0,347-1,000)	0,050	0,667	(0,367-1,122)	0,184

Note: OR= Odds Ratio, KI= konfidensintervall. Tilbakeføring er målt som >50% i arbeid. ^a Justert for prediktive variabler; utdanningsnivå, angst, nedstemthet, søvnproblemer, håp for fremtiden, aktivitet/vitalitet og glede over daglige gjøremål.

2. Tidsskrift for Den norske Legeforening sine retningslinjer.

Tidsskrift for Den norske legeforening

Forfatterveiledning:

Originalartikkel

Artikler basert på egne innsamlede og bearbeidede data.

Materialet må ikke være publisert i annen form tidligere.

Slik bygger du opp manuskriptet

Artikkelen innledes med et strukturert sammendrag på 200 ord, som i likhet med artikkelen inneholder følgende deler:

- Bakgrunn
- Materiale og metode
- Resultater
- Fortolkning

Løpende tekst skal inneholde de samme fire hovedavsnittene som sammendraget. I innledningen beskriver du kort bakgrunnen for undersøkelsen, formål og problemstillinger. I *Materiale og metode* skal du beskrive undersøkelsespopulasjon og metode, og det må alltid gjøres rede for etiske og personvernmessige tillatelser. Bruk gjerne litteraturhenvisninger til metoder som er benyttet.

Under *Resultater* presenterer du egne iakttagelser i logisk rekkefølge, uten at du diskuterer funnene. Artikkelen avsluttes med *Diskusjon*, der du drøfter betydningen av egne observasjoner og forsøker å plassere dem i sammenheng med tidligere viten. Det kan være nyttig å starte diskusjonen med en helt kort oppsummering av hovedfunnene i noen få setninger. Deretter kommer gjerne en drøfting av resultatene opp mot tidligere funn, fulgt av en diskusjon av undersøkelsens styrker og begrensninger. Diskusjonen bør munne ut i en kort konklusjon som knyttes til formålet med undersøkelsen. Unngå konklusjoner som ikke fullt ut underbygges av de funnene som er gjort.

Artikkelens hovedbudskap oppsummeres i to-fire korte setninger. Hvert punkt skal bestå av kun én setning og skal gi leseren anledning til raskt å gjøre seg kjent med studiens hovedfunn og konklusjoner. Tall egner seg ikke i så godt i hovedbudskapet. Unngå å bruke identiske setninger i hovedbudskap og sammendrag.

Totalt kan teksten bestå av inntil 3 000 ord fra og med tittel til og med siste referanse.

3. Invitasjonsbrev

Invitasjonsbrev

Mailhode: INVITASJON. Evaluering av Raskere tilbake for Arbeidsdepartementet

Deres raskere tilbake-tilbud inviteres herved til å delta i raskere-tilbakeevalueringens *de/studie II- Individstudien*. Vedlagt ligger et invitasjonsbrev med informasjon om studien og et enkelt svarskjema. Hvis dere ønsker å delta håper vi at dere kan fylle ut skjemaet om hvem som skal være deres lokalt studieansvarlige under studien, og returnere det til oss så raskt som mulig, til:[mailadresse]

Hvis du har spørsmål er det bare å ringe til Lise Haveraaen [telefonnummer].

Hvis dere allerede deltar i delstudie II, kan dere bare se bort fra denne meldingen.

Vi ser frem til å samarbeide med dere og til sammen å bidra til ny forskningsbasert kunnskap om tilbudet til sykmeldte.

Vennlig hilsen
For prosjektgruppen
Randi Wågø
Aas prosjektleder

PS! Alle som returnerer vedlagte skjema innen 25.06.2012 vil få rapporten fra delstudie I

sendt per e-post. Rapporten heter: Aas RW, Solberg A, Strupstad I (2011) Raskere tilbake.

Organisering, kompetanse, mottakere og forløp
20111125.

4. Informasjonsbrev

Invitasjon til deltakelse i forskningsstudien

Evaluering av Raskeretilbake

på oppdrag fra Arbeidsdepartementet

Bakgrunn og hensikt: Dette er en invitasjon til 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 brukes av myndighetene og fagmiljøene for å videreutvikle tilbudet til sykemeldte i Norge. Forskningscenteret PreSenter står som ansvarlig for gjennomføringen av studien. Arbeidsdepartementet finansierer studien, og er oppdragsgiver.

Hva innebærer det å delta: Studien innebærer å fylle ut et enkelt spørreskjema ved avslutning av tilbudet du har mottatt (se vedlagt spørreskjema). Din deltagelse vil til sammen ta maks 20 minutter. Vi vil i tillegg innhente data fra basen FD-trygd og informasjon om tilbudet du har fått fra Norsk Pasientregister. De som har vært ansvarlig for tilbudet du har fått her, vil også fylle ut opplysninger om deg og tilbudet du har fått, gjennom et spørreskjema som ligner på det som du selv fyller ut.

Mulige fordeler og ulemper: All informasjon som registreres om deg skal kun brukes som beskrevet over. Alle opplysninger vil behandles uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En ID knytter deg og dine opplysninger til en liste med navn og personnummer (avidentifisering). Det er kun en oppnevnt prosjektsekretær som har adgang til listen og som kan finne tilbake til den enkelte. Alle som jobber med prosjektet har taushetsplikt. Det vil altså ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner, hva de svarte eller hvilket tilbud de deltok i gjennom resultatene i studien, når disse publiseres. Det åpnes for publiseringsaktiviteter og oppfølging av den enkelte inntil 20 år, inkludert bruk av registerdata. I denne perioden vil dataene være avidentifiserte. Etter dette tidspunktet vil alle dataene bli anonymisert.

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 arket som ligger vedlagt. Hvis 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 studien. Du kan få dette ved henvendelse til kontaktpersonene som er nevnt under, når resultatene foreligger.

Ta gjerne kontakt med oss dersom du har spørsmål om studien og din

Med vennlig hilsen

Prosjektleder Randi Wagø Aas
Professor
IRIS HIOA
Pittsburgh
Tlf: xx xx xx xx
Epost: xxxxxxxx

Prosjektmedarbeider
Eirin Hopland
Masterstudent
Universitetet i Stavanger
Tlf: xx xx xx xx
Epost: xxxxxxxx

Prosjektmedarbeider
Lise Haveraaen
Masterstudent
Universitetet i Stavanger
Tlf: xx xx xx xx
Epost: xxxxxxxx

Prosjektmedarbeider
Lisebeth Skeie Skarpaas
Høgskolelektor/ stipendiat
Høgskolen i Oslo og
Akershus, HiOA
Tlf: xx xx xx xx
Epost: xxxxxxxx

5. Samtykkeerklæring

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: ddfmmfåååå

Dette arket fylles ut, legges i vedlagte konvolutter som det står "samtykkeskjema" på, legges i forskningsstudiens postkasse. Hvis du ikke vet deg invitasjonsbrevet eller noen andre av de ansatte.

Dukan nå fylle ut det vedlagte spørreskjemaet.