



Høgskolen i **Hedmark**
Campus Elverum
Institutt for tannpleie og folkehelse

Kristin Haugen

Masteroppgave

**Arbeidsrettet rehabilitering med
arbeidsplassbesøk på Hernes Institutt: hva
kjenner ut deltagerne og hvilke faktorer
predikerer arbeidsdeltakelse etter et år?**

Occupational rehabilitation with workplace visit at Hernes
Institute: what characterizes the participants and which factors
predict return to work after one year?

Master i folkehelsevitenskap med vekt på endringer av livsstilsvaner
2016

Forord

«Det er den som farer vill som finner de nye veiene»

Nilse Kjær

Dette sitatet oppleves å være en god beskrivelse for min «ekspedisjon mastergrad». Mine tidligere «ekspedisjoner» til Grønland, Svalbard, i Norge og Sør-Amerika har verken vart like lenge eller bydd på de samme ikke-fysiske, mentale og intellektuelle utfordringene som denne. Jeg ville ikke vært foruten noe av dem!

Denne masteroppgaven ble skrevet ved Høgskolen i Hedmark (Hihm), Elverum. En spesiell takk rettes til mine veiledere Giovanna Calogiuri ved Hihm for lærerik, grundig og konstruktivt prosess. Ønsker også å takke Camilla Ihlebæk ved Norges miljø- og biovitenskaplig universitet UMB og Tore Norendal Braathen ved Høgskolen i Sørøst-Norge for god og støttende ekstern faglige veiledning. Jeg ønsker også å rette en stor takk til min arbeidsplass, Hernes Institutt, som gjorde det mulig for meg å få denne «vitamininnsprøytingen». En spesiell takk rettes til Ole Jo Kristoffersen for korrekturlesning og innspill.

Til slutt ønsker jeg å takke mine venner Ane J.R, Anette S.B Ragna H. G. og Signe S.N for hjelp og god støtte gjennom denne perioden. Og ikke minst min familie💙...

Jeg håper at denne masteroppgaven, selv med sine begrensninger, kan bidra positivt i den kliniske arbeidshverdagen i det arbeidsrettete fagfeltet både «utenfor» og «innenfor» hos oss på Hernes Institutt.

- Tusen takk alle sammen ☺

Elverum 19.05.2016

Kristin Haugen

Innholdsfortegnesle

Liste over tabeller.....	vii
Liste over figurer.....	viii
Liste over ordforkortelser.....	ix
Sammendrag.....	x
Abstract.....	xi
1. Innledning.....	1
1.1.1 Arbeidsmiljø- og folkehelssetrygdeloven.....	6
1.1.2 Hernes Institutt.....	7
1.1.3 Arbeidsplassbesøk ved Hernes Institutt.....	8
1.2 Oppgavens struktur.....	9
2. Litteratursammendrag.....	9
2.1 Arbeidsrettet rehabilitering.....	9
2.2 Tilrettelagt aktivitet, en intervensjon på arbeidsplassen.....	11
2.3 Arbeidsplassbesøk ved arbeidsrettet rehabilitering.....	13
2.4 Forskning om arbeidsplass besøk ved arbeidsrettet rehabilitering.....	13
3. Teoretisk rammeverk.....	15
3.1 Fear Avoidance Beliefs model.....	15
3.2 The Job demands-control-support model.....	16
4. Hensikten med studien og forskningsspørsmål.....	19
4.1 Hensikten med studien.....	19
4.2 Forskningsspørsmål.....	19

5. Metode.....	20
5.1 Design og data.....	21
5.1.1 Design.....	21
5.1.2 Informanter.....	22
5.1.3 Inklusjon- og eksklusjons kriterier.....	23
5.1.4 Flytskjema.....	24
5.1.5 Svarprosent.....	26
5.2 Instrumenter.....	27
5.2.1 Demografiske data og arbeids- og utdanningsrelaterte opplysninger.....	28
5.2.2 Fear-avoidance beliefs ved fysisk aktivitet og arbeid.....	28
5.2.3 Opplevd krav, kontroll, belastning og sosial støtte i arbeid.....	29
5.2.4 Opplysninger om Tro på egen bedring.....	31
5.2.5 Opplysninger om Jobbtrivsel.....	32
5.2.6 Arbeidsdeltagelse 12 måneder etter avsluttet arbeidrettet rehabiliterings opphold	
33	
5.2.7 Kategorisering og rekoding av variabler.....	33
5.3 Statistiske analyser.....	36
5.3.1 Oversikt over analyse prosessen.....	36
5.3.2 Eksplorativ og deskriptiv analyse.....	38
5.3.3 Forskjeller mellom grupper og endringer over måletidspunktene.....	39
5.3.4 Multivariat logistisk regresjon.....	41
6. Resultater.....	43

6.1	<i>Del 1: For deltagerne i studien</i>	43
6.1.1	...hva kjennetegner deltagerne med hensyn til sosiodemografiske og arbeidslivs faktorer, diagnose og arbeidssituasjon for som fikk arbeidsplassbesøk ved ankomst til Hernes Institutt?	43
6.1.2	...hvor mange deltagerne ved arbeidsplassbesøk kom tilbake i jobb etter ett år, og er det noen forskjeller for de som ikke kom og de som kom tilbake i jobb?	48
6.1.3	...hvordan er den prosentvise arbeidsmengden for arbeidsplassbesøk deltagerne ved arbeidsrettet rehabiliterings tiltak?	52
6.2	<i>Del 2: Pasienter som får arbeidsplass besøk i 6 måneder etter endt arbeidsrettet rehabilitering</i>	55
6.2.1	...er det noen forskjeller ved Fear-avoidance belief for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring over 6 måneder for de som ikke kom og kom tilbake i jobb?	55
6.2.2	...skjer det en endring av fear-avoidance belief for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring mellom baseline og 6 måneder?	58
6.2.3	...hvilke av faktorene Fear-avoidance beliefs for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring predikerer hvem som kom tilbake i jobb?	59
7.	Diskusjon.....	62
7.1	<i>Del 1: For deltagerne i studien</i>	62
7.1.1	... hva kjennetegner deltagerne med hensyn til sosiodemografiske og arbeidslivs faktorer, diagnose og arbeidssituasjon for som fikk arbeidsplassbesøk ved ankomst til Hernes Institutt?	62

7.1.2	... hvor mange deltagerne ved arbeidsplassbesøk kom tilbake i jobb etter ett år, og er det noen forskjeller for de som ikke kom og de som kom tilbake i jobb?	65
7.1.3	... hvordan er den prosentvise arbeidsmengden for arbeidsplassbesøk deltagerne ved arbeidsrettet rehabiliterings tiltak?	70
7.2	<i>Del 2: Pasienter som får arbeidsplassbesøk i 6 måneder etter endt arbeidsrettet rehabilitering</i>	71
7.2.1	...er det noen forskjeller ved Fear-avoidance belief for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring over 6 måneder for de som ikke kom og kom tilbake i jobb?	71
7.2.2	... skjer det en endring av fear-avoidance belief for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring mellom baseline og 6 måneder?	74
7.2.3	... hvilke av faktorene av fear-avoidance belief for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring predikerer hvem som kom tilbake i jobb?	75
7.2.4	Et kristisk blikk på teoriene	78
7.3	Styrker og svakheter	79
7.3.1	Styrker	80
7.3.2	Svakheter	81
7.4	Implikasjoner og kliniske erfaringer	83
8.	Konklusjon	85
	Referanser	87
	Vedlegg	109

Vedlegg 1: Samtykkeerklæring	109
Vedlegg 2: Demografiske data og arbeids- og utdannings opplysninger.....	112
Vedlegg 3: Spørreskjema ved ankomst	117
Vedlegg 4: Spørreskjema ved forberedelser arbeidsplassbesøk.....	120
Vedlegg 5: Spørreskjema ordinært arbeidsplassbesøk.....	128
Vedlegg 6: Spørreskjema ved oppfølging 3 måneder arbeidsplassbesøk	136
Vedlegg 7: Spørreskjema ved oppfølging 6 måneder arbeidsplassbesøk	145
Vedlegg 8: Kartlegging etter ett år	154
Vedlegg 9: Forlengelse og godkjenning fra Regional komitè for medisinsk og helsefaglig Forskningsetikk Sør-Øst (REK Sør-Øst A).....	158

Liste over tabeller

Tabell 1. Kjennetegn og forskjeller for deltagere som fikk arbeidsplassbesøk

Tabell 2. Forskjeller for deltagere ved arbeidsplassbesøk for de som ikke kom og kom tilbake i jobb etter ett år

Tabell 3. Endringer hos deltagerne ved arbeidsplassbesøk for de som ikke kom og kom tilbake i jobb ett år etter

Tabell 4. Endringer hos deltagere ved arbeidsplassbesøk for baseline og 6 måneder etter

Tabell 5. Signifikante variabler ved den enkle logistiske regresjons individuelle testen

Tabell 6. Den endelig modell ved multivariate logistisk regresjon for å komme tilbake i jobb etter ett år

Liste over figurer

Figur 1. JCD model

Figur 2. Design: Målepunkter fra pasientene ankom Hernes Institutt, til og med ett år etter avsluttet opphold

Figur 3. Flytskjema 1: Respondenter og frafall underveis for alle deltagere

Figur 4. Flytskjema 2: Respondenter og frafall underveis for deltagere ved arbeidsplassbesøk

Figur 5. Hoveddiagnose ved ankomst til Hernes Institutt

Figur 6. Arbeidssituasjon ved ankomst til Hernes Institutt

Figur 7. Arbeidssituasjonen for deltagerne som ikke kom og kom tilbake i jobb etter ett år

Figur 8. Arbeidssituasjonen ett år etter for de som kom delvis, fullt eller ikke tilbake i jobb etter ett år

Figur 9. Arbeidsstatus for deltagerne som kom tilbake i jobb ved ulike måletidspunkt

Liste over ordforkortelser

APB = Arbeidsplassbesøk

ARR = Arbeidsrettet rehabilitering

α = Chronbach's alpha

CI = Konfidensintervall

DCSQ = Demand–Control-Support Questionnaire

Δ = Delta

η^2 = Eta squared

FAB = Fear-avoidance beliefs

FABQ = Fear Avoidance Beliefs Questionnaire

ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health

JDC = Job demand-control

JDC-support = Job demand-control-support

JCQ = Job Content Questionnaire

M = Gjennomsnitt

NAV = Arbeid- og velferdsforvaltningen

NSD = Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

OR = Odds Ratio

P = Signifikansverdi

χ^2 = Kji-kvadratfordeling

REK = Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør -Øst A

SPSS = Statistical Package for the Social Sciences

SD = Standard avvik

t = T-verdi

Sammendrag

Bakgrunn: Det er behov for økt kunnskap om arbeidsplassbesøk gjennomført i døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering (ARR) og hvilken betydning dette tiltaket har for hvem som kommer tilbake i jobb. Denne studien har vært et samarbeid med Hernes Institutt. Hensikten med studien var å undersøke hva som kjennetegner deltagere ved arbeidsplassbesøk (APB). Videre var hensikten å undersøke om de kom tilbake i jobb etter ett år, om det har skjedd noen endringer og hva som predikerte tilbakekomst i jobb ett år etter deltagelse på APB ved ARR tiltak. Det teoretiske rammeverket er Fear Avoidance Beliefs model og The Job demand-control-support model. **Metode:** Studien har vært en videre analyse av materiale innhentet ved en tidligere studie. Studien er en kvantitativ case-studie med prospektiv longitudinell oppfølging av pasienter ved Hernes Institutt innen ARR tiltak. Deltagerne i studien var pasienter ved Hernes Institutt. Av de 286 pasientene som ble invitert, deltok 102 i studien hvor 45 av disse fikk APB. Deltagerne har mottatt spørreskjema ved seks målepunkter. Deskriptiv statistikk er blitt benyttet for å beskrive egenskapene til deltagerne, og multivariat logistisk regresjon for å identifisere faktorer som predikerer tilbakekomst i jobb. **Resultater:** Ved ankomst til Hernes Institutt kjennetegnes APB deltagerne og de som ikke fikk APB ved at de hadde lav sosioøkonomisk status og jobber innenfor håndverk og manuelt arbeid. Det er lite som skiller de som ikke fikk oppfølging og de som fikk APB. Etter ett år hadde 43 % kommet tilbake i jobb, hvor 51 % kom tilbake i jobb for de som fikk APB. De som deltok på APB hadde omtrent samme lønn og utdanning enn de som ikke fikk oppfølging, og de som fikk APB og som kom tilbake i jobb hadde noe høyere lønn og utdanning enn de som ikke kom tilbake i jobb. For de som deltok på APB og ikke fikk oppfølging var det svært få som kom delvis/gradert tilbake i jobb. Kontroll over egen arbeidssituasjon ved 6 måneder for de pasientene som fikk APB var den viktigste faktoren som predikerer for tilbakekomst i jobb. **Konklusjon:** Denne studien gir ny kunnskap om APB som en ARR intervensjon. For å fremme tilbakeføring til arbeid, er det viktig for alle terapeuter på Hernes Institutt å hjelpe pasienten til å oppleve kontroll over eget arbeid. Det er behov for flere studier med et større utvalg.

Abstract

Background: There is a need for more knowledge about workplace visits carried out in days based occupational rehabilitation, and knowledge about who return to work. This study has been conducted in collaboration with the Hernes Institute, and aimed to investigate the characteristics of participants in workplace visits, the prevalence of those returning to work after one year, and possible changes that predicts returning to work. The theoretical framework is the Fear Avoidance Beliefs model and the Job Demand-Control-Support models. **Methods:** The study has been a further analysis of a material obtained from a previous study. This is a quantitative case study with prospective longitudinal follow-up of patients at Hernes Institute within occupational rehabilitation intervention. Participants in the study has been patients at Hernes Institute. Of the 286 patients who were invited, 102 participated in the study, of which 45 attended workplace visits. The participants received questionnaires at six measuring points. Descriptive statistics was used to depict the characteristics of the participants, and multivariate logistic regression was used to identify factors that predict return to work. **Results:** On arrival at the Hernes Institute, the participants at workplace visits and those who did not follow-up are characterized by having low socioeconomic status and most of them work in handy crafts and manual work. There is little that separates those who did not receive follow-up and those who participated in APB. After one year, 43 % of participants returned to work, and the prevalence was 51% among those who participated in workplace visits. Those who attended the work place visit had approximately same wages and education than those who did not receive follow-up, and those who return to work had higher wages and education than those who did not return to work. For those who attended the workplace visits and did not follow up are very few that had partially/graded return to work. Control over their own work after six months for participants by workplace visits is the only factor predicts of return to work. **Conclusion:** This study provides new knowledge about work place visit as an occupational rehabilitation intervention. To facilitate return to work, it is important for all therapists at Hernes Institute to help the patient to experience control over their own work. More studies on larger samples are needed.

1. Innledning

Temaet for studien er døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering (ARR), arbeidsplassbesøk (APB) som intervensjon for pasienter¹ på Hernes Institutt og tilbakekomst i jobb.

Med reformasjonen kom et positivt syn på det å utføre et arbeid. I moderne tid har arbeidets betydning for den enkelte endret seg (Saglie, Haavorsen, Heum, & Hernes, 2010), og det er stor enighet om at arbeidet har flere positive effekter på oss mennesker utover det å gi økonomisk trygghet. Arbeid kan være med på å gi mulighet for sosialt nettverk, struktur i hverdagen, gi tilhørighet og følelse av likeverd (Marnetoft, 2015; Saglie, et al., 2010). Samfunnsøkonomisk er det også stor enighet om at andelen arbeidsaktive må økes for å hindre at et underskudd på arbeidskraft blir et hinder for en bærekraftig samfunnsutvikling. En slik utvikling vil igjen kunne true velferdsstatens eksistensgrunnlag. Utviklingen i samfunnet tilsier også at vi må benytte de arbeidskraftsressursene som finnes. Vi må også ta utgangspunkt i hva det gjør med oss å være aktive i arbeidslivet, og likeså hva det betyr for oss å stå utenfor arbeidslivet på grunn av sykdom (Saglie, et al., 2010). En av de mest betydningsfulle sosiale determinantene for sunnhet er ifølge WHO arbeid, og arbeid er med på å skape vår identitet (Wilkinson & Marmot, 2003). Arbeid er også et middel som blir tatt i bruk for å utjevne de sosiale ulikheter og fremme folkehelse (*Folkehelseloven LOV-2011-06-24-29 2013*).

Mye av vår tid bruker vi på jobb, de fleste tilbringer 25 % av sin tid på arbeid (Knardahl & Keeping, 1998). Arbeid og det å fungerer i arbeidslivet og i dagliglivet har

¹ I studien vil begrepet pasient benyttes. Lov om pasientrettigheter definerer pasient som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63, 2015*). I ARR og ved APB vil man motta helsehjelp.

betydning for vår helse i et folkehelse perspektiv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Lav utdanning, langtidssykemelding og tunge fysiske yrker predikerer kompliserte tilbakeføringsprosesser og økt fare for uførepensjonering (Andersson, 2004; Hagen, Eriksen, & Ursin, 2000; Lund, Labriola, & Villadsen, 2007) og vanskeligere tilbakekomst i jobb (Selander, Marnetoft, Bergroth, & Ekholm, 2002; Shaw, Kristman, & Vézina, 2013). Norske arbeidstakere i yrker med lavere krav til utdanning opplever i større grad at arbeidet har negativ påvirkning på deres helse (Dahl, Wel, Harsløf, & Helsedirektoratet, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Denne gruppen oppgir også høyt stressnivå, nedsatt søvnkvalitet og liten arbeidstilfredshet (Tveito, Halvorsen, Lauvålien, & Eriksen, 2002).

Deltagelse i arbeidslivet er ofte helsebringende, spesielt for de med muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser (Arbeidsdepartementet, 2013). I Norge har vi Arbeidsmiljøloven som forankrer et helsefremmende perspektiv gjennom å verne om trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger for arbeidstakere ved å promotere ”en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon” (§ 1-1) (*Arbeidsmiljøloven LOV-2015-12-18-104*, 2015). Arbeidets betydning for helsen må også sees i sammenheng med type arbeid og sosial kontekst. Uansett vil den positive effekten av å være i arbeid kompensere for risikoen for uhelse. Risikoen for uhelse vil også være mindre enn de skadelige effektene av langtidsfravær fra arbeid (Gordon Waddell & Burton, 2006). For mennesker med kroniske sykdommer som er i fare for å falle ut av eller er ute av jobb, er det behov for og nyttig med tverrfaglig samarbeid rundt et arbeidsrettet tiltak (Lillefjell, Krokstad, & Espnes, 2006; Mettavainio & Ahlgren, 2004), og en tverrfaglig intervensjon ser ut til å være viktig i behandlingen av muskel- og skjelettplager (Brendbekken, et al., 2016).

I Norge har vi høyere sykefravær enn i andre land (Proba samfunnsanalyse, 2014) og sykefraværet øker med alder og er høyest for kvinner (Huge & Kann, 2007; Kostøl & Telle, 2011; M. Labriola & Lund, 2011; Selander, et al., 2002). Norge har et sykefravær på ca seks

%, og de fleste er sykemeldt på grunn av muskel- og skjelettlidelser. Denne pasientgruppen har sammensatte lidelser og problemstillingene som er komplekse med uklare årsakssammenhenger (Nygaard, 2015; Wigors & Finset, 2007). Blant annet har alder betydning for tilbakekomst jobb for langtidssykemeldte (Landstad, Wendelborg, & Hedlund, 2009).

Arbeid og sosioøkonomiske forhold har betydning for sykefravær og uførepensjon i Norge. For å utjevne sosiale ulikheter i Norge er arbeid et av satsningsområdene (Bergene, 2012). Folketrygdloven skal bidra til å sikre inntekt og gi vederlag ved blant annet arbeidsløshet for alle som bor i Norge (*Folketrygdloven LOV-2015-12-18-105*, 2015). Et ideelt og helsefremmende arbeid som er tilpasset pasienters ressurser og som utføres under rette forhold bidrar til gunstig utnyttelse av arbeidsevnen til befolkningen (M Labriola, Thielen, Eplov, & Nielsen C.V, 2014). Empowerment bidrar også til å øke pasientens makt for å kunne bedre levekår og livskvalitet (Slettebø, 2002). I den norske Arbeidsmiljøloven beskrives arbeidsgivers og arbeidstakers ansvar ved et sykefravær. Arbeidsgiver har i hovedsak ansvar for organisering og oppfølging, og arbeidstaker er forpliktet til å samarbeide for å finne løsninger (*Arbeidsmiljøloven LOV-2015-12-18-104*, 2015).

For å komme tilbake i jobb etter sykefravær er flere faktorer av betydning. Dette kan være å bistå pasienter med å øke bevisstheten om egne tanke- og adferdsmønstre, få kontroll over egen situasjon, øke forståelsen av sine ressurser og muligheter, og samarbeid mellom pasienten, arbeidsplassen, Arbeid- og velferdsforvaltningen (NAV), og helsetjenesten (T.N Braathen, Eftedal, Tellnes, & Haugli, 2015). Det er større sannsynlighet for å komme tilbake i jobb etter sykemelding ved opplevelse av bedret helse, handlingsrom på arbeidsplassen, økt egen tro på tilbakekomst i jobb (Wåhlin, Ekberg, Persson, Bernfort, & Öberg, 2012) og ved et positivt syn på bedring (Hallegraeff, Krijnen, van der Schans, & de Greef, 2012).

Forståelsen av egen sykdom påvirkes av en persons opplevelse av fear-avoidance beliefs (FAB) (Vowles & Gross, 2003). Fear Avoidance Belief model beskriver teorien om frykt og unngåelsesadferd. Frykten fører til adferd som unnvikelse og flukt, som igjen fører til redusert daglig aktivitet, funksjonsnedsettelse, inaktivitet og endret bevegelsesmønster (Gatchel, Neblett, Kishino, & Ray, 2016; Geisser, Robinson, Miller, & Bade, 2003). Sykemeldte med lav utdanning har en høyere skår for FAB (Svensen, 2011). Job demand-control-support (JDC-support) model er en av de mest anvendte stressteoriene benyttet på arbeidsmiljø og beskriver hvordan psykososiale faktorer påvirker helse. Modellen beskriver betydningen av opplevelsen av krav og kontroll i sin arbeidssituasjon (R. Karasek & Theorell, 1990). Opplevelsen av kontroll er med på å forebygge helseplager (Ebeltoft, 1992). Modellen tar for seg arbeidsrelatert stress, faktorer i arbeidsmiljøet og sammenhengen mellom arbeid og helse (R. Karasek, 1979; R. Karasek & Theorell, 1990). Modellen benyttes i et helsefremmende arbeid på jobb ved at den har fokus på jobbengasjement som et positivt mål på helse (Tveito, et al., 2002).

ARR tiltak er en tverrfaglig tilnærming som benyttes i ulike aktiviteter, tjenester og settinger. Dette er for yrkesaktive personer med helserelevante plager, nedsatt funksjon eller for de med begrensninger som gjør at man ikke fungerer i arbeid. Det primære målet er å muliggjøre arbeidsdeltagelse (Escorpizo, et al., 2011). Formålet med et ARR tiltak er å; a) endre personens fokus fra et helseproblem og begrensninger (disability) til å øke bevisstheten rundt egne ressurser, b) utvikle måter å mestre egne helseproblemer og begrensninger på, og til slutt c) bidra til et samarbeid mellom de ulike aktørene (arbeidsplassen, NAV og andre) i prosessen tilbake i jobb med felles mål og strategi om å komme tilbake i jobb (T.N Braathen, et al., 2015). Et ARR tiltak bidrar til å identifisere hvilke områder intervensjonen skal ha fokus på (Franché, et al., 2005). Arbeidsplassen og ARR aktører kan påvirke ressurser som sosiale, økonomiske og omgivelsesforhold som en person ikke direkte har kontroll over.

Personen kan for eksempel selv ha kontroll over sin helseatferd. Arenaer, som for eksempel arbeidsplassen og ARR tiltak, har muligheten til å påvirke den enkelte personens evne til å styrke eller hindre helsefremmende adferd (Dooris & Hunter, 2007). Forskningen innenfor folkehelsen har som et av sine mål å gi økt kunnskap om hvordan man best mulig kan ivareta langtidssykemeldte sine behov og interesser, som for eksempel å komme tilbake til arbeidslivet (Finlay L, 2007).

Et ARR tiltak tilrettelegger for arbeidsdeltagelse og skal bidra til å redusere eller fjerne faren for en arbeidsuførhet (Finger, et al., 2012). En tilrettelegging på arbeidsplassen er en intervensjon som har fokus på endring av arbeidsplassen og utstyr, eller endring av design i miljøforhold, jobbsituasjonen eller arbeidsorganisasjonen. Det kan også være en intervensjon med aktiv deltagelse for ansatte og arbeidsgiveren som settes i gang av ledelsen, og som er tilpasset et yrke (Van Oostrom & Boot, 2013). Sykefravær kan reduseres med en intervensjon som utføres på arbeidsplassen eller hvor et APB inkluderes (Schaafsma, Schonstein, Ojajärvi, & Verbeek, 2011). Et APB vil kunne være en intervensjon for tilrettelegging for arbeidsdeltagelse i en ARR prosess (Anema, et al., 2007). Hernes Institutt tilbyr et ARR tiltak som inneholder APB som intervensjon for de pasientene som har et arbeidsforhold, enten om de er ansatt i en bedrift eller er selvstendig næringsdrivende (Haugen, et al., 2012).

Det er kjent hva som kjennetegner langtidssykemeldte som kommer tilbake i jobb etter ARR tiltak i Norge (T.N Braathen, et al., 2015; L Haugli, Maeland, & Magnussen, 2011; Øyeflaten, Hysing, & Eriksen, 2008; Øyeflaten, Lie, Ihlebæk, & Eriksen, 2014), men ingen studier har gjennomført en intervensjon med et systematisk eller utvidet APB.

1.1.1 Arbeidsmiljø- og folkehelssetrygdeloven

I Norge er arbeidsgiveren pålagt hovedansvaret for at arbeidsmiljøloven følges. Arbeidstaker har medvirkningsplikt til at dette skjer, det stilles krav til at arbeidstaker plikter å bidra ved utforming, gjennomføring og oppfølging av bedriftens helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Et virkemiddel i arbeidsmiljøloven er at arbeidsgiver skal sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær. Under krav om tilrettelegging, medvirkning og utvikling skal det blant annet bli tatt hensyn til arbeidstakers arbeidsevne, alder og øvrige forutsetninger ved organisering og tilrettelegging av arbeidet. Derfor har arbeidstaker ansvar for å ta opp de problemene som finnes. I arbeidsmiljøloven er formålet ved tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne å gi denne arbeidstakeren samme rett til arbeid som andre, hindre arbeidsmiljørelatert sykdom og fravær, og samtidig få den sykemeldte tilbake i arbeid gjennom et målrettet tilretteleggingsarbeid (*Arbeidsmiljøloven LOV-2015-12-18-104*, 2015).

Ut over arbeidsmiljøloven, er også folketrygdloven sentral som beskriver det nasjonale og sosiale forsikringssystemet i Norge. Formålet med loven er å gi en økonomisk trygghet for alle som er bosatt i Norge, ved å sikre inntekt og gi bistand ved dødsfall, uførhet, alderdom, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, svangerskap og arbeidsløshet. Inntekt og levekår skal utjevnes hos den enkelte og mellom grupper, og et siste viktig bidrag for å kunne hjelpe seg selv (*Folketrygdloven LOV-2015-12-18-105*, 2015).

1.1.2 Hernes Institutt

Hernes Institutt er en spesialinstitusjon innen rehabilitering med utdanning og arbeid som mål, og er en av 38 aktører som tilbyr et ARR tiltak (Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, 2015). Hernes Institutt har avtale med Helse Sør-Øst Regionalt Helse Foretak som er ett av fire regionale helseforetakene.

I Hernes-modellen beskrives behandlingsopplegget på Hernes Institutt som et målrettet, samtidig, tverrfaglig og systematisk arbeid. Pasientene skal få tilbud om en skreddersydd behandling med progresjon. Fokuset i behandlingsopplegget er kognitiv terapi, fysisk aktivitet, arbeidstrening, mestring og samarbeid med arbeidsgivere, NAV og andre aktuelle parter som for eksempel bedriftshelsetjenestene. Det tverrfaglige teamet på Hernes Institutt som følger opp en pasient består av fysioterapeut, idrettspedagog, ergoterapeut, lege, attføringskonsulent og arbeidsinstruktør (Haugen, et al., 2012).

Legetjenesten har fokus på å trygge pasienter på at smerter ikke er farlig gjennom en guidet undersøkelse og samtaler gjennom oppholdet. Fysioterapi tjenesten og idrettspedagogene har ansvar for å tilrettelegge for øvelsesaktivitet og trening for å bedre funksjon for en fysisk tung jobb. Attføringstjenesten arbeider med pasientens og deres omgivelser samt samarbeider med blant annet NAV. Ergoterapitjenesten har ansvar for koordinering av utadrettet virksomhet mot arbeidsplassene (Haugen, et al., 2012). Arbeidsinstruktørene tilrettelegger for mestring av arbeidsoppgaver med vektlegging av arbeidsteknikk og tilrettelegging av arbeidsoppgaver knyttet til pasientens ordinære jobb (Haugen, et al., 2012; Sørensen, 2014).

Målgruppen til Hernes Institutt er yrkesaktive i alderen mellom 18-67 år. I 2010 besto pasient gruppen av ca 61 % menn og 39 % kvinner (Strupstad, 2011). Pasientene er enten helt

eller delvis utenfor eller i fare for å falle ut av arbeidslivet (Fagrådet for AiR, 2011). De kjennetegnes også ved at de har langvarige sykefravær, langvarige muskel- og skjelett plager (Staff & Nordahl, 2012), de har tungt fysisk arbeid og/eller repeterende arbeidsoppgaver og de fleste har lav utdanning (Strupstad, 2011). I Staff (2012) sin beskrivelse av pasienten på Hernes Institutt har de i stor grad mistet troen på seg selv og mistet troen på sin arbeidsevne. Å ikke ha tro på bedring eller å ha en negativ bedringsforventning øker sjansen for å bli langtidssykemeldt (Hallegraeff, et al., 2012).

1.1.3 Arbeidsplassbesøk ved Hernes Institutt

Ergoterapeutene på Hernes Institutt har hovedansvar for planlegging, gjennomføring og etterarbeid av APB, dette gjøres i samhandling med pasienten. Et APB består av forberedende dialog med pasienten og opprettelse av kontakt med arbeidsgiver og eventuelt andre aktuelle samarbeidspartnere. Videre reiser man ut til arbeidsplassen og gjennomfører APB med mål om tilrettelegging av fysisk og psykososialt arbeidsmiljø. I samarbeid med pasient, arbeidsgiver og eventuelt andre bestemmes tiltak for tilrettelegging for at om at pasienten skal kunne beholde eller bedre sin arbeidsevne, og for å forebygge et nytt sykefravær. Her utvikles det svært ofte en plan for en gradert opptapping tilbake i jobb etter oppholdet på Hernes Institutt. Etter APB gjennomføres en dialog med pasienten for å oppsummere APB, og ergoterapeuten skriver på dette grunnlag en rapport som godkjennes av pasienten før utsendelse til pasient, arbeidsgiver og andre aktuelle parter. Det er også muligheter for oppfølging ute på arbeidsplassen etter avsluttet ARR tiltak på Hernes Institutt (Haugen, Strupstad, Kristoffersen, Teige, & Ihlebaek, 2011; Haugen, et al., 2012).

1.2 Oppgavens struktur

Litteratursammendraget vil belyse litteratur innenfor fagfeltet: Det gis en beskrivelse av ARR, intervensjon på arbeidsplass, APB med deres mål og forskning om APB ved ARR tilak. Det teoretiske rammeverket gir oversikt over teoriene om Fear avoidance beliefs og JDC-support modellene som ligger til grunn for denne studien. Etter dette vil forskningsspørsmålet bli utdypet. Metoden vil gi en beskrivelse av oppgavens design, utvalg, datainnsamling og dataanalyse. Deretter presenteres resultater, som så diskuteres i lys av tidligere forskning. I diskusjonen beskrives også styrker og svakheter, kritisk blikk på teoriene og implikasjoner og klinisk erfaringer. Siste kapittel er oppgavens konklusjon.

2. Litteratursammendrag

2.1 Arbeidsrettet rehabilitering

ARR benevnes i litteraturen som vocational rehabilitation, occupational rehabilitation og work rehabilitation (Ahlstrom, Hagberg, & Dellve, 2012; Escorpizo, et al., 2011; Fimland, et al., 2014). I denne studien vil arbeidsrettet rehabilitering (ARR) bli benyttet. Escopizo og kolleger definerer ARR som “a multi-professional evidence-based approach that is provided in different settings, services, and activities to working age individuals with health-related impairments, limitations, or restrictions with work functioning, and whose primary aim is to optimize work participation” (Escorpizo, et al., 2011, s. 130). Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering i Norge definerer ARR som:

Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet (Fagrådet for AiR, 2011, s. 5).

ARR kan benyttes som en betegnelse på et tiltak og en individuell prosess (Solvang & Slettebø, 2012). ARR bidrar til at mennesker med helseproblemer kommer tilbake eller blir i arbeid (Marnetoft, 2015; G Waddell, Burton, & Kendall, 2008). Et ARR tiltak skal benyttes når det er behov for at deltageren skal kunne beholde eller skaffe seg arbeid som er inntektsgivende, og når det er et mer omfattende tilbud om avklaring mot arbeidslivet enn det NAV kan bistå med. Varigheten på tiltaket skal tilpasses ut fra et individuelt behov og muligheten deltageren har på arbeidsmarkedet (Arbeids- og sosialdepartementet, 2008).

Når mennesker hindres fra å delta i arbeidslivet på grunn av sosiale eller helsemessige utfordringer skal ARR tiltak kunne bidra til mestring og øke den enkeltes arbeidsevne (Arbeids- og sosialdepartementet, 2008). Målet med ARR tiltaket er å rehabilitere den sykemeldte tilbake til eller avklare arbeidsevne, eller eventuelt mangel av arbeidsevnen. Denne prosessen krever samarbeid mellom ulike aktører (Fagrådet for AiR, 2011; Kilsgaard & Labriola, 2011). Langtidssykemeldte² sin problematikk er ofte bio-psyko-sosiale som igjen stiller krav til et systematisk bidrag fra flere faggrupper og aktører, og koordinert oppfølging (L. Haugli, 2010; Kilsgaard & Labriola, 2011). .

ARR tiltak bidrar til tilbakekomst i jobb og fremmer arbeidsevnen til langtidssykemeldte arbeidstakere (Tore Norendal Braathen, Veiersted, & Heggnes, 2007; Carroll, Rick, Pilgrim,

² I denne studien er langtidssykemeldt personer med et sykefravær som varer lengre enn åtte uker (Tellnes, 1989).

Cameron, & Hillage, 2010). Desto lengre man har vært ute av arbeid desto vanskeligere er det å komme tilbake (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2006-2007; Gordon Waddell & Burton, 2001; Øyeflaten, et al., 2014). Haugli, Meland & Magnussen (2011) beskriver positive møter, økt selvforståelse og støtte fra omgivelsene som suksess faktorer for tilbakevending i arbeid etter et ARR tiltak. For pasienter som er sykemeldt utover åtte uker ser man at et effektivt tverrfaglig arbeid innenfor ARR tiltak består av grundig utredning, kognitiv intervensjon, aktiv trening eller råd om aktivitet med progresjon i programmet (Karjalainen, et al., 2003). Likevel er det mange pasienter som ikke kommer tilbake i jobb etter fullført ARR tiltak. Det er også lite kunnskap om langtidseffekten av et ARR tiltak (Øyeflaten, et al., 2014). Ved tverrfaglig rehabilitering anbefales en arbeidsplassintervensjon for å få arbeidstakere raskere tilbake i jobb etter en sykemelding (Anema, et al., 2007).

Et ARR tiltak består av ulike elementer og det er ønskelig å bistå pasientene med en innsats mot deres barrierer i omgivelsene som for eksempel arbeidsplassen og NAV (Strupstad, 2010).

2.2 Tilrettelagt aktivitet, en intervensjon på arbeidsplassen

Intervensjon på arbeidsplassen defineres som en:

Interventions focusing on changes in the workplace and equipment design, or in the work organization (including working relationship), or in the job situation, or in the environmental conditions. They can also be the actions taken for proper occupational (case) management with the active participation of the worker and employer (Van Oostrom & Boot, 2013, s. 336).

En intervensjon på arbeidsplassen har til hensikt å bidra til at langtidssykemeldte kommer tilbake og blir stående i jobb (Van Oostrom & Boot, 2013), og kan bidra til redusert sykefravær ved muskel- og skjelettplager (Anema, et al., 2007; van Vilsteren, et al., 2015). Tilrettelagt aktivitet øker sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid. Sannsynligheten for tilbakeføring til arbeid reduseres i økende grad med sykefraværets lengde. For å forebygge arbeidsrelatert sykdom vil tiltak på arbeidsplassen kunne forebygge sykefravær (S. Hunskår, et al., 2002). En tilrettelegging på arbeidsplassen kan bidra til å redusere eller forebygge sykefravær ved å identifisere et gap mellom individets krav og ressurser i jobb (Bruusgaard & Claussen, 2010; Franche, et al., 2005).

Både tilrettelegging på arbeidsplassen og kontakt mellom helsepersonell og arbeidsplass er av betydning for hvor raskt man kommer tilbake i arbeid etter et sykefravær (Bruusgaard & Claussen, 2010; Falkdal, 2005; Grotle, Vøllestad, Veierød, & Brox, 2004; S. Hunskår, et al., 2002; van Vilsteren, et al., 2015). Her kan det legges en plan for en gradert opptrapping tilbake i arbeid for å sikre at man opprettholder kontakten med arbeidsplassen og blir stående i arbeidsrelatert aktivitet (Arbeid- og velferdsforvaltningen, 2006). Et eksempel på tilrettelegging på arbeidsplassen kan være en gradert sykemelding (Arbeid- og velferdsforvaltningen, 2006). En gradert sykemelding er ifølge Ose et al. (2012) i mindre grad benyttet for de med lav utdanning. Bruk av gradert sykemelding kan bidra til økt tilknytning til arbeidsmarkedet samt redusere antallet trygde utbetalinger på grunn av sykdom (Markussen, Mykletun, & Røed, 2012). APB er et eksempel på en intervensjon på arbeidsplassen hvor man ønsker å tilrettelegge en arbeidsaktivitet.

2.3 Arbeidsplassbesøk ved arbeidsrettet rehabilitering

ARR tiltak består av ulike intervensjoner hvor APB kan være en intervensjon som gjennomføres ute på arbeidsplassen til en pasient (Haugen, et al., 2011; L. Haugli, 2010). Ved et APB vil man se på mulighetene for tilrettelegging av arbeidsaktivitet for å forebygge muskel- og skjelettplager, eller bistå sykemeldte tilbake i arbeid (Randi Wågø Aas, Merkus, & Kiær, 2009; Loisel, et al., 1994).

Aktørene som arbeider med ARR tiltak rehabiliterer den sykemeldte tilbake til arbeid eller avklare arbeidsevne. For å nå dette målet bør den enkeltes arbeidsevne og evne til å mestre sine helsemessige utfordringer styrkes (Fagrådet for AiR, 2011; L. Haugli, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Ergoterapeuter har kunnskaper om og har ofte ansvar for å gjennomføre APB med mål om å få til tilpasninger på arbeidsplassen (Randi Wågø Aas, et al., 2009). Dialog med arbeidsgivere og kartlegging på arbeidsplassen er avgjørende for å komme tilbake i jobb etter sykefravær (L. Haugli, 2010). I et ARR tiltak anbefales et samarbeid mellom pasient (arbeidstaker), arbeidsplassen, helsetjenesten og NAV (T.N Braathen, et al., 2015; Fagrådet for AiR, 2011; Karjalainen, et al., 2003).

2.4 Forskning om arbeidsplass besøk ved arbeidsrettet rehabilitering

For å redusere eller forhindre arbeidsuførhet er intervensjon på arbeidsplassen en relativ ny tilnærming. For å lykkes med igangsettelse av en intervensjon på arbeidsplassen må den sykemeldte involveres aktivt. En arbeidstilpasning er ikke en effektiv komponent alene, men

det er vanskelig å skille de ulike komponentene ved en arbeidsplassintervensjon fra hverandre. Man antar at en kombinasjon av en tilpasning etter forholdene eller strukturert og tilpasset kommunikasjon er avgjørende komponenter for en effektiv intervensjon (Van Oostrom & Boot, 2013). Det er kjent at arbeidstakere som mottar en aktiv arbeidsplass intervensjon har mulighet for redusert sykefravær, og det anbefales en grundig vurdering av intervensjonens innhold (Odeen, et al., 2012). Viktige faktorer for å lykkes med et ARR tiltak er forståelsen og mestringsstrategien til den enkelte deltager. Pasientene beskriver at samspillet mellom arbeidsplassen, spesielt opplevelsen av støtte fra arbeidsplassen og sin leder, og muligheten for tilrettelegging som viktig for å komme tilbake i jobb (T.N Braathen, et al., 2015). Øyeflaten (2008) viser i sin studie at smerterelatert frykt for arbeid er den viktigste risikofaktoren for å ikke komme tilbake i jobb etter tre måneder og ett år. Pasienter ved Hernes Institutt opplever at deres personlige egenskaper har betydning for tilbakekomst i jobb, derfor bør et ARR tiltak tilrettelegge for opplevelsen av å eie egen prosess (Otterlei, 2014). Erfaringer hos pasienter ved ARR tiltak på Hernes Institutt tilsier også at det er en lang prosess på vei tilbake i jobb hvor barrierene øker med opplevelsen av å ikke lykkes, tiden som går og tilbakefall (Røset, 2014). Positive møter, økt selvforståelse og støtte fra omgivelsene er kjennetegn på suksess faktorer for de som kommer tilbake i arbeid etter et ARR tiltak (L Haugli, et al., 2011).

I evalueringsstudien «*Har oppfølging på arbeidsplass betydning for tilbakeføring i jobb? - En skreddersydd samtidighet i praksis*» (Haugen, et al., 2012) beskrives det hvordan systematisk og utvidet oppfølging på arbeidsplassen underveis og i etterkant av et ARR opphold på Hernes Institutt påvirker arbeidslivsdeltagelsen. Van Oostrom (2013) beskriver områder det spesielt er behov for mer forskning. Ett av disse områdene er å identifisere de vellykkede elementene i en arbeidsplass intervensjon. Det ser ikke ut til at det er andre i Norge som har gjort en systematisk og utvidet oppfølging ute på arbeidsplassen underveis og i

etterkant av et ARR tiltak. Det ser heller ikke ut til at andre i Norge sier noe om hva som kjennetegner deltagerne, om det skjer noen endringer eller hva som predikerer for tilbakekomst i jobb ett år etter deltagelse på APB ved ARR tiltak.

3. Teoretisk rammeverk

I denne oppgaven vil det teoretiske rammeverket være knyttet til teorien om Fear Avoidance Beliefs og The job demand-control-support (JDC-support). Fear Avoidance Beliefs model og JDC-support model har et helse psykologiskperspektiv (Abraham, Conner, Fiona, & O'Connor, 2014). Til disse modellene er det blitt utviklet spørreskjema som er benyttet i denne studien.

3.1 Fear Avoidance Beliefs model

For å beskrive teorien om frykt og unngåelsesadferd benyttes Fear Avoidance Beliefs model (Geisser, et al., 2003). Denne modellen har fokus på forholdet mellom frykt for smerte og unngåelses adferd. En smerteadferd kan endres gjennom frykt- og unngåelsesadferd hvor menneskets funksjonsevne kan påvirkes. Aktivitet som kan føre til smerter bør unngås, og skade eller sykdom betegnes som smerte. FAB kan føre til nedsatt funksjon hos mennesker med kroniske smertetilstander (Geisser, et al., 2003). Nedsatt jobbfunksjon og arbeidsevne ved kroniske ryggplager ser ut til å være en faktor som påvirkes av smerte-relatert frykt som en psykososial faktor (Fritz, George, & Delitto, 2001; Gatchel, et al., 2016). Mestring og forståelsen av egen sykdom kan sees i forbindelse med hvordan man som menneske møter

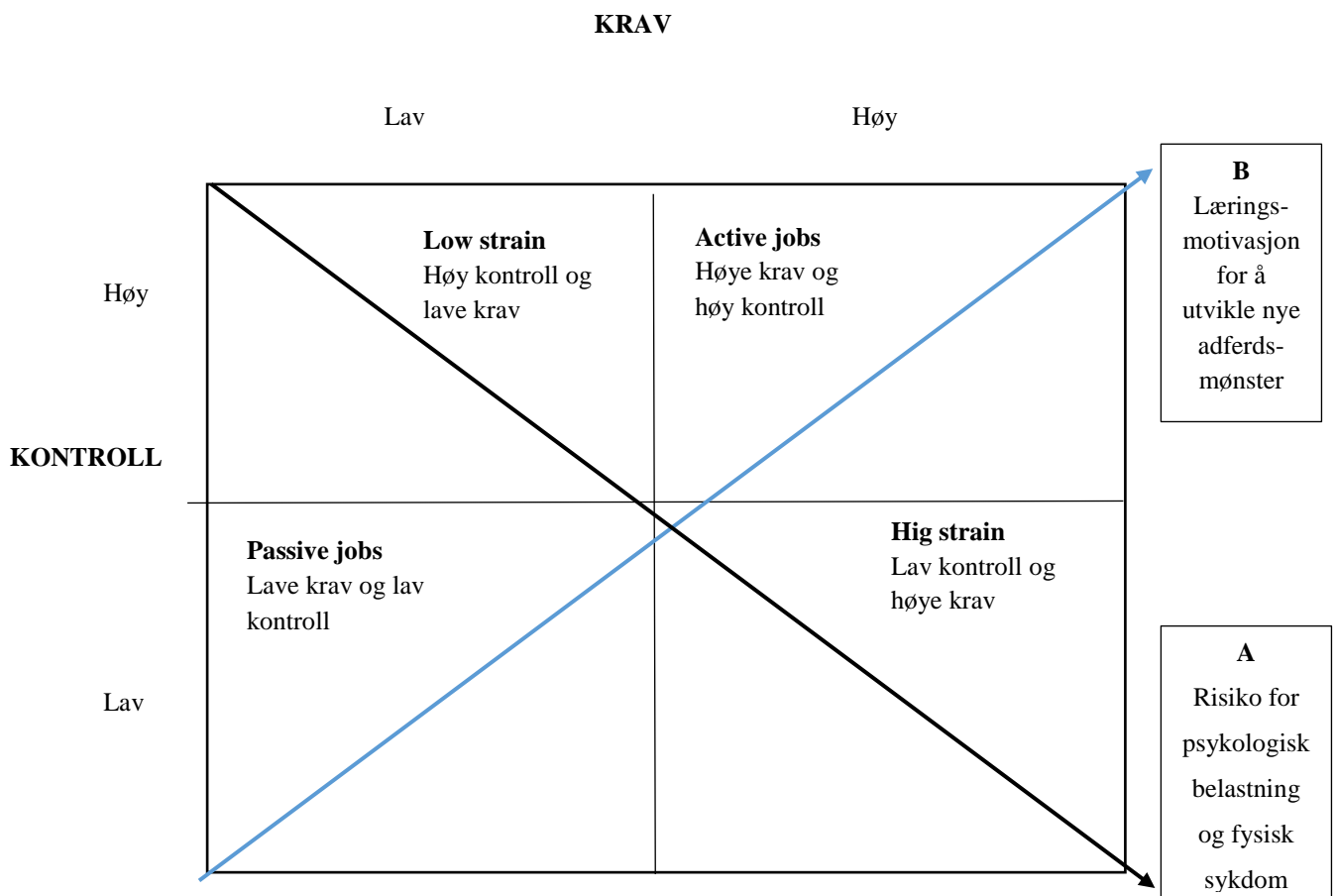
frykten for smerte (Geisser, et al., 2003; Vowles & Gross, 2003). Sykdomsforståelse kan påvirkes av en persons opplevelse av FAB (Vowles & Gross, 2003), og de som har vært sykemeldte over ett år oppgir å ha en høyere FAB enn de som har vært sykemeldte under ett år (Jacobsen, et al., 2015). Smerterelatert frykt for arbeid er den viktigste risikofaktoren for å ikke komme tilbake i jobb (Øyeflaten, et al., 2008). En reduksjon av FAB vil bidra til økt aktivitets nivå, bedret funksjon og bedret bevegelsesmønster (Geisser, et al., 2003), som sees på som positive elementer for å komme tilbake eller stå i jobb (Escorpizo, et al., 2011).

Fear Avoidance Beliefs model er av betydning for arbeidstakere med muskel- og skjelettplager, smerter og tunge fysiske yrker. Arbeidstakere med tunge fysiske yrker er i større grad utsatt for smerter i muskel- og skjelettapparatet og økt dødelighet (Andersson, 2004). Det er også vist at deltagelse ved ARR tiltak ved Hernes Institutt og Rehabiliteringssentret AiR gir en lavere FAB (Strupstad, 2011). Dette er derfor en modell som er hensiktsmessig for pasientene ved Hernes Institutt og deltagerne i studien (Staff & Nordahl, 2012; Strupstad, 2010).

3.2 The Job demands-control-support model

The Job demand-control-support (JDC-support) model er utviklet med utgangspunkt i Job demand-control (JDC) model. Forbindelsen mellom sosiale og organisatoriske arbeidsforhold og helse beskrives i JDC (Ibrahim & Ohtsuka, 2012; R. Karasek, 1979; Torp, 2005). I JDC er det fokus på arbeidsrelatert stress, faktorer i arbeidsmiljøet og sammenhengen mellom arbeid og helse (R. Karasek, 1979; R. Karasek & Theorell, 1990). Det vises en sammenheng mellom krav og kontroll i arbeid og hvordan ulike grader av disse faktorene påvirker mentalt stress, psykosomatiske plager og sykefravær i JDC (R. Karasek & Theorell, 1990; T Theorell,

Karasek, & Eneroth, 1990). I JDC-support er sosial støtte blitt et supplement, (Johnson & Hall, 1988) for å fokusere på at negative helseeffekter som kan oppstå når arbeidstaker ikke opplever kontroll eller innflytelse over arbeidssituasjonen sin (T Theorell, et al., 1990). Redusert jobb kontroll, høyt arbeidstempo, lav sosial støtte, uklart ansvar og konflikter inkluderes i psykososial arbeidsbelastninger (Töres Theorell, Karasek, & Quick, 1996). Krav blir i modellen delt inn i kvalitative og kvantitative krav, og skildres generelt som en arbeidsbelastning. Muligheten man selv har til ta beslutninger beskrives som kontroll. Kontroll oppleves når man selv får bestemme hva og hvordan arbeidet skal utføres (R. Karasek & Theorell, 1990).



Figur 1. JCD model (R. Karasek & Theorell, 1990). Pil A illustrerer "job-strain" hypotesen. Pil B illustrerer hypotesen om «aktiv læring».

I modellen deles jobber inn i «passive jobs» og «active jobs». «Passive jobs» fører til mindre grad av plager hvor arbeidstaker har lav grad av krav kombinert med lav kontroll.

Arbeidstakerne opplever disse jobbene som lite utviklende. Høy grad av kontroll kombinert med lave krav, også kalt «low strain-jobs», sees ofte i sammenheng med risiko for stress, psykisk stress, å ikke være fornøyd. Dette i mindre grad enn ved «high strain-jobs» (R. Karasek & Theorell, 1990; T Theorell, et al., 1990). I «active jobs» vil arbeidstaker oppleve høy grad av krav og kontroll som fører til at man er mindre utsatt for helseplager. I teorien beskrives dette som jobber med mindre stress enn «high strain-jobs». «High strain-jobs» har høy grad av krav og liten grad av kontroll, noe som vil kunne føre til økt risiko for fysiske og mentale plager (R. Karasek & Theorell, 1990; T Theorell, et al., 1990).

I arbeid for stressreduksjon er JDC-support modellen anvendelig, og den har i tillegg fokus på hvordan et arbeidsmiljø kan påvirke arbeidstakernes læring, motivasjon og handlinger. JDC-support modellen er formålstjenlig som et teoretisk utgangspunkt og rammeverk for å skape helsefremmende bærekraftige og produktive arbeidsplasser. Modellen er anvendt for opplæring av arbeidstakere og ledere ved at den kombinerer forståelse og interesse hos ledelse, administrasjon og helse miljø og sikkerhets personalet (Torp, 2013). Målgruppen i denne studien er blant annet arbeidere i industrien og de som har arbeidsoppgaver som er monotone, få og er repeterende. JDC-support modellen beskrives å være viktig og av betydning for denne gruppen arbeidstakere (Knardahl & Keeping, 1998), og vil derfor kunne være hensiktsmessig for pasienter på Hernes Institutt og deltagerne i denne studien (Staff & Nordahl, 2012; Strupstad, 2010).

4. Hensikten med studien og forskningsspørsmål

4.1 Hensikten med studien

Dette er en todelt studie, hensikten med del 1 er å gi beskrivelse av hvem som fikk APB ved Hernes Institutt, undersøker om APB deltagere kom tilbake i jobb og om det er noen forskjeller mellom de som kom og ikke kom tilbake i jobb, samt se på arbeidsstatusen. Hensikten med del 2 er å undersøke om APB deltakerne viste noen forskjeller over de seks månedene oppfølgingen varte, og endringer mellom baseline og 6 måneder. Til slutt vil det bli undersøke om FAB for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring kan predikere hvem som kom tilbake i jobb. Det er ønskelig å undersøke om det kan være noen sammenheng mellom kjønn, alder, inntekt, formell utdanning og yrkes kategori (kontrollvariabler) og FAB i fysisk aktivitet og arbeid, opplevde krav i arbeid, opplevelsen av jobb kontroll, opplevd arbeidsbelastning, opplevelsen av sosial støtte på jobb, troen på bedring og jobbtrivsel (forklaringsvariabler) og ikke komme eller komme i jobb (utfallsvariablene) for de som har deltatt på APB ved Hernes Institutt.

4.2 Forskningsspørsmål

Forskningsspørsmål del 1: For deltagerne i studien...

FS 1.1; hva kjennetegner deltagerne med hensyn til sosiodemografiske og arbeidslivs faktorer, diagnose og arbeidssituasjon for de som fikk arbeidsplassbesøk ved ankomst til Hernes Institutt?

FS 1.2; hvor mange av deltagerne ved arbeidsplassbesøk kom tilbake i jobb etter ett år, og er det noen forskjeller for de som ikke kom og de som kom tilbake i jobb?

FS 1.3; hvor stor er den prosentvise arbeidsmengden for arbeidsplassbesøk deltagerne ved arbeidsrettet rehabiliterings tiltak?

Forskningsspørsmål del 2: Hos deltagere som får arbeidsplassbesøk i 6 måneder etter endt arbeidsrettet rehabilitering...

FS 2.1; er det noen forskjeller ved Fear-avoidance beliefs for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring over 6 måneder for de som ikke kom og de som kom tilbake i jobb?

FS 2.2; skjer det en endring av Fear-avoidance beliefs for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring mellom baseline og 6 måneder?

FS 2.3; hvilke av faktorene Fear-avoidance beliefs for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring predikerer hvem som kom tilbake i jobb?

5. Metode

Denne studien omhandler analyse av et allerede innhentet datamateriale og er en todelt studie. Målet med analysen er å utforske i del 1 hva som kjennetegner og forskjeller hos deltagerne, samt undersøke hvor mange som kom tilbake i jobb og hvordan arbeidsstatusen er

etter ett år. I del 2 undersøkes det om det skjer noen forandringer, endringer og hvilke faktorer som predikerer hvem som kom tilbake i jobb.

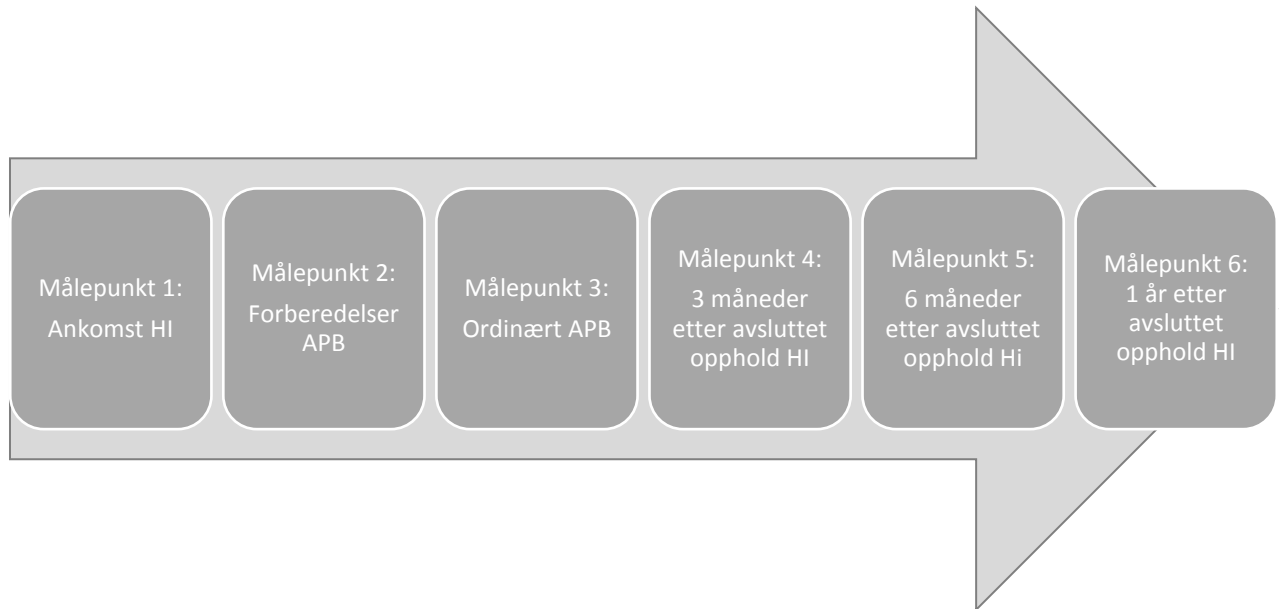
5.1 Design og data

Datasettet er hentet fra et arbeid gjennomført 2009-2012 om utvidet møtevirksomhet hos stiftelsen Hernes Institutt; «*Har oppfølging på arbeidsplass betydning for tilbakeføring i jobb? - En skreddersydd samtidighet i praksis*» (Haugen, et al., 2012). I denne studien var det ergoterapeut på Hernes Institutt (meg) som hadde ansvar for den praktiske gjennomføringen av prosjektbeskrivelse, innsamling av data og sluttrapport. I samarbeid med prosjektansvarlig Camilla Ihlebæk ved Norges miljø- og biovitenskaplig universitet UMB, ble studiens design og spørreskjema utviklet. Dataen i studien består av longitudinell data som er samlet inn ved APB som ble gjennomført mens pasienten var på Hernes Institutt, samt 3 og 6 måneder og ett år etter avsluttet opphold (Skog, 2004). Data er blitt samlet inn hos deltakerne ved seks måletidspunkt og deres arbeidsgivere ved tre målepunkter. I denne masteroppgaven vil det bli gjort en videre analyse av datamateriale som omhandler deltagerne.

5.1.1 Design

Dette er en case-studie med prospektiv longitudinelle oppfølging av en gruppe pasienter innen et ARR tiltak. Datamaterialet er hentet inn ved seks målepunkter. Utvalget ble målt på de samme tidspunktene ved hjelp av spørreskjemaundersøkelse (Skog, 2004): Målepunkt 1; ved oppstart og ankomst til rehabilitering, målepunkt 2; ved forberedelser til ordinært APB

underveis i oppholdet, målepunkt 3; ved ordinært APB, også underveis i oppholdet, målepunkt 4; 3 måneder etter avsluttet rehabilitering, målepunkt 5; 6 måneder etter avsluttet rehabilitering og målepunkt 6; Kartlegging ett år etter avsluttet ARR tiltak.



Figur 2. Design: Målepunkter fra pasientene ankom Hernes Institutt, til og med ett år etter avsluttet opphold.

Det er benyttet spørreskjema ved alle målepunkter. Det har vært gjort noen tilpasninger av spørreskjemaet mellom målepunktene. Ved målepunkt en til fem blir det benyttet spørreskjema og en representativ panelundersøkelse hvor hele utvalget blir målt på de samme tidspunktene (Ringdal, 2007; Skog, 2004).

5.1.2 Informanter

Deltagerne i studien var inneliggende pasienter på Hernes Institutt i den aktuelle perioden for innsamling av data. De var i yrkesaktiv alder fra 18 til 67 år og var ansatt innenfor håndverk/manuelle arbeid, kontor- og administrasjonsarbeid, pedagogisk arbeid (skole, barnehage eller lignende) helse- og omsorg, eller servicearbeid. Deltagerne hadde langvarig

sykemelding og langvarige muskel- og skjelettplager. Deltagerne hadde et arbeidsforhold, enten som selvstendig næringsdrivende eller ansatte i en bedrift.

5.1.3 Inklusjon- og eksklusjons kriterier

Inkluderte pasienter i studien var pasienter som kom til Hernes Institutt fra og med 11. mars 2009 til og med 20. oktober 2010 (innsamlingsperioden), som hadde et arbeidsforhold og som ønsket å delta i studien. 286 pasienter fikk informasjon og forespørsel om å delta. Totalt svarte 102 pasienter ja til å delta i studien og det ble aktuelt å reise på APB til 45 av disse. Respondentene var pasienter med langvarige smerter i muskel- og skjelettapparatet som mottok tverrfaglig rehabilitering ved Hernes Institutt og oppfølging ute på arbeidsplassen.

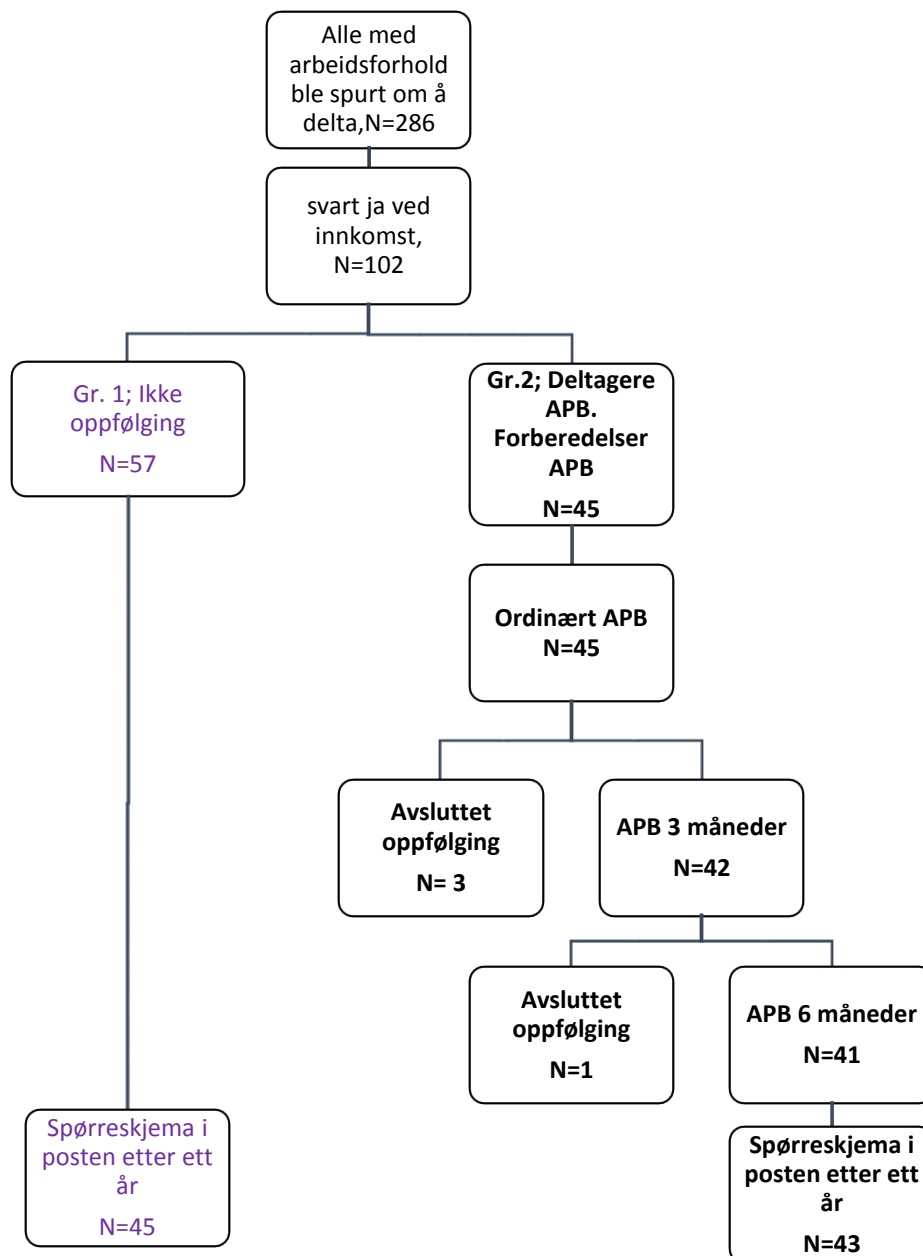
I første uke av oppholdet ble pasientene informert muntlig og skriftlig om muligheten for deltagelse i studien. De som ønsket å delta, samt fylte inntaks kriteriene, mottok det første spørreskjemaet etter at samtykke erklæringen (vedlegg 1) var skrevet under.

Eksklusjonskriteriene er pasienter som ikke kunne kommunisere på norsk, ikke hadde et arbeidsforhold og/eller hadde et kortere opphold enn 13 dager.

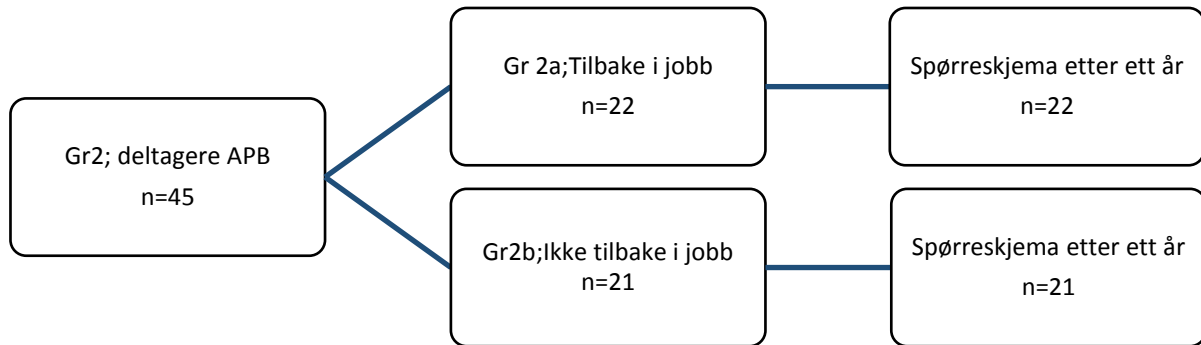
Hvis deltager APB avsluttet opphold på Hernes Institutt med tilbakevending til jobb, fremdeles var under oppfølgingen fra ergoterapeut på Hernes Institutt og på nytt ble sykemeldt fortsatte deltagelsen i studien. APB deltagere som byttet jobb eller ble sagt opp i oppfølgingsperioden gikk ut av studien og den videre oppfølging, men fikk mulighet til å besvare spørreskjema ett år etter. I denne studien vil alle 102 deltagerne inkluderes, hvor fokuset vil være på de 45 deltagerne som deltok på APB.

5.1.4 Flytskjema

Flytskjema 1 (figur 2) viser en oversikt fra og med deltagerne som ble spurt om å delta i studien til og med oppfølgingen ett år etter, både for gruppe en; ikke fikk oppfølging og gruppe to; deltagere APB. Mens flytskjema 2 (figur 3) viser deltagerresponsen for kun gruppe to; deltagere APB. Denne gruppen er igjen delt inn i to grupper a) tilbake i jobb (delvis eller fullt) etter ett år og gruppe to b) ikke tilbake i jobb etter ett år.



Figur 3. Flytskjema 1: Respondenter og frafall underveis for alle deltagere.



Figur 4. Flytskjema 2: Respondenter og frafall underveis for deltagere ved arbeidsplassbesøk.

5.1.5 Svarprosent

Totalt fikk 286 pasienter tilbud om å delta i studien. Svarprosenten med et nettoutvalg på 102 utgjør deltageren 36 % av de 286 deltagerne som opprinnelig ble inkludert i undersøkelsen (bruttoutvalget). Disse fikk spørreskjema ett år etter avsluttet opphold på Hernes Institutt, her var svarresponsen 31 % (88 av 286).

102 pasienter skrev under på samtykke erklæringen. Nettoutvalget på 45 deltagere utgjør 44 % av de 102 deltagerne som opprinnelig ble inkludert i undersøkelsen (bruttoutvalget). For utvalget på 102 pasienter var svarprosenten ved ordinært arbeidsplassbesøk 44 % (45 av 102), tre måneder var 41 % (42 av 102), 6 måneder var 40 % (41 av 102) og etter ett år var 42 % (43 av 102), flytskjema 1 (figur 2).

For 45 pasienter ble det gjennomført APB hvor 21 deltagere ikke kom tilbake i jobb etter ett år og 22 deltagere kom tilbake i jobb etter ett år. Alle disse deltagerne fikk spørreskjema etter ett år. Svarprosenten for deltagerne som ikke kom tilbake i jobb etter ett år (21 av 45) var 47 % og for de som kom tilbake i jobb ett år etter (22 av 45) var 49 %. Totalt var dette en svarprosent på (43 av 45) 96 % for spørreskjemaet etter ett år for de som deltok på

APB, flytskjema 2 (figur 3). For de 57 pasientene som ikke fikk oppfølging var det en svarprosenten på (45 av 57) 79 % for spørreskjema etter ett år, flytskjema 1 (figur 2).

5.2 Instrumenter

I innsamlingen av datamaterialet er spørreskjemaene blitt satt sammen av måleinstrumentene ARR-registrering, Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ), Demand–Control Support Questionnaire (DCSQ), tro på egen bedring, hvordan man ser på egen arbeidssituasjon og EVA -ergonomi med spørsmålene om jobbtrivsel og helse, trivsel og funksjon. I tillegg er det utviklet et instrument for oppfølgingen etter ett år. Variablene for Hvordan man ser på egen arbeidssituasjon og EVA -ergonomi med spørsmålene helse, trivsel og funksjon er ikke benyttet i denne studien. Det er blitt benyttet ulike spørreskjema for deltagerne og for deres arbeidsgivere. Disse tar i stor grad utgangspunkt i de samme spørsmålene men er tilpasset mottakeren som enten er deltager eller arbeidsgiver. Som tidligere nevnt anvendes det i denne studien spørreskjema til deltagerne.

Informasjon som ble brukt i denne studien besto av:

1. «ARR-registrering», skjema for beskrivelse av demografisk data og arbeids- og utdanningsrelaterte opplysninger.
2. «Fear Avoidance Beliefs Questionnaire» (FABQ), skjema for å måle fear-avoidance beliefs i forhold til fysisk aktivitet og arbeid (Gatchel, et al., 2016; G. Waddell, Newton, Henderson, Somerville, & Main, 1993).
3. «Demand–Control-Support Questionnaire» (DCSQ), skjema for å måle opplevd krav, kontroll, belastning og sosial støtte i arbeid (Robert Karasek, et al., 1998).

4. «Tro på bedring» måler i hvor stor grad du selv tror og hvor stor grad du selv tror omgivelsene (arbeidsgiver, familie, kollegaer, arbeidsleder og lege) har på at du selv kommer tilbake i jobb.
5. «Eva-ergonomi v2», skjema for å måle jobbtrivsel (R. W Aas, 2007).
6. «Kartlegging etter ett år», skjema for å måle deltagelsen i arbeidslivet 12 måneder etter avsluttet ARR opphold på Hernes Institutt (Haugen, et al., 2012).

Spørreskjema som ble distribuert til pasientene inkluderte mere informasjon enn hva som ble benyttet i denne studien.

5.2.1 Demografiske data og arbeids- og utdanningsrelaterte opplysninger

Demografiske data og arbeids- og utdanningsrelaterte opplysninger ble målt med bruk av ARR-registreringen. ARR-registreringen benyttes av ulike ARR institusjoner i Norge og er utviklet hos Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering på grunnlag av erfaringer gjort i ARR institusjonene. ARR-registrering er benyttet ved målepunkt ankomst (vedlegg 2).

5.2.2 Fear-avoidance beliefs ved fysisk aktivitet og arbeid

Opplysningene om fear-avoidance beliefs (FAB) ble målt med bruk av "Fear Avoidance Beliefs Questionnaire" (FABQ). FABQ er benyttet for å måle frykt for smerter i fysisk aktivitet og arbeid, og instrumentet er basert på selvrapporing. FABQ er et spørreskjema

utarbeidet med utgangspunkt i Fear Avoidance Beliefs model og teorien om frykt og adferd (Gatchel, et al., 2016; G. Waddell, et al., 1993). FABQ var i utgangspunktet laget for mennesker med smerter i ryggen. Det er laget en norsk utgave som består av to deler. Den første delen omhandler fysisk aktivitet og består av fem påstander. Den andre delen tar for seg arbeid og består av elleve påstander (Grotle, et al., 2004). Deltakerne svarte på en 7-punkts skala der 0 var helt uenig, 3 var usikker mens 6 var helt enig (Grotle, et al., 2004). I FABQ regnes det ut sum-skår, den ene sett i forhold til fysisk aktivitet (0-24) og den andre til arbeid (0-42). Høyere skår beskriver høy grad av FAB, og en lavere skår beskriver liten eller ingen FAB (Fritz & George, 2002). I studien er FABQ benyttet ved målepunktene ankomst (vedlegg 3), forberedelser (vedlegg 4), ordinært APB (vedlegg 5), oppfølging 3 måneder (vedlegg 6) og oppfølging 6 måneder (vedlegg 7).

Analyse av intern konsistens av *FABQ* gir en Cronbach's alpha på 0.815, en god intern konsistens (Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991).

5.2.3 Opplevd krav, kontroll, belastning og sosial støtte i arbeid

For å måle opplysninger om opplevd krav, kontroll, belastning og sosial støtte i arbeid er Demand–Control–Support Questionnaire (DCSQ) benyttet (R. Karasek & Theorell, 1990; Sanne, Torp, Mykletun, & Dahl, 2005; Töres Theorell, et al., 1996). DCSQ er en svensk kort versjon av Job Content Questionnaire (JCQ) (R. Karasek & Theorell, 1990; Sanne, et al., 2005; Töres Theorell, et al., 1996). DCSQ beskrives som et godt alternativ til JCQ hvor DCSQ er en kortere, enklere og billigere å benytte. DCSQ består av 17 spørsmål og er oversatt til norsk. DCSQ er basert på selvrapporing og måler utviklingen av den ansattes opplevde krav, kontroll, belastning og sosial støtte i sitt arbeidsforhold. Forholdet mellom krav og kontroll er belastningen (krav:kontroll) (Sanne, et al., 2005). Instrumentet benyttes

ofte som deler i et større spørreskjema og tilpasses ofte med spørsmål for å tilpasse konteksten til studien den benyttes i (Robert Karasek, et al., 1998).

Svarkategorier er utformet i Likert-format med skår fra 1 til 4 som ofte brukes ved måling av holdninger og verdier (Ringdal, 2007). De seks første spørsmålene omhandler sosial støtte og har svaralternativene 1; stemmer helt, 2; stemmer ganske bra, 3; stemmer ikke særlig bra og 4; stemmer ikke. De elleve neste spørsmålene handler om krav og kontroll har svaralternativene 1; ja ofte, 2; ja noen ganger, 3; nei sjelden og 4; nei så godt som aldri. For krav, kontroll, belastning og sosial støtte regnes en sum-skår for hver av dem. De seks spørsmålene om *sosial støtte* tar for seg oppfattelsen av at det er rolig og behagelig stemning på arbeidsplassen, godt samhold, opplevelsen av at arbeidskamerater stiller opp, om andre har forståelse for at en kan ha en dårlig dag og om man trives og kommer godt overens med både overordnede og arbeidskamerater. Her ble skårene summert (skår 6-24) og en høy skår tyder på opplevelsen av høy grad av sosial støtte. Fem av spørsmålene er om *krav* i arbeidet og sier noe om opplevelsen av om arbeidet krever at han/hun må arbeide raskt og hardt, om det kreves for stor arbeidsinnsats og om det ofte forekommer motstridende krav. Det ble benyttet sum skår hvor svarene på enkeltspørsmålene ble summert (skår 5-20), hvor en høy skår forbindes til deltagerens opplevelse av høye krav i arbeidet. Seks av spørsmålene er knyttet til *kontroll* hvor deltageren får spørsmål om hvordan de opplever å få lære nye ting i arbeidet, i hvilken grad dyktighet og kreativitet spiller en rolle, i hvilken grad det er repeterende oppgaver, grad av frihet til å bestemme over utførelsen av oppgaver og grad av frihet til å bestemme hva som skal utføres i arbeidet. Sumskåren bygger på enkeltspørsmålene (skår 6-24), hvor en høy skår var knyttet opp mot deltagerens opplevelse av høy grad av kontroll i arbeidet. *Belastningen* er høybelastningsjobber med lav kontroll og høye krav, og lavbelastningsjobber har høy kontroll og lave kravskår (R. Karasek & Theorell, 1990). DCSQ

ble benyttet ved målepunktene forberedelser (vedlegg 4), ordinært APB (vedlegg 5), oppfølging 3 måneder (vedlegg 6) og oppfølging 6 måneder (vedlegg 7).

Sosial støtte er i utgangspunktet tenkt for ansatte i en bedrift. I denne studien ble disse påstandene tilpasset selvstendig næringsdrivende. «Det er godt samhold» er endret til «jeg har to jobber (for eksempel gårdbruker og snekker)», «mine arbeidskamerater stiller opp for meg» er endret til «jeg har naboer, venner eller familie som stiller opp for meg», «det er forståelse for at jeg kan ha en dårlig dag» er endret til «det er forståelse blant naboer, venner eller familie at jeg kan ha en dårlig dag, «jeg kommer godt overens med mine overordnede» er byttet ut med «jeg har god kontakt med andre som er selvstendig næringsdrivende på dagtid og «jeg trives med mine arbeidskamerater» er endret til «jeg trives med å være selvstendig næringsdrivende».

Analyse av intern konsistens av *krav* gir Cronbach's alpha på 0.760, *kontroll* 0.914, *sosial støtte* 0.769 og *belastning* 0.776, alle viser en god intern konsistens (Pavot, et al., 1991).

5.2.4 Opplysninger om Tro på egen bedring

Tro på egen bedring er hentet fra ut fra instrumentet "Spørreskjema om Ryggplager og helse", Unifob Helse, Bergen Universitet som har oversatt instrumentet til norsk fra engelsk. Tro på egen bedring består av 11 spørsmål angående arbeidet pasienten er sykemeldt fra. Tro på egen bedring er benyttet for å måler i hvor stor grad du selv tror, og hvor stor grad du selv tror omgivelsene (arbeidsgiver, familie, kollegaer, arbeidsleder og lege) har på egen bedring og på å komme tilbake i jobb. Det ble målt positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet for å måle i hvor stor grad deltakerne opplevde å ha et sosialt nettverk, kontakter og omgang samt mottatt støtte. Svar alternativene til tro på egen bedring er 1: i liten grad, 2: i noen grad, 3: i stor grad og 4: vet ikke. For tro på egen bedring beregnes en gjennomsnitt skår. Skår på

opp mot tre eller tre viser en høy tro på egen bedring for å komme tilbake i jobb. For å kunne benytte variabelen tro på egen bedring i analysene og for å utvikle gjennomsnitt skår er svaralternativ fire, vet ikke, registrert som missing. Tro på egen bedring ble benyttet ved målepunktene ankomst (vedlegg 3), forberedelser (vedlegg 4), ordinært APB (vedlegg 5), oppfølging 3 måneder (vedlegg 6) og oppfølging 6 måneder (vedlegg 7).

Analyse av intern konsistens av *tro på egen bedring* gir en Cronbach's alpha på 0.760, en god intern konsistens (Pavot, et al., 1991).

5.2.5 Opplysninger om Jobbtrivsel

Opplysninger om jobbtrivsel ble målt med EVA-ergonomi v2. EVA-ergonomi v2 benyttes som et instrument for ergonomisk arbeidsplassvurdering. Eva- Ergonomi står for Evaluering av Arbeidets Ergonomiske forhold og består av tre deler. Målet med instrumentet er å kartlegge utfordringer og risikofaktorer ved dataarbeidsplasser, og kan være en støtte ved arbeidsplassvurderinger (R. W Aas, 2007). I spørreskjemaet er «Jobbtrivsel» og «Helse, trivsel og funksjon» benyttet fra del en av Eva ergonomi v2. Disse delene fra instrumentet er relevant for yrker med ensformig- og tungt fysisk arbeid. I denne studien er det kun jobbtrivsel som er benyttet. Jobbtrivsel er en Likert-skala hvor svaret graderes fra 0 (dårlig) til 10 (bra), pasienten krysser av i en tall markert rute for sin verdi. Randi Wågø Aas har gitt tillatelse til å benytte variabler fra EVA- Ergonomi V2 i innsamlingen av datamaterialet. Jobbtrivsel er benyttet ved målepunktene forberedelser (vedlegg 4), ordinært APB (vedlegg 5), oppfølging 3 måneder (vedlegg 6) og oppfølging 6 måneder (vedlegg 7).

Analyse av intern konsistens av *jobbtrivsel* gir en Cronbach's alpha på 0.812, en god intern konsistens (Pavot, et al., 1991).

5.2.6 Arbeidsdeltagelse 12 måneder etter avsluttet arbeidrettet rehabiliterings opphold

Opplysninger om arbeidsdeltagelse 12 måneder etter avsluttet ARR tiltak på Hernes Institutt er målt ved Kartlegging etter ett år. Hernes Institutt har selv utviklet instrumentet og det har i flere år blitt benyttet i den daglige virksomheten på Hernes Institutt. Alle deltagerne i studien har fått mulighet til å svare på dette. Pasienter og deltagerne i studien fikk her spørsmål om forhold i og på jobb, ansettelsesforhold og stillingsstørrelse, friskmeldt/ ikke friskmeldt, ventetid fra utskrivelse ved Hernes Institutt til det skjedde noe i saken og spørsmål vedrørende oppholdet ved Hernes Institutt. Kartlegging etter ett år er siste målepunkt (vedlegg 8).

Analyse av intern konsistens av *kartlegging etter ett år* gir en Cronbach's alpha på 0.577. Her er spørsmålet «hvis du ikke er friskmeldt i dag er du da (sett kryss) 1: under medisinsk behandling, 2: Under omskolering, 3: Delvis (gradert)friskmeldt, 4: Gradert trygd eller 5: Helt ufør slettet. Cronbach's alpha på 0.577 er en lav intern konsistens (Pavot, et al., 1991).

5.2.7 Kategorisering og rekoding av variabler

Ikke i jobb og i jobb er målt i spørreskjema som deltagerne mottok ett år etter oppholdet på Hernes Institutt (Kartlegging etter ett år, vedlegg 8). Variabelen er målt fra «er du fullt friskmeldt i dag (ja eller nei)?, og «hvis du ikke er friskmeldt i dag hva er du da?» 1: under medisinsk behandling, 2: under omskolering, 3: delvis friskmeldt, 4: gradert trygd og 5: helt uføretrygdet. Koding av *ikke i jobb* er NEI: ikke friskmeldt, 1: under medisinsk behandling, 2: under omskolering, 4: gradert trygd og 5: helt uføretrygdet. Koding av *i jobb* er JA: fullt

friskmeldt, 3: delvis friskmeldt. Variabelen *ikke eller i jobb* ett år etter er kun hentet inn ved målepunkt seks (ett år etter).

Delvis, fullt og ikke i jobb er målt i spørreskjema som deltagerne mottok ett år etter oppholdet på Hernes Institutt (Kartlegging etter ett år, vedlegg 8). Variabelen er målt fra «er du fullt friskmeldt i dag? (ja eller nei), og «hvis du ikke er friskmeldt i dag hva er du da?» 1: under medisinsk behandling, 2: under omskolering, 3: delvis friskmeldt, 4: gradert trygd og 5: helt uføretrygdet. Koding av *ikke i jobb* er NEI: ikke friskmeldt, 1: under medisinsk behandling, 2: under omskolering, 4: gradert trygd og 5: helt uføretrygdet. Koding av *i jobb* er JA: fullt friskmeldt. Koding av *delvis i jobb* er 3: delvis friskmeldt.

Arbeidssituasjonen ved ankomst er målt ved ankomst til Hernes Institutt (ARR-registreringen, vedlegg 2). Variabelen er målt ut i fra hvordan deres arbeid- og stønadssituasjon var rett før oppholdet på Hernes Institutt og oppgis i prosent (%). Koding av *fullt i jobb* er 1: deltager er i 100 % arbeid, koding av *delvis i jobb* er 2: deltager er gradert/delvis i arbeid (1%-99%), gradert/delvis i sykemelding og/eller gradert/delvis på arbeidsavklaringspenger. Koding av *ikke i jobb* er 3: deltager har 100 % sykemelding eller er på 100 % arbeidsavklaringspenger.

Utdanning er målt ved ankomst til Hernes Institutt (ARR-registreringen, vedlegg 2). Variabelen er rekategorisert fra fire kategorier (1: Grunnskole, 2: Videregående skole eller yrkesskole, 3: Høgskole eller Universitet (1-4 år) og 4: Høyere universitets grad (>4 år)) til tre kategorier (1: Grunnskole, 2: Videregående skole/yrkesskole og 3: Høgskole/universitet/høyere universitets grad.

Inntekt er målt ved ankomst til Hernes Institutt (ARR-registreringen, vedlegg 2). Variabelen er kategorisert i 1: 100 000-199 999, 2: 200 000-299 999, 3: 300 000-399 999 og 4: >400 000 for alle deltagerne (tabell 1). Videre er *inntekt* igjen rekategorisert fra fire

kategorier (1: 100 000 – 199 999, 2: 200 000 – 299 999, 3: 300 000- 399 999 og 4: >400 000) til to kategorier (100 000-299 999 og >300 000) for deltagere på APB (tabell 2) siden det er svært få i noen av kategoriene benyttet for alle deltagerne (tabell 1).

Silingsstørrelse er målt ved ankomst til Hernes Institutt (ARR-registreringen, vedlegg 2). Variabelen er kategorisert til 1: 0%, 2:1-25%, 3:26-50%, 4:51-75%, 5:76-99% og 6:100%.

ICPC-Hoveddiagnose er målt ved ankomst til Hernes Institutt (ARR-registreringen, vedlegg 2). Variabelen er kategorisert til 1: Rygg, 2: Nakke, 3: Skulder, 4: Underekstremitet, 5: Andre uspesifikke lidelser og 6: Psykiske lidelser.

Yrkeskategori er målt ved ankomst til Hernes Institutt (ARR-registreringen, vedlegg 2). Variabelen er rekategorisert fra fem kategorier (1: Håndverk/ manuelt arbeid, 2: Kontor og administrasjon, 3: Pedagogisk arbeid, 4: Helse og sosial og 5: Servicearbeid) til to kategorier (1: Håndverk/ manuelt arbeid og 2: Kontor, administrasjon, pedagogisk arbeid, helse og sosial og servicearbeid) for deltagere på APB siden det ble svært få i den originale kategoriseringen (tabell 2).

Variablene for *FABQ fysisk aktivitet*, *FABQ arbeid* og *tro på bedring* er hentet inn fra og med målepunkt en (ankomst). Variablene *DCSQ krav*, *DCSQ kontroll*, *DCSQ belastning*, *DCSQ sosial støtte* og *jobbtrivsel* er hentet inn fra og med studiens målepunkt to (forberedelser APB). Målepunkt en (ankomst), og målepunkt to (forberedelser til APB) ligger nært hverandre i tid og er samlet inn med ca. tre ukers mellomrom (figur 4). Siden måletidspunkt en (ankomst) og måletidspunkt to (forberedelser APB) ligger svært nære hverandre i tid vil måletidspunktet forberedelser benyttes og omtales i denne studien som baseline.

5.3 Statistiske analyser

5.3.1 Oversikt over analyse prosessen

Eksplorativ analyse ble benyttet for innhenting av generell informasjon før oppstart av den statistisk analysen (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010). I denne analysen ble det gjennomført cronbach's alpha (α) for å sjekke ut intern konsistens til instrumentene. Det ble også blitt gjort en vurdering av datafordeling og mulige uteliggere (Christophersen, 2009; Johannessen, et al., 2010; Pallant, 2013).

For å besvare forskningsspørsmålene del 1, FS 1.1, FS 1.2, FS 1.3 ble deskriptiv statistikk og krysstabell benyttet. Deskriptiv statistikk og krysstabell er benyttet for å beskrive utvalget i antall og prosent. De avhengig variablene i denne delen av studien er: *ikke oppfølging og deltagere APB*. De uavhengige variablene er: *gruppe, kjønn, utdanning, inntekt, sivil status, sektor, yrkeskategori, ansettelses tid, stillings størrelse, IA-avtale, avtale med bedriftshelsetjeneste/ Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid og alder*. Kji-kvadratfordeling (χ^2) for uavhengighet ble benyttet for å teste om forskjellene i fordelingen var statistisk signifikant hos de kategoriske variablene *kjønn, utdanning, inntekt, sivil status, sektor, yrkeskategori, ansettelses tid, stilling størrelse, IA avtale, avtale bedriftshelsetjeneste/Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, hoveddiagnose og arbeidssituasjon*.

For å besvare forskningsspørsmål del 2, FS 2.1, FS 2.2, FS 2.3 ble indepentet samples Students t-test benyttet for å teste om det er signifikante forskjeller mellom gjennomsnitt av de som ikke kom og de som kom tilbake i jobb ett år etter. De numeriske variablene er: *alder, FABQ fysisk aktivitet, FABQ arbeid, arbeid, DCSQ krav, DCSQ kontroll, DCSQ belastning, DCSQ sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring*.

I tillegg ble det gjort en beregning av delta (Δ) for å måle forskjeller ved baseline og 6 måneder for variablene *FABQ fysisk aktivitet*, *FABQ arbeid, arbeid*, *DCSQ krav*, *DCSQ kontroll*, *DCSQ belastning*, *DCSQ sosial støtte*, *jobbtrivsel* og *tro på egen bedring* (Christophersen, 2009; Johannessen, 2003; Pallant, 2013). Det er også gjennomført en utregning av eta squared (η^2), for å se hvor store forskjellene er mellom gruppene (Pallant, 2013).

Det er også benyttet paired-samples Students t-test anvendt for signifikans teste gjennomsnitt mellom to tidspunkt (baseline og 6 måneder) for variablene *FABQ fysisk aktivitet*, *FABQ arbeid, arbeid*, *DCSQ krav*, *DCSQ kontroll*, *DCSQ belastning*, *DCSQ sosial støtte*, *jobbtrivsel* og *tro på egen bedring*. En paired-samples Students t-test ble benyttes ved å sammenligne to grupper og anbefales ved en liten gruppe deltagere. Det ble også her gjennomført en utregning av η^2 for å se hvor store forskjellene er mellom gruppene (Pallant, 2013).

I slutningsstatistikken ble en multivariat logistisk regresjonsanalyse anvendt for å se på hva som predikerer arbeidsdeltagelse eller ikke. Forklaringsvariablene er: *FABQ fysisk aktivitet*, *FABQ arbeid*, *DCSQ krav*, *DCSQ kontroll*, *DCSQ belastning*, *DCSQ sosial støtte*, *tro på egen bedring* og *Jobbtrivsel*, og responsvariablene er *ikke eller i jobb ett år etter* (avhengig variabel). Kontrollvariablene i studien er: *kjønn*, *alder*, *inntekt*, *formell utdanning* og *yrkes kategori* (Christophersen, 2009; Johannessen, 2003; Pallant, 2013).

I denne studien er det blitt benyttet Microsoft Excel 2013 (Microsoft Corporation, Washington, U.S.A) og Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 23. Histogram og tabeller er manuelt lagt inn og utviklet i Excel ark.

5.3.2 Eksplorativ og deskriptiv analyse

Som innledende undersøkelser anvendes eksplorativ statistikk for å hente inn informasjon som er nødvendig for arbeid med forskningsprosessen. Det ble gjennomført en eksplorativ analyse av variablene for å forstå hvordan datamaterialet skal presenteres videre (Johannessen, et al., 2010).

α er blitt benyttet for å sjekke ut intern konsistens til et instrument. Den intern konsistensen av et instrument kan variere avhengig av utvalget og det er anbefalt å sjekke ut om hver skala er reliabel med det bestemte utvalget. En α coefficient er et mål på intern konsistens. Det måles hvor nært indikatorene er knyttet til hverandre, koeffisient for pålitelighet. α bør være over 0.70 (70 %) (Pavot, et al., 1991)

Uteliggere har blitt identifisert ved punktdiagram i SPSS av variablene *FABQ fysisk aktivitet*, *FABQ arbeid*, *DSCQ krav*, *DSCQ kontroll*, *DSCQ belastning*, *DSCQ sosial støtte*, *jobbtrivsel*, *tro på bedring* og *ikke eller i jobb* etter et år. I denne analysen er *ikke eller i jobb* den avhengig variabelen, mens forklarings variablene (uavhengig) er *FABQ fysisk aktivitet*, *FABQ arbeid*, *krav*, *kontroll*, *belastning*, *sosial støtte*, *jobbtrivsel* og *tro på egen bedring*. Her vises en sammenheng mellom *FABQ arbeid*. Generelt viser analysen stor spredning blant variablene og derfor ingen linjere forhold (Pallant, 2013; Pavot, et al., 1991).

Deskriptiv statistikk er en grunnleggende analyse av kvantitativ data som utforsker og beskriver kvantitativ data. Analysen gir opplysninger om hvordan enhetene fordeler seg i datamaterialet og man undersøke om materialet kan gi nye opplysninger om problemet (Johannessen, et al., 2010). For å vurdere fordelingen av de ordinale (kategorisk; *utdanning*, *inntekt*, *ansettelsestid*, *stillings størrelse* og *arbeidssituasjon*) og diskret (numerisk; *alder*, *FABQ for fysisk aktivitet og arbeid*, *DCSQ ved krav*, *kontroll*, *belastning* og *sosial støtte*,

jobbtrivsel og *tro på egen bedring*) variablene ble utforskende analyse i SPSS benyttet. Ut fra dette ble det gjort en vurdering hvor det har vært ønskelig å se på gjennomsnitt (M) og standard avvik (SD). Dette ut fra at variablene ikke hadde noen sterk skjevfordeling som antas å ikke ha noe betydning for analyse arbeidet (Pallant, 2013).

For skala og nominale (kategoriske) variablene ble det i SPSS gjennomført krysstabell og oppgitt i % og χ^2 for uavhengighet i den deskriptive statistikken (Christophersen, 2009; Pallant, 2013). Krysstabell benyttes ofte for å beskrive et utvalg som skal analyseres, og for å analysere sammenhenger mellom en avhengig variabel og flere uavhengige variabler (Ringdal, 2007). De kategoriske variablene ble beskrevet i prosentfordeling totalt, for antallet i gruppen som ikke fikk oppfølging og gruppen som deltok å APB. Kontinuerlige variabler ble analysert ved hjelp av gjennomsnitt (tabell 2) (Christophersen, 2009; Johannessen, 2003; Pallant, 2013).

5.3.3 Forskjeller mellom grupper og endringer over måletidspunktene

En χ^2 for uavhengighet, ble benyttet for å teste om forskjellene i fordelingen var statistisk signifikant, kategoriske variabler. I denne studien er det benyttet chi-square for kontroll variablene *kjønn*, *alder*, *inntekt*, *formell utdanning* og *yrkes kategori* (Christophersen, 2009; Pallant, 2013). Det er gjennomført en sammenslåing av noen variabler (se 5.2.7). Så langt det lot seg gjøre ble det ved rekoding kontrollert for faren for å miste informasjon eller fordreie data. Det ble benyttet bivariat analyse (krysstabell) for å beskrive kjennetegnene og forskjellene til utvalget når de kom til Hernes Institutt (tabell 1, figur 5 og 6), for de som deltok på APB (tabell 2) og ett år etter ARR på Hernes Institutt (figur 7, 8 og

9). Her undersøkes sammenhengen mellom variablene i materialet og gruppene de som ikke fikk oppfølging, *ikke oppfølging*, og som har deltatt på APB, *deltagere APB*.

En independent samples Students t-test ble benyttet for å teste forskjellene i gjennomsnitt og benyttet som signifikant test for numeriske variabler (tabell 3), signifikansnivået ble valgt til 0.050 (5 %) (Christophersen, 2009; Johannessen, 2003; Pallant, 2013). Resultatene ble oppgitt i gjennomsnitt (M), standardavvik (SD) og ekte p-verdi for å sammenligne forklarings variablene *FABQ for fysisk aktivitet* og *FABQ arbeid*, *DSCQ krav*, *DSCQ kontroll*, *DSCQ belastning*, *DSCQ sosial støtte*, *tro på egen bedring* og *jobbtrivsel*, med utfallsvariabelen *ikke eller i jobb* etter ett år. Desto høyere t-verdien er desto mindre er sannsynligheten for at gruppeforskjellene har oppstått tilfeldig (Pallant, 2013).

For å måle endring mellom baseline og 6 måneder etter ble det benyttet delta (Δ), hvor resultatene for målingen ved 6 måneder er trukket fra resultatene for målingen ved baseline (tabell 3). SPSS er blitt benyttet for å beregne variabel endringen (Christophersen, 2009; Pallant, 2013).

En paired-samples Student t-test ble gjennomført for å signifikant teste gjennomsnitt mellom to tidspunkt (baseline og 6 måneder etter) hos samme deltagere (tabell 4) (Christophersen, 2009; Johannessen, 2003; Pallant, 2013). Desto høyere t-verdien er desto mindre er sannsynligheten for at gruppeforskjellene har oppstått tilfeldig (Pallant, 2013).

For å kalkulere effektstørrelsen er det blitt gjennomført en utregning av η^2 . Effektstørrelse gir en indikasjon på omfanget av forskjellene mellom gruppene hvor en av de mest vanlige kalkuleringene er η^2 . η^2 er benyttet siden disse utregningene er mest brukt og anbefales både ved paired-samples Students t-test og independent samples Students t-test (Pallant, 2013). Styrkegrad for η^2 rangeres slik: 0.010= svak, 0.059 = moderat og 0.138= sterk (Cohen, 1988). η^2 ble benyttet ved kalkulere endringer hos arbeidsplassbesøks deltagerne for

de som kom og ikke kom tilbake i jobb etter ett år (tabell 3), samt ved kalkulering av endringer hos arbeidsplassbesøk deltagerne for baseline og 6 måneder etter (tabell 4).

5.3.4 Multivariat logistisk regresjon

I slutningsstatistikken ble det gjort en multivariat analyse ved logistisk regresjon for å se på hva som predikerer arbeidsdeltagelse eller ikke (ikke i jobb eller i jobb). Logistisk regresjonsanalyse er en multivariat analysemetode som benyttes når den avhengige variabelen er kategorisk (Y = dikotom variabel). Her vil man kunne sjekke ut hypotesene om variablenes effekt på de avhengige kategoriske variablene, mulighet til å sannsynlighetsberegne enheter med fastsatte kjennetegn hører til en bestemt gruppe og sannsynlighetsberegne for at noe bestemt vil skje eller ikke som for eksempel komme tilbake i jobb (Pallant, 2013).

Multivariat logistisk regresjon anvendes for å forklare dikotom respons, sannsynligheten for at en begivenhet forekommer eller ikke. Det er ønskelig å dra kjensel på de signifikante forklaringsvariablene og hvor sterkt de innvirker (Bjørndal & Hofoss, 2010; Hutcheson & Sofroniou, 1999). Forced Entry Method benyttes som standard prosedyre i SPSS. I denne tilnærmingen testes alle prediktor variablene i en blokk, dette for å vurdere deres evnen til prediksjon mens man kontrollerer for effekten av andre prediktorer i modellen. I denne studien ble det benyttet binomisk regresjon siden den avhengige variabelen har to kategorier (Pallant, 2013).

De variablene med signifikant verdi i independent samples Students t-testen er individuelt testet ved en enkel logistisk regresjons analyse for å finne den endelige multivariate logistiske regresjons modellen. Ut fra ekte p-verdi i SPSS er de signifikante

variablene valgt ut for videre implementering inn i den multivariate logistisk regresjonsmodellen.

Variablene er også sjekket for å ha validitet ved Omnibus Test of Model Coefficients, for variansen ved Coc & Snell R^2 og Nagelkerke R^2 .

Det er videre gjort et forsøk med å fjerne en og en av variablene i denne modellen for å eliminere en eller flere prediktorer i den fullstendige modellen for å finne den beste modellen (Tabachnick & Fidell, 2014).

Det er blitt gjennomført en multikollinearitet test i SPSS for å vurdere intern linjer forhold mellom prediktor variablene før oppstart av slutningsanalysen. Analysene indikerer lav linjer forhold med andre variabler, noe som tyder på at det ikke er muligheten for multikollinearitet mellom variablene i den multivariate logistiske regresjonsmodellen. Toleransen var ikke lavere enn 0.10 og alle variance inflation factor verdiene var under tre (Pallant, 2013). Resultatene ble oppgitt i ekte p-verdi, odds ratio (OR) og 95 % konfidensintervall (tabell 6).

6. Resultater

Suksessfaktoren for gruppen som deltok på APB er å komme tilbake i jobb, enten om det er delvis eller fullt.

6.1 *Del 1*: For deltagerne i studien

6.1.1 ...hva kjennetegner deltagerne med hensyn til

sosiodemografiske og arbeidslivs faktorer, diagnose og arbeidssituasjon for de som fikk arbeidsplassbesøk ved ankomst til Hernes Institutt?

Av de 102 deltagerne var det 45 deltagere som deltok på APB (gruppe 2) og 57 deltagere som ikke fikk oppfølging (gruppe 1).

Tabell 1. Kjennetegn og forskjeller for deltagere som fikk arbeidsplassbesøk.

Variabel	Total, n (%)	Ikke oppfølging, n (%)	Deltagere APB, n (%)	$P \approx$	$\chi^2 \approx$
<i>Grupper</i>	102 (100)	57 (56)	45 (44)		
<i>Kjønn</i>				0,187	1,74
Kvinner	56 (55)	28 (49)	28 (62)		
Menn	46 (45)	29 (51)	17 (38)		
<i>Utdanning</i>				0,519	1,31
Grunnskole	27 (27)	15 (26)	12 (27)		
Videregående skole/yrkesskole	67 (66)	36 (63)	31 (69)		
Høgskole/ universitet (1-4år)/ høyere universitets grad	8 (8)	6 (11)	2 (4)		
<i>Inntekt</i>				0,492	2,41
100 000 - 199 999	12 (12)	6 (11)	6 (13)		
200 000 - 299 999	37 (36)	24 (42)	13 (29)		
300 000 - 399 999	39 (38)	21 (37)	18 (40)		
>400 000	14 (14)	6 (11)	8 (18)		
<i>Sivil status</i>				0,360	3,21
Enslig	15 (15)	11 (19)	4 (9)		
Gift/ samboer	81 (79)	42 (74)	39 (87)		
Enke/ enkemann	1 (1)	1 (2)	0 (0)		
Skilt/ separert	5 (5)	3 (5)	2 (5)		
<i>Sektor</i>				0,447	2,66
Privat	52 (51)	30 (53)	22 (49)		
Offentlig	43 (42)	25 (44)	18 (40)		
Selvstendig-næringsdrivende	6 (6)	2 (4)	4 (9)		
Annet	1 (1)	0 (0)	1 (2)		
<i>Yrkeskategorier</i>				0,301	4,87
Håndverk, manuelt arbeid	47 (46)	27 (47)	20 (44)		
Kontorarbeid og administrasjon	2 (2)	0 (0)	2 (4)		
Pedagogisk arbeid (skole/barnehage)	3 (3)	1 (2)	2 (4)		
Helse og sosial	29 (28)	19 (33)	10 (22)		
Servicearbeider	21 (20)	10 (18)	11 (24)		
<i>Ansettelses tid</i>				0,295	2,44
Under 1 år	3 (3)	3 (5)	0 (0)		
1-5 år	20 (20)	11 (19)	9 (20)		
Over 5 år	79 (77)	43 (75)	36 (80)		
<i>Stillings størrelse</i>				0,995	0,21
1-25 %	2 (2)	1 (2)	1 (2)		
26-50 %	7 (7)	4 (7)	3 (6)		
51-75 %	17 (17)	10 (18)	7 (16)		

	76-99 %	8 (8)	4 (7)	4 (9)		
	100 %	68 (67)	38 (67)	30 (67)		
<i>Inkluderende Arbeidslivs avtale hos bedriften</i>					0,182	3,40
	Ja	70 (69)	37 (66)	33 (73)		
	Nei	27 (27)	15 (27)	12 (27)		
	Vet ikke	4 (4)	4 (7)	0 (0)		
<i>Avtale med bedrifthelsetjenesten/helse, miljø og sikkerhetsarbeid</i>					0,129	4,09
	Ja	75 (74)	44 (79)	31 (69)		
	Nei	21 (21)	8 (14)	13 (29)		
	Vet ikke	5 (5)	4 (9)	1 (2)		

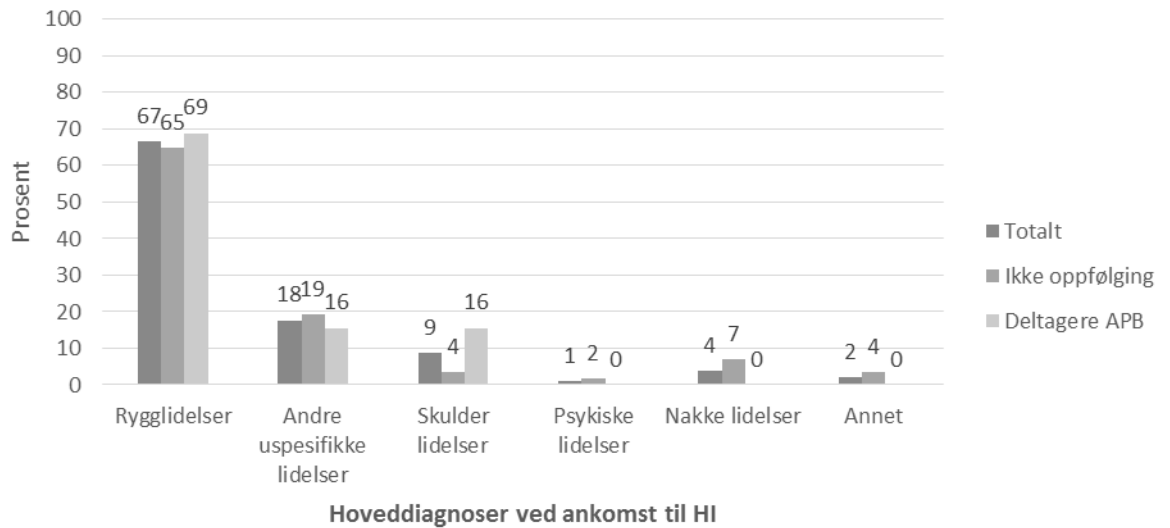
Hos deltagerne ved APB var det en liten tendens til overvekt av kvinner (62 %), men ingen signifikant forskjell (tabell 1). Utdanningsnivået var lavt, og bestod i hovedsak av personer med videregående eller yrkesfaglig utdanning, med henholdsvis 63 % og 69 % av utvalget for de som ikke fikk oppfølging og deltagere som deltok på APB. Majoriteten av den totale gruppen av deltagerne hadde en inntekt mellom kroner 200 000,- til 299 999,- (36 %) og kroner 300 000,- til 399 999,- (39 %). Det var en relativ lik fordeling mellom deltagerne som deltok på APB og som ikke fikk oppfølging. De aller fleste deltagerne var gift eller samboere (79 %), uavhengig om de deltok på APB (87 %) eller det ikke var aktuelt med oppfølging (74 %). Det var ingen signifikante forskjeller i utdanning, sivil status og inntekt mellom de som ikke fikk oppfølging og deltagere APB.

Majoriteten av deltagerne arbeidet innenfor privat (51 %) og offentlig (42 %) sektor (tabell 1). Det er noen flere som ikke fikk oppfølging som arbeidet i privat sektor (53 %) enn i offentlig sektor (44 %) enn de som deltok på APB hvor 49 % jobbet i privat sektor og 40 % i offentlig sektor. Opp mot halvparten av det totale antallet studiedeltakere (47 %) hadde et yrke bestående av håndverk eller manuelt arbeid. 33 % av de som ikke fikk oppfølging og 22 % deltagere ved APB oppga at de hadde yrker innen helse- og sosialsektoren. De aller fleste

deltagerne hadde vært ansatt i bedriften de jobber i mere enn fem år. For de som ikke fikk oppfølging hadde 75 % jobbet over fem år og for de som deltok på APB hadde 80 % jobbet mere enn fem år i bedriften de da var ansatt i. 67 % av alle deltagere, samt både de som ikke fikk oppfølging og de som deltok på APB hadde 100 % stillings størrelse. Noen flere deltagere hadde mellom 51 % til 75 % stilling, mens veldig få deltagere hadde under 50 % stilling. Det var ingen signifikante forskjeller i sektor, yrkeskategori, ansettelsestid og stillingsstørrelse mellom de som ikke fikk oppfølging og deltagere APB.

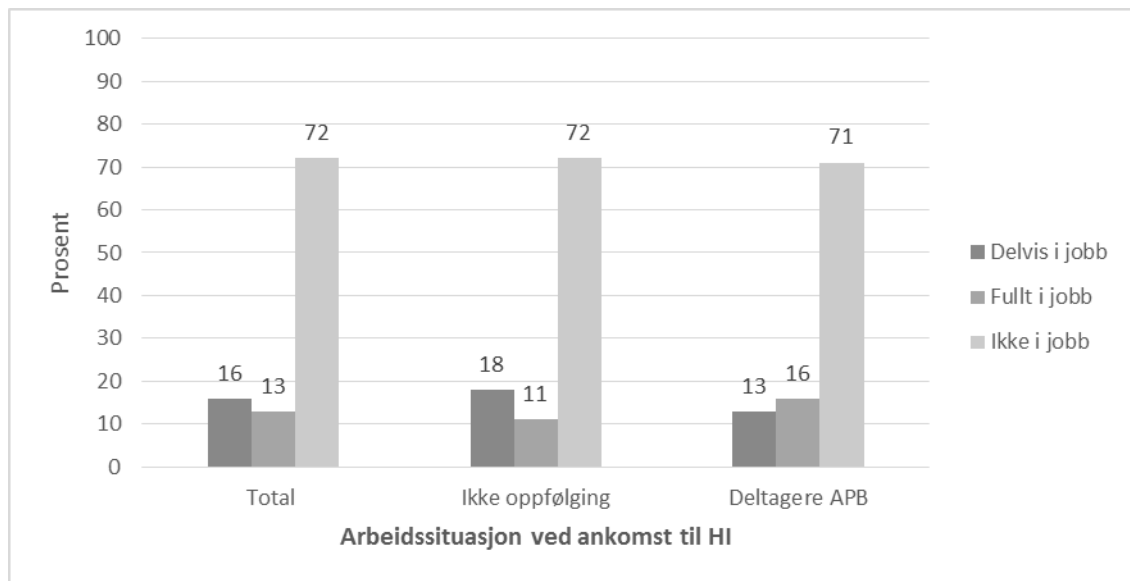
De fleste deltagerne (74 %) viste at deres bedrift hadde en inkluderende arbeidslivs avtale eller hadde avtale med en bedriftshelsetjeneste/helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (tabell 1). 27 % av både de som ikke fikk oppfølging og av de som deltok på APB visste ikke om bedriften hadde en inkluderende arbeidslivs avtale. 14 % av de som ikke fikk oppfølging visste ikke om bedriften hadde avtale med en bedriftshelsetjeneste/helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, hvor 29 % av de som deltok på APB ikke viste dette. Det var ingen signifikante forskjeller i inkluderende arbeidslivs avtale og bedriftshelsetjeneste/helse-, miljø- og sikkerhetsarbeids avtale mellom de som ikke fikk oppfølging og deltagere APB.

Figur 5 viser fordelingen av diagnoser totalt, for gruppen som ikke fikk oppfølging og deltagerne på APB ved ankomst til Hernes Institutt. Totalt hadde 67 % rygglidelser som hoveddiagnose ved ankomst til Hernes Institutt, også for begge grupper var hoveddiagnosen rygglidelser. Henholdsvis 65 % for de som ikke fikk oppfølging og 69 % for de som deltok på APB. Av resterende deltakere som deltok på APB hadde ingen eller svært få nakke- eller psykiske lidelser som hoveddiagnose. Det var like mange i hver gruppe som hadde andre uspesifiserte- og skulderlidelser. Det var kun en signifikant forskjell i skulder lidelser mellom de som ikke fikk oppfølging og de som deltok på APB ($p= 0.033$).



Figur 5. Hoveddiagnose ved ankomst HERNES Institutt. Deltagere Total n= 102. Deltagere APB n= 45. Ikke oppfølging n= 57.

Figur 6 viser arbeidssituasjon til deltagerne ut fra deltagerens fulle stilling totalt, gruppen som ikke fikk oppfølging og deltagerne ved APB når de kom til HERNES Institutt. I studien var det en overvekt av de som ikke var i jobb når deltagerne kom til HERNES Institutt. Av det totale antallet deltakere var 13 % i 100 % jobb rett før oppstart rehabilitering. Her var fordelingen mellom de som ikke fikk oppfølging og deltagerne ved APB henholdsvis 11 % og 16 %. 72 % av det totale deltakerantallet var 100 % sykmeldt rett før oppstart rehabilitering. I 72 % av tilfellene hos gruppen som ikke fikk oppfølging var 100 % sykmeldt, og 71 % der deltagerne deltok på APB. Det var ingen signifikante forskjeller i arbeidssituasjonen mellom gruppene som ikke fikk oppfølging og deltagerne APB.



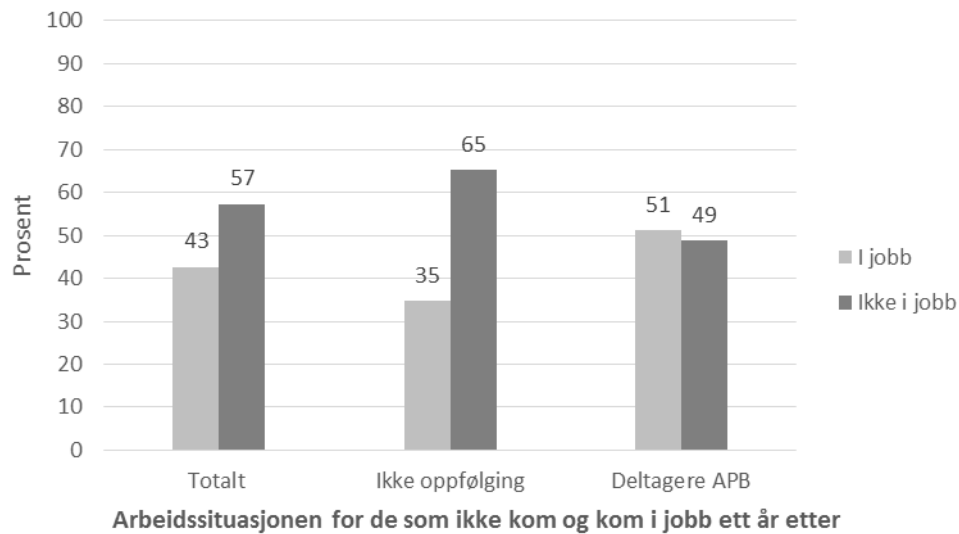
Figur 6. Arbeidssituasjon ved ankomst Hernes Institutt ut fra deltageres fulle stilling. Deltagere totalt $n=102$. APB $n=45$. Ikke oppfølging $n=57$.

6.1.2 ...hvor mange deltagerne ved arbeidsplassbesøk kom tilbake i jobb etter ett år, og er det noen forskjeller for de som ikke kom og de som kom tilbake i jobb?

Det å være i jobb etter ett år var i denne studien en suksess faktor. Alle deltagerne i studien ($n=102$) har fått tilsendt spørreskjema *kartlegging ett år etter* (vedlegg 2, figur 2) som gir informasjon om å komme tilbake i jobb eller ikke.

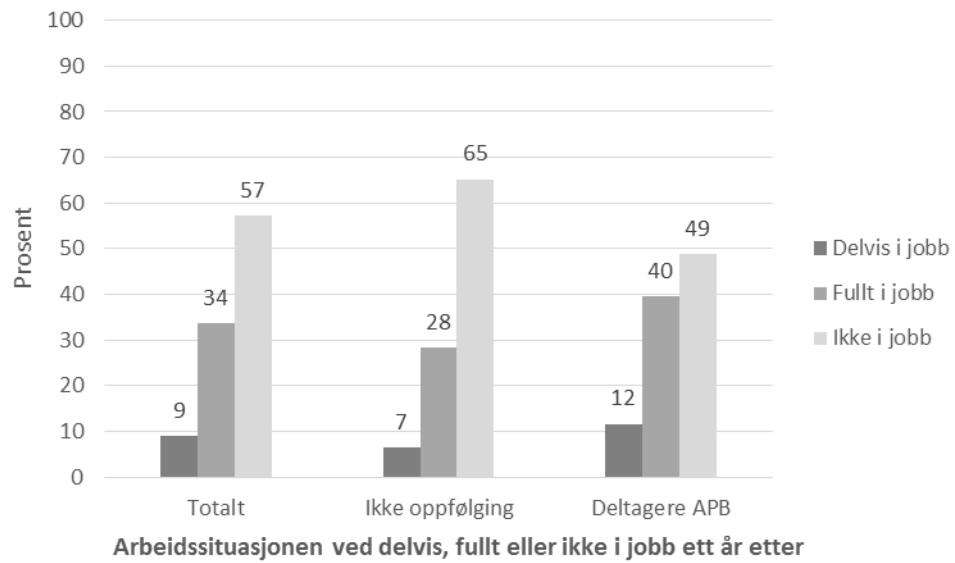
51 % av deltagerne som deltok på APB kom tilbake i jobb etter ett år. Figur 7 viser hvor mange av deltagerne som totalt ikke kom og kom tilbake i jobb, samt fordelingen mellom de som deltok på APB og de som ikke fikk oppfølging ett år etter ARR tiltak på Hernes Institutt. Totalt kom 57 % ikke tilbake i jobb og 43 % tilbake i jobb ett år etter. For gruppen som deltok på APB kom flest tilbake i jobb ett år etter, her kom 51 % tilbake i jobb sammenliknet med 35 % i gruppen som ikke fikk oppfølging. Det var ingen signifikante

forskjeller for arbeidssituasjon mellom de som ikke fikk oppfølging og de som deltok på APB.



Figur 7. Arbeidssituasjon for deltagerne som ikke kom og kom tilbake i jobb etter ett år. Totalt tilbake i jobb $n=38$ og ikke i jobb $n=51$ ett år etter. Ikke mottatt oppfølging tilbake i jobb $n=16$ og tilbake i jobb $n=30$ ett år etter. Deltagere mottatt APB tilbake i jobb $n=22$ og ikke i jobb $n=21$ ett år etter.

De som kom tilbake i jobb er både delvis og fullt tilbake i jobb etter ett år. Figur 8 viser hvor mange av deltagerne som totalt kom tilbake delvis, fullt eller ikke kom tilbake i jobb, samt fordelingen mellom de som deltok på APB og de som ikke fikk oppfølging ett år etter ARR på Hernes Institutt. Det er svært få deltagere som kom delvis i jobb etter ett år. For gruppen som deltok på APB kom 40 % tilbake i jobb etter et år mot 28 % for de som ikke fikk oppfølging. Det var ingen signifikante forskjeller for arbeidssituasjonen mellom gruppene som ikke fikk oppfølging og de som deltok på APB.



Figur 8. Arbeidssituasjonen ett år etter for de som kom delvis, fullt eller ikke tilbake i jobb etter ett år.

Totalt er $n=8$ delvis i jobb, $n=3$ fullt i jobb, og $n=51$ ikke i jobb ett år etter. Av de som ikke mottatt oppfølging er $n=3$ delvis i jobb, $n=13$ fullt i jobb og $n=30$ ikke i jobb. For deltagerne ved APB er $n=5$ delvis i jobb, $n=17$ fullt i jobb t og $n=21$ ikke i jobb.

Det er kun alder som viste signifikant forskjell for de som ikke kom og de som kom tilbake i jobb, mens variablene kjønn, utdanning, yrkeskategori og inntekt viste ingen signifikante forskjeller.

Tabell 2. Forskjeller for deltagere ved arbeidsplassbesøk for de som ikke kom og kom tilbake i jobb etter ett år.

Variabel	Total n (%)	Ikke i jobb etter ett år	I jobb etter ett år	P	$\chi^2 \approx$
<i>Alder i år (M±SD)</i>					
	43 (96)	49	6,31	44	8,70
				0,043	*- 2,09
<i>Kjønn (%)</i>					
				0,151	2,06
Menn	17 (40)	14			
Kvinner	26 (60)	35			
<i>Utdanning (%)</i>					
				0,733	0,62
Grunnskole	12 (28)	16			
Videregående skole/ yrkesskole	29 (67)	30			
Høgskole/ universitet	2 (5)	2			
<i>Yrkes kategori (%)</i>					
				0,639	0,22
Håndverk/ manuelt arbeid	20 (47)	21			
Kontor, administrasjon, pedagogisk arbeid, helse og sosial og servicearbeid	23 (53)	28			
<i>Inntekt (%)</i>					
				0,092	2,83
100 000 - 299 999	17 (40)	26			
>300 000	26 (60)	23			

*For alder ble independent samples Students t-test anvendt siden alder er en kontinuerlig variabel

De som ikke kom tilbake i jobb ett år etter ARR på Hernes Institutt er i gjennomsnitt 49 år og de som kom tilbake i jobb ett år etter er sirka 44 år (tabell 2). Alder viste en signifikant forskjell mellom de som ikke kom og kom tilbake i jobb ($p=0.043$).

Av alle som deltok på APB var det like mange kvinner (26%) og menn (26 %) som kom tilbake i jobb (tabell 2). Mens det var 14 % menn og 35 % kvinner som ikke kom tilbake i jobb etter ett år. Det er flere menn som kom tilbake i jobb (26 %) enn som ikke kom tilbake i jobb (14%), og flere kvinner kom ikke tilbake (35 %) enn de som kom tilbake i jobb, (26 %). Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller mellom de som ikke kom og de som kom tilbake i jobb.

De fleste av deltagerne hadde videregående skole eller yrkesskole som utdanning, en relativ lav utdanning (tabell 2). Av alle som deltok på APB og som ikke kom tilbake i jobb

hadde 16 % grunnskole, 30 % videregående skole eller yrkesskole og 2 % høyskole eller universitetsutdanning. Av de som kom tilbake har 12 % grunnskole, 37 % hadde videregående skole eller yrkesskole og 2 % høyskole eller universitetsgrad. Det var ingen signifikante forskjeller i utdanning mellom de som ikke kom og de som kom tilbake i jobb.

Mellom yrkeskategorien håndverk og manuelt arbeid (n= 20) og kontor, administrasjon, pedagogisk arbeid, helse og sosial og service arbeid (n= 23) er det en relativ jevn fordeling av deltagere (tabell 2). For de som ikke kom tilbake i jobb etter ett år arbeider 28 % innenfor kontor, administrasjon, pedagogisk arbeid, helse og sosial og service arbeid og 21 % innenfor håndverk og manuelt arbeid. Det var lik fordeling for begge yrkes kategoriene mellom de som ikke kom tilbake (26%) og de som kom tilbake i jobb (26 %) etter ett år. Det var ingen signifikante forskjeller i yrkes kategoriene mellom de som ikke kom og de som kom tilbake i jobb.

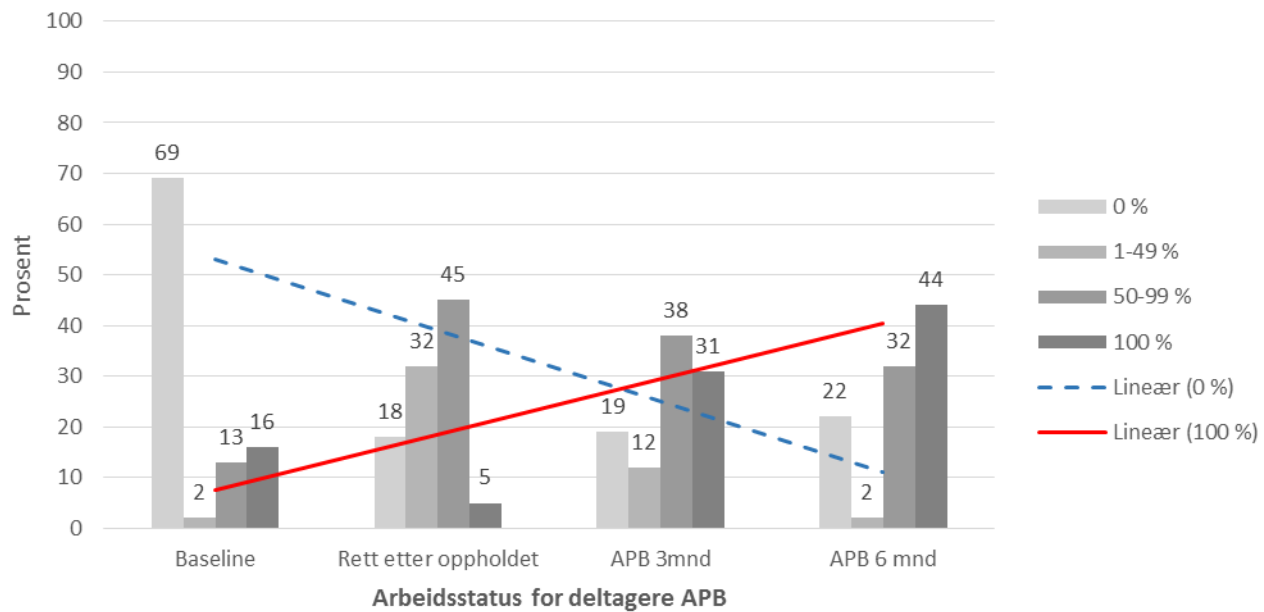
Flesteparten av deltagerne hadde en årsinntekt over kr 300 000,- (n= 26) (tabell 2). 23 % hadde denne inntekten og 26 % har inntekt på kr 100 000-299 999 av de som ikke kom tilbake i jobb. Mens 37 % hadde inntekt på over kr 300 000 og 14 % på kr 100 000-299 999 av de som kom tilbake i jobb etter ett år. Det var ingen signifikante forskjeller i inntekt mellom de som ikke kom og de som kom tilbake i jobb.

6.1.3 ...hvordan er den prosentvise arbeidsmengden for arbeidsplassbesøk deltagerne ved arbeidsrettet rehabiliterings tiltak?

I figur 9 ser man en oversikt over hvor stor prosent arbeidsmengde deltagerne jobbet for de som deltok på APB når de kom til Hernes Institutt (baseline), oppstart i jobb rett etter

oppholdet, 3 måneder etter avsluttet opphold og 6 måneder etter avsluttet opphold på Hernes Institutt ut fra deltagerne fulle stilling. En stor andel av deltagerne, 69 % var ikke i jobb ved baseline. Dette er en forventet trend siden pasienter som har behov for rehabilitering svært ofte har vært langvarige sykemeldt før ankomst til Hernes Institutt. Ved målepunktene mellom baseline og 6 måneder etter var det noe variasjon i antall deltagere som ikke hadde jobbet, 18 % rett etter oppholdet, 19 % etter 3 måneder og 22 % etter 6 måneder. Totalt sett vises en tendens til nedgang fra baseline til 6 måneder, se stiplede trendlinje for utviklingen av antall deltagere med 0 % arbeidsmengde fra baseline til 6 måneder.

Det var kun 2 % som jobbet mellom 1-49 % ved baseline. Ved oppstart i jobb rett etter oppholdet jobbet 32 % denne andelen. Færre deltagere gjorde dette ved seinere oppfølging (3 måneder 12 %, 6 måneder 2 %). Totalt var det få deltagere som jobber denne andelen og den holdt seg relativt stabil. 13 % jobbet mellom 50-99 % ved baseline. Det var en økning av denne arbeidsmengden rett etter oppholdet på 45 %. 38 % ved 3 måneder og 32 % ved 6 måneder jobbet denne andelen. Generelt var det en økning i denne arbeidsmengden fra baseline til 6 måneder. 16 % er i 100 % jobb ved baseline. Det var en reduksjon ned til 5% rett etter oppholdet. Videre var det en økning til 31 % ved 3 måneder, økning til 44 % ved 6 måneder. Det var en tendens som viste at antallet deltagere som jobber 100 % hadde økt fra baseline til 6 måneder, se heltrukken trendlinje for utviklingen av antall deltagere med 100 % arbeidsmengde fra baseline til 6 måneder.



Figur 9. Arbeidsstatus for deltagerne som kom tilbake i jobb ved ulike måletidspunkt ut fra deltagernes fulle stilling. Deltagere APB ved ankomst $n = 45$. Deltagere APB rett etter oppholdet $n = 44$. Deltagere APB ved APB oppfølging etter 3 måneder $n = 42$. Deltagere APB ved APB oppfølging etter 6 måneder $n = 41$. Deltagere APB ved ett år etter $n = 38$. Stiplede trendlinje (lineær 0%) for utviklingen av antall deltagere med 0 % arbeidsmengde fra baseline til 6 måneder. Heltrukken trendlinje (lineær 100%) for utviklingen av antall deltagere med 100 % arbeidsmengde fra baseline til 6 måneder.

6.2 *Del 2*: Pasienter som får arbeidsplass besøk i 6 måneder etter endt arbeidsrettet rehabilitering

6.2.1 ...er det noen forskjeller ved Fear-avoidance belief for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring over 6 måneder for de som ikke kom og kom tilbake i jobb?

Det skjedde en forandring ved FABQ arbeid 6 måneder, DSCQ kontroll baseline og 6 måneder og tro på egen bedring baseline og 6 måneder mellom de som ikke kom i jobb og de som kom i jobb ett år etter. Mens det for de andre variablene FABQ arbeid baseline og endring, FABQ fysisk aktivitet baseline, 6 måneder og endring, DSCQ krav baseline, 6 måneder og endring, DSCQ kontroll endring, DSCQ belastning baseline, 6 måneder og endring og sosial støtte baseline, 6 måneder og endring, jobbtrivsel baseline, 6 måneder og endring og tro på egen bedring endring ikke hadde noen endringer mellom de som ikke og de som kom tilbake i jobb ett år etter.

Tabell 3. Endringer hos deltagerne ved arbeidsplassbesøk for de som ikke kom og kom tilbake i jobb ett år etter.

Variabel	Total n	Ikke i jobb etter ett år		I jobb etter ett år		P	t	η^2	
		M	SD	M	SD				
<i>FABQ fysisk aktivitet</i>									
Baseline	40	7,35	8,13	7,00	6,57	0,880	-0,15	5,765	
6 måneder	41	5,74	5,75	6,29	6,57	0,781	0,28	0,020	
Endring (Δ)	38	-1,67	9,36	-0,70	5,97	0,704	0,38	0,021	
<i>FABQ arbeid</i>									
Baseline	42	23,38	9,72	20,73	5,38	0,325	-1,00	0,024	
6 måneder	39	20,96	10,44	12,71	10,65	0,020	-2,43	0,138	
Endring (Δ)	38	-2,04	13,52	-7,77	9,23	0,133	-1,54	0,062	
<i>DSCQ Krav</i>									
Baseline	42	13,79	3,10	14,12	1,67	0,667	0,43	0,005	
6 måneder	39	13,21	3,16	13,14	1,59	0,934	-0,08	1,729	
Endring (Δ)	38	-0,21	3,02	-0,93	1,62	0,362	-0,92	0,023	
<i>DSCQ Kontroll</i>									
Baseline	42	15,33	2,85	17,29	3,38	0,050	2,02	0,093	
6 måneder	39	15,33	2,35	17,24	2,88	0,031	2,24	0,119	
Endring (Δ)	38	0,22	1,73	-0,15	3,01	0,649	-0,46	0,006	
<i>DSCQ Belastning</i>									
Baseline	42	0,93	0,26	0,85	0,21	0,292	-1,07	0,028	
6 måneder	39	0,88	0,27	0,80	0,23	0,296	-1,07	0,030	
Endring (Δ)	38	-0,03	0,27	0,05	0,22	0,885	-0,15	6,246	
<i>DCSQ Sosial støtte</i>									
Baseline	42	18,52	2,86	19,71	2,19	0,138	1,51	0,054	
6 måneder	36	18,13	4,37	19,85	2,58	0,149	1,48	0,061	
Endring (Δ)	35	-0,56	4,24	0,11	3,00	0,590	1,40	0,056	
<i>Jobbtrivsel</i>									
Baseline	42	7,38	2,16	7,48	2,40	0,893	0,14	4,898	
6 måneder	38	6,59	3,41	7,29	2,65	0,482	0,71	0,014	
Endring (Δ)	37	-0,41	2,71	-0,50	3,18	0,929	-0,09	2,249	
<i>Tro på egen bedring</i>									
Baseline	41	2,26	0,73	2,72	0,42	0,016	2,51	0,156	
6 måneder	36	2,30	0,81	2,84	0,32	0,013	2,64	0,179	
Endring (Δ)	37	0,15	0,90	0,10	0,53	0,831	-0,22	0,002	

Det er signifikant forskjell ved *FABQ* arbeid ved 6 måneder ($p=0,020$) hvor de som ikke kom tilbake i jobb hadde en signifikant høyere verdi enn de som kom tilbake i jobb.

DCSQ for kontroll hadde signifikant forskjeller ved baseline ($p= 0.050$) og 6 måneder etter ($p= 0.031$), hvor de som kom tilbake i jobb hadde en signifikant høyere verdi enn de som ikke kom tilbake i jobb ved begge målepunktene. *Tro på egen bedring* har signifikante forskjeller ved baseline ($p=0.016$) og 6 måneder ($p= 0.013$), hvor de som kom tilbake i jobb hadde en signifikant høyere verdi enn de som ikke kom tilbake i jobb ved begge målepunktene (tabell 3). For å klarlegge om det eksisterte forskjeller mellom de som ikke kom og som kom tilbake i jobb for deltagere på APB ved *FABQ fysisk aktivitet og arbeid*, *DSCQ krav, kontroll, belastning og sosial støtte*, *jobbtrivsel* og *tro på egen bedring* ble det gjennomført en independent samples Students t-test (Pallant, 2013). Deretter er η^2 benyttet for å kalkulere effektstørrelsen på de signifikante forskjellene mellom funnene (Cohen, 1988). De som ikke kom tilbake i jobb etter ett år hadde signifikant høyere verdier i *FABQ arbeid* ved 6 måneder ($M = 20.96$; $SD = 10.44$) sammenlignet med de som kom tilbake i jobb etter ett år ($M= 12.71$; $SD = 10.65$; $p = 0.020$; $t = -2.43$; $\eta^2 = 0.138$). De som ikke kom tilbake i jobb etter ett år hadde signifikant lavere verdier i *DSCQ kontroll* baseline ($M = 15.33$; $SD = 2.85$) sammenlignet med de som kom tilbake i jobb etter ett år ($M= 17.29$; $SD = 3.38$; $p = 0.050$; $t = -2.02$; $\eta^2 = 0.093$)», og ved 6 måneder ($M = 15.33$; $SD = 2.35$) sammenlignet med de som kom tilbake i jobb etter ett år ($M= 17.24$; $SD = 2.88$; $p = 0.031$; $t = -2.24$; $\eta^2 = 0.119$). De som ikke kom tilbake i jobb etter ett år hadde signifikant lavere verdier i *tro på egen bedring* baseline ($M = 2.26$; $SD = 0.73$) sammenlignet med de som kom tilbake i jobb etter ett år ($M= 2.72$; $SD = 0.42$; $p = 0.016$; $t = 2.51$; $\eta^2 = 0.156$)», og ved 6 måneder ($M = 2.30$; $SD = 0.81$) sammenlignet med de som kom tilbake i jobb etter ett år ($M= 2.84$; $SD = 0.32$; $p = 0.013$; $t = 2.64$; $\eta^2 = 0.179$).

Det var svært liten forskjell for *FABQ for fysisk aktivitet*, *DSCQ krav*, *DSCQ belastning*, *DSCQ sosial støtte* og *jobbtrivsel* ved baseline, etter 6 måneder og gjennomsnittlig endringsskår for de som ikke kom tilbake i jobb ett år etter. Det var også svært liten forskjell

for *FABQ arbeid* ved baseline og gjennomsnittlig endringsskår, *DSCQ kontroll* og *tro på egen bedring* ved gjennomsnittlig endringsskår.

6.2.2 ...skjer det en endring av fear-avoidance belief for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring mellom baseline og 6 måneder?

Det skjedde kun en endring ved *FABQ arbeid* mellom baseline og 6 måneder etter, mens det for de andre variablene *FABQ fysisk aktivitet*, *DSCQ krav*, *kontroll*, *belastning* og *sosial støtte*, *jobbtrivsel* og *tro på egen bedring* ikke hadde noen endringer mellom baseline og 6 måneder.

Tabell 4. Endringer hos deltagere ved arbeidsplassbesøk for baseline og 6 måneder etter.

Variabel	Total n	Baseline		6 måneder		P (2-tailed)	t	η^2
		M	SD	M	SD			
<i>FABQ fysisk aktivitet</i>	38	7,39	7,44	6,24	6,19	0,358	0,93	0,012
<i>FABQ arbeid</i>	38	21,80	8,58	16,74	11,28	0,011	2,67	0,088
<i>DSCQ Krav</i>	38	13,76	2,44	13,18	2,44	0,139	1,51	0,030
<i>DSCQ Kontroll</i>	38	16,29	3,34	16,32	2,81	0,948	-0,07	6,622
<i>DSCQ Belastning</i>	38	0,88	0,23	0,84	0,25	0,309	1,03	0,141
<i>DCSQ Sosial støtte</i>	35	19,26	2,75	19,06	3,59	0,743	0,33	0,002
<i>Jobbtrivsel</i>	37	7,38	2,2	6,92	3,01	0,348	0,95	0,012
<i>Tro på egen bedring</i>	34	2,50	0,63	2,62	0,61	0,323	-1,00	0,015

Det var signifikant endringer ved *FABQ arbeid* ($p= 0.011$), en signifikant reduksjon målt mellom baseline og 6 måneder (tabell 4). For å klarlegge om det eksisterte endringer

mellom baseline og 6 måneder for deltagere på APB når det gjaldt *FABQ fysisk aktivitet og arbeid, DSCQ krav, kontroll, belastning og sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring* ble det gjennomført en paired-samples Students t-test (Pallant, 2013). Deretter er η^2 benytter for å kalkulere effektstørrelsen på de signifikante endringer mellom funnene (Cohen, 1988). T-testen viste signifikant endring av *FABQ arbeid* gjennom baseline og 6 måneder ($p= 0.020$; $t= -2.43$; $\eta^2= 0.138$), verdien har gått ned fra en gjennomsnitt på 20.96 (SD= 10.44) i baseline til en gjennomsnitt på 12.71 (SD= 10.65) 6 måneder etter. η^2 verdien for *FABQ arbeid 6 måneder* viser en moderat effektstørrelse. Det var ingen signifikant endring gjennom baseline mot 6 måneder for alle de andre variablene som ble testet (*FABQ fysisk aktivitet, DSCQ krav, kontroll, belastning og sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring*).

6.2.3 ...hvilke av faktorene Fear-avoidance beliefs for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring predikerer hvem som kom tilbake i jobb?

Enkel logistisk regresjon ble utført for å vurdere effekten av prediktorene *FABQ fysisk aktivitet, FABQ arbeid, DSCQ krav, DSCQ kontroll, DSCQ belastning, DSCQ sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring* på sannsynligheten for at respondentene ville rapporterer at de kom tilbake i jobb ett år etter avsluttet ARR tiltak på Hernes Institutt. Blant alle de prediktorene som ble testet med enkel logistisk regresjon, hadde de følgende en signifikant effekt på den respons variabelen; *alder* (marginalt), *FABQ arbeid 6 måneder, kontroll baseline, kontroll 6 måneder og tro på egen bedring 6 måneder*.

Tabell 5. Signifikante variabler ved den enkle logistiske regresjons individuelle testen.

	B	S.E	Wald	P	OR	95% CI for OR	
						Lower	Upper
Alder	-0,09	0,05	3,76	0,052	0,92	0,84	1,00
FABQ arbeid							
6 måneder	-0,08	0,04	4,75	0,026	0,93	0,87	0,99
Kontroll baseline	0,28	1,14	4,16	0,041	1,32	1,01	1,73
Kontroll							
6 måneder	1,37	0,61	4,99	0,026	3,94	1,01	13,10
Tro på egen bedring 6 måneder	1,7	0,81	4,39	0,036	5,46	1,18	23,67

Ved de enkle logistisk regresjon individuelle testene, var *alder* en negativ prediktor for å komme tilbake til i jobb etter ett år, noe som indikerte at sannsynligheten for å komme tilbake i jobb avtar med økende alder (OR = 0.92; 95 % CI = 0.84 – 1.00). Forholdet er imidlertid marginalt signifikant ($p = 0.052$). *FABQ arbeid* var også en negativ prediktor for å komme tilbake til jobb etter ett år, hvor sannsynligheten for å komme i jobb avtar med økende verdi av prediktoren (OR = 0,93; 95 % CI = 0.87 – 0.99; $p = 0.026$). Begge variablene for *kontroll* var positive signifikante prediktorer for å vende tilbake til jobb etter ett år. Sannsynligheten for å komme tilbake i jobb økte med økende verdi av prediktoren (baseline: OR = 1.32; 95 % CI = 1.01 – 1.73; $p = 0.041$, 6 måneder: OR = 3.94; 95 % CI = 1.01 – 13.10; $p = 0.026$). Kontroll 6 måneder viste en høyere OR enn ved baseline, kontroll ved 6 måneder kan se ut til å være en sterkeste prediktor enn kontroll baseline, FABQ arbeid og alder som ble individuelt testet ved hjelp av enkle logistisk regresjon. 95 % CI for kontroll 6 måneder var imidlertid ganske bred, og signifikansnivået er ikke veldig høyt. *Tro på egen bedring* var en positiv signifikant prediktor for å komme tilbake til jobb etter ett år. Sannsynligheten for å komme tilbake i jobb økte med økende verdi av prediktoren (OR = 5.46; 95 % CI = 1.18 – 23.67; $p = 0.036$). Variablen viste en høy OR, tro på egen bedring så ut til å være den

sterkeste prediktor blant alle variablene som ble individuelt testet ved hjelp av logistisk regresjon. 95 % CI var imidlertid ganske bred, og signifikansnivået var ikke veldig høyt.

Tabell 6 viser den endelige multivariate logistiske regresjons modellen som inneholder de fire prediktor variablene *alder*, *smerte relatert frykt for arbeid etter 6 måneder*, *kontroll etter 6 måneder* og *tro på egen bedring etter 6 måneder*. Disse variablene var signifikante individuelt testet. Modellen var signifikant i Omnibus test og det antas at modellen er valid. Modellen som helhet forklarer mellom 38 % og 50 % (Cox og Snell R^2 og Nagelkerke R^2) av variansen komme tilbake i jobb, og riktig klassifisert 53 % av tilfellene.

Tabell 6. Den endelig modell ved multivariate logistisk regresjon for å komme tilbake i jobb etter ett år

	B	S.E	Wald	P	OR	95.0% CI for OR	
						Lower	Upper
Alder	-0,09	0,06	2,46	0,117	0,92	0,83	1,02
FAB 6 måneder	-0,06	0,05	1,23	0,267	0,94	0,85	1,05
Kontroll 6 måneder	0,42	0,21	3,90	0,048	1,51	1,00	2,28
Tro på egen bedring 6 måneder	0,77	1,13	0,46	0,496	2,15	0,24	19,67
Constant	-3,83	5,28	0,53	0,467	0,02		

De uavhengige variablene som ble tatt opp viser en unik statistisk signifikant bidrag til modellen (kontroll 6 måneder). Den multivariate logistiske regresjonsmodellen viste at opplevd kontroll ($p=0.048$) predikerer for å komme tilbake i arbeid 6 måneder etter ARR på Hernes Institutt. Den sterkeste prediktoren for å komme tilbake i jobb er derfor opplevd kontroll 6 måneder etter ARR, med en OR på 1.51, 95% CI på 1.00 og ekte p-verdi på 0.048. Dette indikerer at respondentene som opplever høyere kontroll ved 6 måneder etter ARR har en og en halv ganger høyere sannsynlighet for å rapportere å være i jobb et år etter rehabilitering, kontrollert for andre faktorer i modellen. OR til alle variablene endret seg svært lite i den fullstendige modellen. Her kan man anta at variablene ikke var signifikante lengre på grunn av konfidensintervallene er blitt større.

7. Diskusjon

Ved ankomst til Hernes Institutt kjennetegnes APB deltagerne og de som ikke fikk denne oppfølgingen ved at de hadde lav sosioøkonomisk status og jobbet innenfor håndverk og manuelt arbeid. Det er lite som skiller de som ikke fikk oppfølging og de som deltok på APB. Etter ett år hadde 43 % kommet tilbake i jobb, hvor 51 % kom tilbake i jobb for de som deltok på APB. De som deltok på APB hadde omtrent samme lønn og utdanning enn de som ikke fikk oppfølging, og de som fikk APB og som kom tilbake i jobb hadde noe høyere lønn og utdanning enn de som ikke kom tilbake i jobb. For de som deltok på APB og ikke fikk oppfølging var det svært få som er delvis/gradert tilbake i jobb. Opplevd kontroll over eget arbeid ved 6 måneder for deltagere ved APB er den viktigste faktoren som predikerte for tilbakekomst i jobb.

7.1 *Del 1*: For deltagerne i studien

7.1.1 ... hva kjennetegner deltagerne med hensyn til

sosiodemografiske og arbeidslivs faktorer, diagnose og arbeidssituasjon for de som fikk arbeidsplassbesøk ved ankomst til Hernes Institutt?

Deldeltagerne som deltok på APB i denne studien rapporterte en inntekt på kroner 300 000-399 999,- som var noe høyere sammenlignet med de som ikke fikk oppfølging som rapporterte kroner 200-299 99,- når de kom til Hernes Institutt. En gjennomsnittlig inntekt for en norsk arbeidstaker var i 2015 sirka kr 521 000,- (Statistisk Sentralbyrå, 2016) og for en

håndverker i 2014 på sirka kr 433 000,- (Statistisk sentralbyrå, 2015). Sammenlignet med landsgjennomsnittet rapporterer deltagerne ved APB en relativt lav inntekt. De fleste av deltagerne ved APB hadde videregående eller yrkesskole som formell utdanning, og kun 4 % hadde høyere utdanning med høyskole eller universitets grad nå de kom til Hernes Institutt. For de som ikke fikk oppfølging hadde noen færre videregående eller yrkesskole som høyeste formell utdanning, og 11 % har høyere utdanning med høyskole eller universitets grad. Deltagerne ved APB ligger lavt hvis man sammenligner med landsgjennomsnittet for høyere utdanning. I gjennomsnitt har 36 % høyskole eller universitets grad som høyeste utdanning her i Norge (Steinkellner, 2015). Flertallet av deltagerne i denne studien jobbet med håndverk og manuelt arbeid, og noen færre arbeidet innenfor helse og sosial sektoren og servicearbeid. Dette er fysisk tunge yrker.

Utdanning, inntekt og helse sees i sammenheng med hverandre, hvor det er en sammenheng mellom lav inntekt, lavere utdanning og dårligere helse (Folkehelseinstituttet, 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Både inntekt og utdanning beskriver sosioøkonomisk status (Geisser, et al., 2003). Grupper med lavere sosioøkonomisk status har generelt dårligere helse (Dahl, et al., 2010). I Folkehelsemeldingen (2013) beskrives det at de med lav utdanning har en økt risiko for negativ påvirkning på arbeidstakerens helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette kan være helserelaterte problemer som smerter og nedsatt funksjon (Geisser, et al., 2003). Det er også kjent at de som arbeider i fysisk tunge yrker har vanskeligere for tilbakekomst i jobb etter en sykemeldingsperiode (Shaw, et al., 2013). Fra tidligere forskning vet man også at faren for en uførepensjon og en vanskelig prosess med å komme tilbake i jobb etter sykemelding har en sammenheng med å arbeide i tunge fysiske yrker, være langtidssykemeldte og ha lav utdanning (Andersson, 2004; Hagen, et al., 2000). Det å være i arbeid har betydning for vår helse og forbindes med positive verdier (Arbeidsdepartementet, 2013). Et ARR tiltak har til hensikt å bidra til at mennesker med

helseproblemer blir stående i eller kommer tilbake i jobb etter langtidssykefravær (G Waddell, et al., 2008). Et tverrfaglig rehabiliterings program øker arbeidsevnen betydelig for langtidssykemeldte sammenlignet med vanlig behandling³ (Tore Norendal Braathen, et al., 2007). Studien til Braathen et al. (2007) viser at et ARR tiltak i Norge bidrar til tilbakekomst i jobb og fremmer arbeidsevnen til langtidssykemeldte arbeidstakere. Når det er kjent at personer med lav utdanning, lav yrkesstatus og helseproblemer har større risiko for å bli eller falle ut av arbeidslivet enn syke som har en høyere sosioøkonomisk status - vil da deltagerne ved APB i denne studien ha et ugunstig utgangspunkt for å komme tilbake i jobb?

Resultatene viste også at det var signifikant forskjell i skulder lidelser mellom de som ikke fikk oppfølging og deltagere APB. Det var en høyere andel av deltagere ved APB som hadde skulderlidelse i forhold til de som ikke fikk oppfølging. Generelt viser resultatene at dette gjelder svært få deltagere. I litteratursammendraget til Selander et al. (2002) beskrives faktorer ved blant annet skulderplager som påvirker muligheten for å komme tilbake i jobb etter et ARR tiltak. De med skulderplager og som har størst mulighet til å komme tilbake i jobb kjennetegnes med at de blant annet er unge, har høy utdanning og inntekt, har ingen smerter, har fått raskt tilbud om ARR tiltak, selv har tror på tilbakekomst i jobb og har en arbeidsgiver som ønsker dem tilbake i jobb (Selander, et al., 2002).

³ Med vanlig behandling eller ordinær intervensjon beskriver litteraturen omsorg som tilbys en sykemeldte arbeidstaker ved en klinikk, lokal fysioterapi, arbeidsmarkeds bedrift og lignende (Tore Norendal Braathen, et al., 2007; van Vilsteren, et al., 2015).

7.1.2 ... hvor mange deltagerne ved arbeidsplassbesøk kom tilbake i jobb etter ett år, og er det noen forskjeller for de som ikke kom og de som kom tilbake i jobb?

I studien ser man at det var en overvekt av de som kom tilbake i jobb for de som deltok på APB (51%) enn de som ikke fikk oppfølging (35%) ett år etter ARR tiltak på Hernes Institutt. Generelt opplever arbeidstakere i Norge at det å være i arbeid påvirker helsen på en positiv måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). APB er en intervensjon på Hernes Institutt som utføres ute på deltagerens arbeidsplass (Haugen, et al., 2011; L. Haugli, 2010) hvor man ser på mulighetene for tilrettelegging av arbeidsaktiviteten for at arbeidstakeren kan stå i sin jobb (Randi Wågø Aas, et al., 2009; Loisel, et al., 1994). Ved tilrettelagt aktivitet øker muligheten for å komme tilbake i arbeid (L. Haugli, 2010; S Hunskår, 2003; Selander, et al., 2002).

I definisjonen av en arbeidsplassintervensjon beskrives viktigheten av arbeidstakerens involvering i endringer, omorganisering og tilbakekomst i jobb prosessen (Van Oostrom & Boot, 2013), og kommunikasjon er også en vesentlig faktor som påvirker tilbakekomst i jobb prosessen (Marnetoft, 2015). En bedret kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter kan på en positiv måte også innvirke på mestring og helsemessig utfall. Og pasienter som tar del i og er engasjert i avgjørelser har ofte bedre behandlingsresultater og er ofte mere motiverte for livsstilsendringer (Wilson, et al., 2010). Pasienter ved ARR tiltak som får muligheten til å påvirke egen rehabilitering kommer oftere tilbake i jobb. Et ARR tiltak som for eksempel Hernes Institutt er komplekst og består av mange hjelpere. For å forebygge at en pasient opplever å være en deltagende aktør i stedet for en passiv brikke, er det viktig at pasienten får en ARR rådgiver som hjelper og guider personen gjennom systemet (Selander, et al., 2002). På Hernes Institutt har ergoterapeutene denne rollen når det gjelder å innlemme

arbeidsplassen og arbeidsgiver i ARR prosessen til pasienten (Haugen, et al., 2012). En intervensjon på arbeidsplassen som for eksempel APB har som mål å bidra til aktiv deltagelse for arbeidstakeren (Van Oostrom & Boot, 2013) og kontakt mellom helsepersonell og arbeidsplass påvirker hvor raskt man kommer tilbake i jobb etter et sykefravær (Bruusgaard & Claussen, 2010; Falkdal, 2005; Grotle, et al., 2004). APB gjennomført i et ARR tiltak ved Hernes Institutt har som mål å åpne for kommunikasjon og samarbeid mellom pasienter på Hernes Institutt, NAV, helsevesen og arbeidsplassen (Haugen, et al., 2012; Karjalainen, et al., 2003). Å bedre kommunikasjonen mellom pasient og helsearbeidere påvirker helsen og opplevelsen av mestring på en positiv måte (Wilson, et al., 2010).

Otterlei (2014) antyder at motivasjon er en av flere betydningsfulle faktorer for at pasientene på Hernes Institutt klarer å komme tilbake i jobb. Her tydeliggjøres også viktigheten av at pasientene opplever å eie egen prosess gjennom å være aktiv deltagende under Hernes Institutt oppholdet, i samarbeid med NAV og arbeidsplassen (Otterlei, 2014). Disse elementene poengteres også som viktig hos Selander et al. (2002), for at pasientene skal komme tilbake i jobb etter et ARR tiltak. At man som pasient opplever å mestre situasjonen de er i, får støtte fra NAV, helsetjenesten og familien og derigjennom øker sin egen forståelse er også avgjørende for å komme tilbake i jobb etter endt ARR tiltak (T.N Braathen, et al., 2015).

Det var flere av deltagerne som ikke fikk oppfølging enn de som deltok på APB som ikke var tilbake i jobb etter ett år. Blant de som ikke kom tilbake i jobb var de deltagerne som har fått uføretrygd. Generelt for pasienter som deltar i et ARR tiltak er målet å få en avklaring mot arbeidslivet (Arbeids- og sosialdepartementet, 2008). Det å få en avklaring kan føre til at en arbeidstaker får en uføretrygd, enten fullt eller gradert, som da vil være en riktig avklaring ut fra personens egne ressurser og kravene i omgivelsene (Bruusgaard & Claussen, 2010). Derfor vil en uføretrygd også kunne sees på som en suksessfaktor ved at det er en avklaring til

arbeidslivet. Et APB kan gjennomføres med den hensikt å prøve ut om man kan fungere i arbeidslivet fullt, delvis eller om personen ikke fungerer. Målet for APB vil i utgangspunktet alltid være å komme tilbake i jobb. Gjennom denne intervensjonen kan det være at man konkluderer med at man skal delvis eller ikke tilbake i arbeidslivet. Det kan her vise seg at det er et gap mellom deltagerens funksjon og kravene i omgivelsene som ikke er forenelige. Her vil det være både hensiktsmessig og legitimt å ikke komme tilbake i jobb (Røset, 2014), derfor vil dette også da være en suksessfaktor. På en annen side er en uføretrygd et kjennetegn på nedsatt arbeidskapasitet og redusert helse, og man er med en uføretrygd da enten utenfor eller i ferd med å falle ut av arbeidsmarkedet (Dahl, et al., 2010). I samfunnet generelt ser man på arbeidslivsdeltagelse som viktig og at arbeid forbindes med positive verdier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

I denne studien var det få som var delvis friskmeldt. Det var flere av de som deltok på APB som var delvis friskmeldt enn som ikke fikk oppfølging. Som tidligere beskrevet var suksessfaktoren å komme delvis eller fullt tilbake i jobb. Her kan en gradert stilling derfor være en suksessfaktor. I Norge er gradert sykmelding hvor man kommer delvis tilbake i jobb, benyttet som et tiltak for å redusere sykefraværet. Dette tiltaket benyttes også for å opprettholde kontakten med arbeidsplassen og stå i arbeidsrelatert aktivitet (Arbeid- og velferdsforvaltningen, 2006). Det er svært få som benytter gradert sykmelding for de som er sjåførere, håndverkere, operatører og uten krav til utdanning, og det er flest mellom 30-62 år som er gradert sykemeldt (Ose, et al., 2012). I Markussen et al. (2012) viser funnene at en gradert sykemelding øker sjansen for å fortsatt være i jobb to år etter sykepenge perioden (Markussen, et al., 2012). Man ser også at arbeidstakere som kommer delvis tilbake i jobb, gradert sykemeldte, er sårbare arbeidstakere (Ose, et al., 2012). Deltidsansatte har oftere fått gjennomført en omorganisering på arbeidsplassen enn de som er fullt sykemeldte. Deltids sykemeldte opplevde høyt arbeidspress, de oppgir å ha dårligere helse og mindre tro på å

komme tilbake i ordinær jobb enn de som er fulltids sykemeldte før de ble sykemeldte (Hogstedt, Theorell, & Marklund, 2004). En omorganisering av arbeidet kan være med på å bidra til at de som ikke arbeider en full stilling står i jobb (Hogstedt, et al., 2004).

Ett år etter (figur 8) var det flere av APB deltagerne (40%) som kom tilbake i full jobb sammenlignet med ankomst (16%) (figur 6) til Hernes Institutt. Det har også vært en reduksjon i antallet APB deltagere som ikke kom i jobb fra ankomst (71 %) til ett år etter (49%), mens det kom så å si like mange APB deltagere tilbake i delvis/gradert jobb ett år etter (12%) som ved ankomst (13%). Deltagere som mottok arbeidsavklaringspenger (som tidligere blant annet innbefattet yrkesrettet attføring) ved ankomst til Hernes Institutt er i studien registrert med 100 % arbeidsavklaringspenger, eller delvis og/eller gradert arbeidsavklaringspenger. Disse deltagerne er etter ett år kun registrert som ikke i jobb. Ved kontroll ett år etter kan det hende at antallet deltagere som var delvis/gradert i jobb kunne ha vært høyere og deltagere som ikke var i jobb kunne vært lavere uten at man vet dette med sikkerhet.

I studien til Lund et al. (2007) ser man at personer i 40 års alderen har størst risiko for sykefravær. I denne studien var i gjennomsnittsalderen 45 år, og for de som deltok på APB var de som ikke kom tilbake i jobb gjennomsnittlig eldre enn de som kom tilbake i jobb. Generelt i Norge øker sykefraværet med alder (Huge & Kann, 2007; Wählin, et al., 2012). Av de som kom tilbake i jobb (37%) etter ett år hadde noen flere videregående- eller yrkesskole som høyeste utdanning enn de som ikke kom tilbake i jobb (33%). Og for de som ikke kom tilbake i jobb (16 %) var det noen flere med grunnskole som høyeste utdanning enn de som kom tilbake i jobb (12 %). Generelt hadde disse gruppene lav utdanning og ligger noe under gjennomsnittet for utdanning i Norge. I Norge har 44 % fullført videregående skole som høyeste utdanning og 29 % har grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanning (Steinkellner, 2015). For de som kom tilbake i jobb etter ett år er det flere som hadde lønn over kroner

300 000,- enn blant de som ikke kom tilbake i jobb. Dette ligger også under landsgjennomsnittet for inntektsnivå i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2015, 2016). Resultatene viser ingen store ulikheter mellom de som kom og ikke kom tilbake i jobb når det gjaldt yrkeskategoriene. På grunn av at det ble svært få deltagere i den opprinnelige inndelingen ble flere yrkeskategorier blitt slått sammen. Dette kan bidra til et noe mindre nyansert bilde av fordelingen. Likevel vet man fra tidligere studie (Strupstad, 2010) og resultatene i denne studien (tabell 1) at deltagerne har fysisk tunge yrker. Ansatte innen pedagogisk arbeid kan for eksempel jobbe i barnehage, innenfor helse- og sosial kan de for eksempel jobbe med pleie på sykehjem eller sykehus, og innenfor service kan de for eksempel være butikkarbeidere. Alle disse yrkene har fysisk tunge arbeidsoppgaver.

Utdanning påvirker både inntekt og deltagelse i arbeidslivet, hvor økt utdanningsnivå øker muligheten for å være sysselsatt. Siden utdanningsnivået og -kravene i arbeid øker vil de med lav eller ingen utdanning vil få større utfordringer i arbeidsmarkedet (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2006-2007). Fra tidligere forskning ser man at utdanning, hva slags jobb man har og alder påvirker risiko for et langtidssykefravær (Andersson, 2004; Hagen, et al., 2000; Lund, et al., 2007) og muligheten for å komme tilbake i jobb (Selander, et al., 2002). I stor grad bidrar langtidssykemelding, fysisk tunge yrker og lav utdanning til at det er vanskeligere å komme tilbake i jobb og øker sjansen for en uførepensjon (Andersson, 2004; Hagen, et al., 2000). I flere studier ser man at økt alder også reduserte muligheter for å komme tilbake i jobb etter et langtidssykefravær (Landstad, et al., 2009; Selander, et al., 2002). Som nevnt tidligere vil også de sosiale helseforskjellene gi økt risiko for negativ påvirkning på arbeidstakerens helse være gjeldene her (Folkehelseinstituttet, 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

De som kom i jobb vil mest sannsynlige kunne opprettholde inntektsnivået, eventuelt øke det. Ved å «stå eller gå oppover» samfunnets rangstige vil det trolig kunne påvirke i en

positiv retning i motsetning til de som ikke kom tilbake i jobb. Å bevege seg oppover på samfunnets rangstigen vil kunne gi en helsemessig gevinst (Folkehelseinstituttet, 2014; Selander, et al., 2002). Arbeidstakere som ikke kommer tilbake i jobb med lav utdanning og nedsatt helse ser ut til å være i en sårbar posisjon hvor det antas at de har mindre ressurser og færre jobbalternativer (Dahl, et al., 2010). For de som ikke kom tilbake i jobb etter ett år vil man anta at de har ytterligere forlenget sin periode borte fra arbeidslivet, noe som igjen bidrar til at det er vanskeligere å komme tilbake i arbeid (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2006-2007; Gordon Waddell & Burton, 2001; Øyeflaten, et al., 2014). Utover dette vet man også at det å stå i jobb bidrar til en økonomisk trygghet i tillegg til struktur i hverdagen, tilhørighet, følelse av likeverd med mere som man kan miste ved å falle ut av arbeidslivet (Marnetoft, 2015; Saglie, et al., 2010).

7.1.3 ... hvordan er den prosentvise arbeidsmengden for arbeidsplassbesøk deltagerne ved arbeidsrettet rehabiliterings tiltak?

Andelen som jobbet fullt hadde totalt økt fra baseline (16%) til 6 måneder (44%) etter oppholdet på Hernes Institutt for de som deltok på APB. Dette tolkes som en trend på en god utvikling, hvor flere kommer tilbake i jobb 6 måneder etter enn ved baseline. Antallet i 100 % økte, antallet i arbeidsmengden 1-49 % var likt ved baseline og 6 måneder, og antallet i 50-99 % hadde økt ved baseline til 6 måneder. I Norge er det ønskelig at de med nedsatt arbeidsevne skal bidra i arbeidslivet. Videre vet vi også at arbeid er helsebringende for de med blant annet muskel- og skjelettplager. For å hindre at man faller ut av arbeidslivet må det tilrettelegges slik at alle kan delta (Arbeidsdepartementet, 2013). Hensikten med en intervensjon på

arbeidsplassen er som tidligere nevnt å bidra til at langtidssykemeldte kommer tilbake og blir stående i jobb (Van Oostrom & Boot, 2013). Arbeidstakere har også mulighet til å redusere sykefraværet ved å få en aktiv intervensjonen på arbeidsplassen sin (Odeen, et al., 2012). Ved å foreta APB vil man ha muligheter for å tilrettelegge slik at sykemeldte kan komme tilbake til arbeid (Randi Wågø Aas, 2009; Loisel, et al., 1994). I litteratur gjennomgangen til van Vilsteren et al. (2015) beskrives det at et sykefravær kan reduseres ved en arbeidsplassintervensjon, men det er lite som tilsier at arbeidsplassintervensjonen fører til varig tilbakekomst i jobb.

7.2 *Del 2*: Pasienter som får arbeidsplassbesøk i 6 måneder etter endt arbeidsrettet rehabilitering

7.2.1 ...er det noen forskjeller ved Fear-avoidance belief for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring over 6 måneder for de som ikke kom og kom tilbake i jobb?

For APB deltagerne som ikke hadde kommet tilbake i jobb etter ett år viste en gjennomsnittlig signifikant høyere FAB for arbeid ved 6 måneder, og hadde derfor en høyere smerterelatert frykt for arbeid enn de som kom tilbake i jobb. Deltagerne i denne studien hadde fysiske tunge yrker som er belastende, mange rapporterte at de hadde smerter i muskel- og skjelettapparatet og resultatene viser at de hadde lav utdanning. En viktig faktor for å ikke komme tilbake i jobb er frykt for smerter i arbeid (Øyeflaten, et al., 2008). I studien til

Svensen et al. (2011) viser sykemeldte med lav utdanningen en signifikant høyere skår for FAB. I litteratur evalueringen til van Vilsteren et al. (2015) konkluderes det blant annet med at en arbeidsplassintervensjon gir reduksjon av smerte og bedrer den fysiske funksjonen til ansatte med muskel- og skjelettplager. I tillegg beskrives det at en arbeidsplass intervensjon bidrar til å redusere varigheten på et sykefravær mere enn ordinær intervensjon (van Vilsteren, et al., 2015).

Behandlingstilbudet på Hernes Institutt består av flere komponenter hvor blant annet pasientene som deltar i det ordinære behandlingsopplegget har arbeidstrening som kan antas å påvirker resultatene. Arbeidstreningen skal være mest mulig lik arbeidssituasjonen på arbeidsplassen til en pasient, og det er blant annet fokus på FAB (Haugen, et al., 2012; Strupstad, 2010). At dette også er en aktivitet som kan være med på å bidra til en reduksjon av FAB har man ingen dokumentasjon på, men bør bli tatt med i betraktningen.

Deltagerne ved APB som ikke kom tilbake i jobb hadde en gjennomsnittlig signifikant lavere verdi av kontroll ved baseline, og opplevde derfor en lavere kontroll i arbeidshverdagen sin. Generelt er det ikke mye som tyder på at arbeidstaker i dag opplever lavere kontroll i jobb enn tidligere på tross av endring i sysselsettingen i Norge (Skoglund, 2013), selv om det er blitt sagt at det vil bli færre jobber med lav kontroll i fremtiden (Knardahl & Keeping, 1998). Personer med nakke- og ryggproblemer og med lav utdanning opplever oftere mindre kontroll over egen arbeidssituasjon (Knardahl, 2010), og de med høyere utdanning har ofte en mindre krevende fysisk jobb og har større innflytelse på sin egen arbeidsdag (Dahl, et al., 2010). Opplevelsen av redusert jobb kontroll påvirkes av muligheten til å gjøre bestemmelser, og kontroll oppleves positivt ved selv å bestemme hva og hvordan arbeidet skal utføres (R. Karasek & Theorell, 1990). I denne studien rapporterer deltagerne en relativ høy skår og derfor høy grad av opplevd kontroll i jobbsituasjon for begge gruppene. I studien til Braathen (2015) beskriver deltagerne i et ARR tiltak at det å oppleve å

ta kontroll over egen situasjon som en av flere faktorer av betydning for å få tilbake sin arbeidsevne. Det viser seg også at tilbakekomst i jobb kan hjelpe en arbeidstaker med å gjenvinne kontrollen over eget liv og komme seg raskere etter et sykefravær (Van Oostrom & Boot, 2013). Ut fra JDC-support modellen kan det se ut til at deltagerne hadde en relativ lav arbeidsbelastning. Det var ingen signifikante funn for krav, men man ser at deltagerne rapporterte relativ høye skår her (ca 14 på en skala fra fem til 20), som tilsier opplevelse av høye krav i jobb. Høy opplevelse av kontroll og krav beskrives som «active jobs» hvor man er mindre utsatt for helseplager (R. Karasek & Theorell, 1990; T Theorell, et al., 1990). Å oppleve høy grad av kontroll er i utgangspunktet positivt. Men det kan også gjøre at en arbeidstaker får mye ansvar ved å få stor frihet til å velge (Knardahl & Keeping, 1998). Ved APB vil deltagerne ha medbestemmelse av for eksempel arbeidsmengden når de skal starte opp i jobb og en videre opptrappingsplan etter ARR oppholdet på Hernes Institutt. Ved å ha kontroll over arbeidsmengden bør dette kunne være med på å forebygge for helseplager (Ebeltoft, 1992).

Generelt skåret deltagerne i studien høyt for tro på egen bedring. APB deltagerne som ikke kom tilbake i jobb etter ett år hadde en gjennomsnittlig lavere signifikant verdi for tro på egen bedring ved baseline, og har derfor en lavere tro på å bli bedre slik at de kommer tilbake i jobb. I resultatene for tro på egen bedring var deltagerne med en gradert sykemelding registret som «i jobb etter ett år». Deltids sykemeldte oppgir ofte å ha mindre tro på å komme tilbake i ordinær jobb (Hogstedt, et al., 2004). Staff (2012) beskriver generelt at pasientene på Hernes Institutt har mistet troen på seg selv og sin arbeidsevne. De som ikke har tro på egen bedring har en dårligere prognose for å komme tilbake i jobb, og de som har en positiv forventning til bedring har en mindre risiko for å bli langtidssykemeldte enn de som har en negativ forventning om bedring (Hallegraeff, et al., 2012). Deltagere i ARR tiltak som er motiverte og har sterk tro på å komme tilbake i jobb kommer i større grad tilbake i jobb

(Selander, et al., 2002). Sannsynligheten for å komme tilbake i jobb øker også ved å selv oppleve at egen helse blir bedre, at det er handlingsrom på arbeidsplassen og at man selv har tro på å komme tilbake i jobb (Wåhlin, et al., 2012). Det ordinære ARR tiltaket ved Hernes Institutt bør kunne vise en positiv innvirkning på deltageres tro på egen bedring hvor man arbeider for å gi pasientene en generell bedret helse (Marnetoft, 2015; G Waddell, et al., 2008). Ved et APB er det ønskelig å bidra til tilrettelegging av arbeidshverdagen (Randi Wågø Aas, et al., 2009; Loisel, et al., 1994) som bør kunne åpne for et større handlingsrom og tilrettelegge for at pasientene øker troen på egen bedring og komme tilbake i jobb (Wåhlin, et al., 2012). APB som intervensjon for tilrettelegging på arbeidsplassen har til hensikt å åpne for samarbeid mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, helsesystemet og NAV med mål om å komme tilbake i jobb etter et sykefravær (Bruusgaard & Claussen, 2010; Falkdal, 2007; Grotle, et al., 2004). Ansatte i helsetjenesten og NAV som er støttende, oppmuntrende og har tro på den sykemeldtes arbeidsevne kan være svært viktig for å øke sannsynligheten for den langtidssykemeldtes evne til å komme tilbake i arbeid (Olsson, Alexanderson, & Bottai, 2015).

7.2.2 ... skjer det en endring av fear-avoidance belief for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring mellom baseline og 6 måneder?

Det var kun FAB for arbeid som viste en signifikant endring mellom baseline og 6 måneder, her var det en gjennomsnittlig reduksjon. Tidligere studier med ARR tiltak gjennomført i Norge viser at FAB for arbeid gir signifikante verdier og signifikante endringer

ved enkelte målepunkter (Strupstad, 2010; Øyeflaten, et al., 2008). Det konkluderes med at FAB for arbeid er en viktig prediktor for vedvarende sykemelding etter tre måneder og ett år (Øyeflaten, et al., 2008). I studien til Jacobsen et al. (2015) viser resultatene en høyere FAB for gruppen som var sykemeldt over ett år enn de som var sykemeldte under ett år. Opphold både ved Hernes Institutt og Rehabiliteringssentret AiR klinikk gir en lavere FAB (Strupstad, 2011), og viser at en arbeidsplassintervensjon bidrar til reduserte smerter og bedret funksjon for arbeidstakere med muskel- og skjelett plager (van Vilsteren, et al., 2015). I litteraturevalueringen til Selander et al. (2002) vises det til at de som ikke opplever smerte i større grad kommer tilbake i jobb etter et ARR tiltak, og at de som opplever å skade seg flere ganger i mindre grad kommer tilbake i jobb. En intervensjon som APB har som mål å forebygge sykdom og skade som skyldes arbeidsforhold (S Hunskaar, 2003) og man er som arbeidsgiver pålagt å hindre at sykdom å skade oppstår på arbeidsplassen (*Arbeidsmiljøloven LOV-2015-12-18-104*, 2015).

7.2.3 ... hvilke av faktorene av fear-avoidance belief for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring predikerer hvem som kom tilbake i jobb?

Individuelt testet viste alder å være svært nære en signifikant verdi. Siden alder var en kontrollvariabel nært opp mot en signifikant verdi og ble den valgt og benyttet i den logistiske regresjonsmodellen. Analysen av alder antydte at sannsynligheten for å komme tilbake i jobb avtar med økende alder. APB deltagerne som kom tilbake i jobb ett år etter hadde i gjennomsnitt lavere alder enn de som ikke kom i jobb etter ett år (tabell 2). Som tidligere

nevnt vet man at sykefraværet øker med alder (Huge & Kann, 2007), og sannsynligheten for tilbakekomst i jobb avtar med økt alder (Landstad, et al., 2009; Selander, et al., 2002).

Den signifikante verdien ved den individuelle testen av FAB, kontroll og tro på egen bedring i den enkle logistiske regresjons analysen viste at variablene var relativt sterke med tanke på å komme i jobb etter ett år for deltagere ved APB (tabell 5). I den endelige multivariate logistiske regresjonsmodellen var den sterkeste prediktoren for å komme tilbake i jobb opplevelsen av kontroll ved 6 måneder etter ARR tiltak for APB deltagere. Det er ikke funnet noen støtte i den multivariate logistiske regresjons modellen for den antatte sammenhengen mellom krav og kontroll i JDC-support modellen (R. Karasek & Theorell, 1990). Som tidligere nevnt er det å ha kontroll over egen situasjon betydningsfullt for å komme tilbake i arbeid etter et sykefravær (T.N Braathen, et al., 2015). Det viser seg i flere studier at mangel på jobb kontroll er assosiert med nedsatt funksjon (Shaw, et al., 2013). Opplevelsen av kontroll påvirker også muligheten til å ta bestemmelser på jobb, hvor kontroll oppleves positivt ved selv å få bestemme hva og hvordan arbeidet skal utføres (R. Karasek & Theorell, 1990). Man ser også at en tilrettelegging på arbeidsplassen kan redusere eller forebygge sykefravær ved å identifisere et gap mellom individets krav og ressurser i jobb (Bruusgaard & Claussen, 2010; Franche, et al., 2005). Ved planleggingen av et APB er det fokus på at deltageren formidler sine behov og ønsker for tilrettelegging og endringer på jobb (Haugen, et al., 2012). For å kunne fungere i jobb stilles det krav til en arbeidstaker om å ha en formening om egne ønsker og behov (Arbeidsdepartementet, 2001). Det stilles også krav til at for eksempel ergoterapeuten som helsearbeider har tro på at arbeidstakeren har egenskaper til å handle og ta beslutninger om eget liv (Slettebø, 2002). Hvis man som arbeidstaker ikke har tilstrekkelige muligheter for å ta beslutninger vil muligheten til å håndtere funksjonsbegrensninger på jobb bli redusert (Shaw, et al., 2013). Ved et APB vil det tilrettelegges for at deltageren får lagt fram sine ønsker og behov for tilrettelegging (Haugen,

et al., 2011). Dette bør kunne bidra til å ivareta pasientens muligheter til endring av betingelsene i arbeidslivet som igjen kan bidra til økt kontroll i arbeidshverdagen (Slettebø, 2002). APB skal også bidra til deltagerens rett til å selv bestemme i saker som angår han/henne (Bollingmo, Høium, & Johnsen, 2004). Her må arbeidsgiver og ergoterapeuten/helsearbeideren viser respekt for valg og de behovene deltageren har for tilrettelegging av arbeidsoppgaver (Arbeidsdepartementet, 2001). Arbeidstakeren vil da kunne oppleve å selv få bestemme over sin arbeidssituasjon og oppleve kontroll i arbeidshverdagen sin (R. Karasek & Theorell, 1990).

FAB for arbeid og tro på egen bedring viste ikke signifikant sammenheng med tilbakekomst i jobb i modellen, men viste i den χ^2 test for uavhengighet analysene en signifikant sammenheng med tilbakekomst i jobb. Derfor antas disse variablene å være viktige. Tidligere studier som omhandler arbeidsplassintervensjon viser en reduksjon av smerte fra baseline til oppfølgingstidspunktet, men det er ingen forskjell mellom de som deltok på en arbeidsplassintervensjon eller mottok et ordinært tilbud (Anema, et al., 2007; Bültmann, et al., 2009; Loisel, et al., 1997). En høy FAB kan bidra til at funksjonen til en person med kroniske smerter reduseres (Gatchel, et al., 2016; Geisser, et al., 2003). Arbeidstakere med fysisk tunge jobber er i større grad redd for å skade seg igjen, forverring av smertene eller de føler seg i mindre stand til å gjøre jobbendringer (Shaw, et al., 2013). FAB påvirkes av personens tro på muligheten for å delta i arbeidsrelatert aktivitet som kan gi en potensiell mulighet for skade eller en fremtidig skade. Her ser man at FAB for arbeid er mere knyttet til fysisk kapasitet enn frykt for generell fysisk aktivitet eller smertens alvorlighetsgrad. Også vil hvordan en person velger å møte frykten for smerte påvirke forståelsen av sykdommen (Gatchel, et al., 2016; Vowles & Gross, 2003). Pasienter ved Hernes Institutt deltar blant annet også på arbeidstrening hvor pasientene utfører arbeid og bevegelse for å erfare at dette ikke er farlig selv om dette kan gi smerter. Her er det ønskelig å

bidra til en reduksjon av FAB (Haugen, et al., 2012), og til at pasienten kan få tilbake troen på å komme tilbake i jobb. Man vet at arbeidstreningen bidrar til en bedret kroppslig og kognitivt bevissthet (Sørensen, 2014). Pasientens fysiske kapasitet vil også i stor grad kunne påvirkes i en positiv retning gjennom treningsaktivitet på Hernes Institutt hvor målet er å bedre funksjon for å komme tilbake i jobb (Haugen, et al., 2012). Kan deltageres reduksjon av FAB ved arbeid og økt tro på egen bedring tyde på at pasientene opplever økt kontroll som fremtidig vil kunne bidra til økt arbeidsdeltagelse?

7.2.4 Et kristisk blikk på teoriene

I denne studien er spesifikke teorier, Fear Avoidance Beliefs model og JDC-support model med instrumentene Fear Avoidance beliefs Questionnaire og Demand-Control-Support Questionnaire som er tilpasset modellene blitt benyttet. Her vil det antas at dette vil ha en påvirkning på funnene i denne studien.

I Fear Avoidance Beliefs modell er foreslått å modifisert. Ved denne modifiseringen ønskes «self-efficacy» lagt til som er en betydningsfull underliggende kognitiv faktor for hvor mye av smerten som medføres funksjonsnedsettelsen (Denison, Åsenlöf, & Lindberg, 2004). Den andre modifiseringen av modellen ønsker å integrere «mindfulness». «Mindfulness» er knyttet til katastrofetanker som er et utgangspunkt i at FAB oppstår (Denison, et al., 2004).

JDC-support er kritisert for å benytte variablene som er for bred og eller som kan forveksles med andre arbeidsegenskaper. Noe som kan føre til mindre presise og unøyaktig tiltak. Det er derfor blitt utviklet tiltak med fokus på jobb og kontroll som inkluderer arbeidets timing og som er tilpasset for bestemte typer jobber. JDC-support er også kritisert for å ikke ta

med individuelle forskjeller som for eksempel egenskapen mestring. Denne egenskapen viser seg å være en buffer i forholdet mellom arbeid og ansattes velvære (Abraham, et al., 2014).

Alternativ kunne Social Cognitive Theory som er en atferdsteori med utspring fra Health Belief Model og Theory of Planned behavior også vært mulig å benytte i denne studien. Social Cognitive Theory forklarer de avgjørende personlig og miljømessige faktorene for å endre en adferd. Hvor «self-efficacy», individets egen vurdering av og tro på sin evne til å utføre en bestemt handling, er en personlig faktor som benyttes som en indikator for smerteadferd (Abraham, et al., 2014).

7.3 Styrker og svakheter

En utfordring i denne studien er at deltagerne har komplekse problemstillinger knyttet til kompleksiteten av plager og ubestemte årsakssammenhenger. Dette er vanskelig å måle (Staff & Nordahl, 2012). I tillegg følger alle deltagerne i studien et ordinært behandlingstilbud på Hernes Institutt, av disse er det en gruppe som deltar på APB. Det vil kunne være vanskelig å identifisere det ordinære behandlingstilbudets påvirkning i tillegg til intervensjonen APB. Derfor er en utfordring med denne studien være Hawthorne-effekten hvor et tiltak er sammensatt av flere elementer. Deler av elementene er hensiktsmessige og bevisst valgt ut, mens andre ikke er det. Både de bevisste og de ubevisste elementene vil kunne bidra til en virkning av intervensjon og ha en mer eller mindre viktig rolle (Skog, 2004).

7.3.1 Styrker

En styrke i studien er at det er benyttet instrumenter som er valide, FABQ (Grotle, Brox, & Vøllestad, 2006) og DCSQ (Sanne, et al., 2005). Instrumentene er valide ved at de måler det de skal måle. Disse er også tilpasset Norge. Instrumentene oppleves også å være reliable og er i stor grad benyttet av andre forskere i flere ulikes studier. I tillegg viser flere av instrumentene god intern konsistens. α er et mål på intern konsistens benyttes for å sjekke ut reliabiliteten til instrumentene i studien som. α til fire av fem instrumenter er over 0,70 (70 %) (Pallant, 2013).

Siden dette er en longitudinell og prospektiv studie er materialet samlet inn på utfallsmål fra samme individ som forekommer flere ganger, og som sørger for muligheten til å skaffe en forståelse av hvordan utfallsmålene endres over tid både individuelt og hos populasjonen. Her er det gjort målinger som måler endringer underveis som vil kunne si noe om når endringen skjer (De Livera, Zaloumis, & Simpson, 2014). I tillegg er det samlet inn mange variabler. Utvalget i studien viser ingen signifikante forskjeller mellom gruppene, ikke mottatt oppfølging og deltager APB, i variablene som beskriver deltagerne. Dette viser et relativt homogent bilde av deltagerne. Dette er en styrke for studien.

Ved bruk av multivariat logistisk regresjon bør man ta høyde for utvalgsstørrelsen, antallet deltagerer i utvalget og antallet prediktorer (uavhengige variabler) man ønsker å inkludere i modellen (Pallant, 2013). Det anbefales ikke mere enn en variabel per tiende respondent. Det kan oppstå problemer i analysen ved få deltagerer med et stort antall prediktorer. Dette bør være ivaretatt i denne studien med et deltager på over 40 og hvor fire variabler benyttes i den logistiske regresjons modellen (Agresti, 2007). Et større data materiale kan bidra til et sterkere resultat i analysen ved logistisk regresjon (Pallant, 2013).

Det er ikke uvanlig med frafall i studier som dette. Ved spørreskjema sendt ut med posten, som med spørreskjemaet *kartlegging etter ett år*, er det ikke uvanlig med svarprosent på ned til 50 % og mindre. Så lenge frafallet er tilfeldig, som det antas å være i denne studien, behøver ikke dette å ha noen konsekvenser (Skog, 2004).

7.3.2 Svakheter

Validitet

Et av fem instrumenter er under α sitt mål på 0,70 (70 %) (Pallant, 2013), dette er en svakhet i denne studien. I studien er spørreskjemaet satt sammen av ulike instrumenter. I tillegg er det et selv-laget instrumenter for kartlegging etter ett år (vedlegg 8), dette instrumentet har en svakhet ved at det ikke er validert (Ringdal, 2007).

For å teste hypoteser er det hensikten å gjennomføre en t-test og analysere avviks prosedyrer. Ved disse analysene vil man alltid kunne stå i fare for å gjøre feil konklusjoner. Det vil alltid være en risiko for å gjøre en feil. Ved type I feil vil man anta at det er forskjeller mellom gruppene, men hvor det ikke er det og man forkaste en null hypotese som er sann, dette fører til en falsk positiv konklusjon (Pallant, 2013; Skog, 2004). Denne feilen kan bli sjeldnere ved å benytte en lavere signifikansgrense (Bjørndal & Hofoss, 2010; Skog, 2004). Type I feil kan reduseres ved å velge et passende alpha nivå, hvor de mest brukte nivåene er 0.05 og 0.01 (Pallant, 2013). Risikoen for å ta feil vil også være tilstede hvis man ikke forkaster null hypotesen. På grunn av tilfeldigheter vises en mindre forskjell i utvalget enn den egentlige forskjellen i populasjonen, en type II feil, hvor overforsiktighet kan føre til en falsk negativ konklusjon. Denne feilen skyldes ofte et for lite utvalg. Et strengt signifikansnivå vil kunne gi fare for en type II feil hvor man da står i fare for å ikke avdekke

en forskjell eller en sammenheng (Skog, 2004). Type I feil og type II feil opptrer alltid samtidig, hvor et større utvalg reduserer faren for denne feilen. I denne studien benyttes en logistisk regresjon hvor man har to grupper (ikke eller i jobb), her ser det ut til at det er relativt få deltagere og derfor vil man kunne stå i fare for å gjøre en feil. Med 43 deltagere i utvalget for de som kommer tilbake i jobb, vil det potensielt være mulig å få en type II feil på grunn av en for svak statistisk effekt. Dette kan føre til at man ikke finner signifikans verdi på grunn av for få deltagere (Bjørndal & Hofoss, 2010).

Reliabilitet

Studien tar utgangspunkt i hva deltagerne har kunnskap om eller mener, selvrapporing. Dette kan være en begrensning siden data som er selvrapporing kan ha unøyaktigheter siden det er basert på deltagerens kunnskap, oppfatning og erfaringer. Det stilles spørsmål om nå tid og tilbake i tid. Å skulle svare på spørsmål om noe som har skjedd tidligere kan være et problem på grunn av glemsel og feilerindring, såkalte «re-call bias», (Hassan, 2005). Denne studien er basert på at deltagerne gir svar på hva de mener eller vet. Deltagerne kan svare det de tror er forventet eller ønsket av dem. I innsamlingen av data var studien delvis finansiert av HERNES Institutt og Helsedirektoratet. Hvis deltagerne svarer det de tror er forventet eller ønsket av dem, kan dette være et problem når oppdragsgiver for forskningen også er den som finansierer hele eller deler av studien. For å unngå dette er deltagerne blitt informert om at alle data ville bli behandlet anonymt (Creswell, 2014).

Ved at denne studien ikke benytter et randomisert kontrollert forsøk kan dette sees på som en svakhet. Deltagerne har selv valgt å delta i studien. Her kan man tenke seg at deltagerne som velger å delta på APB kan ha en høyere forventning om å komme tilbake i jobb etter endt ARR tiltak. Kan det også være slik at de som ønsker et APB har fra før en god kommunikasjon med ledelsen på sin arbeidsplass og derfor velger å delta? Det vil derfor være

vanskelig å måle effekten av intervensjonen. Likevel vil det i studien bli innhentet informasjon om intervensjonen APB.

Generaliserbarhet

Faktorer som påvirker effekten av en test i en gitt situasjon er faktorer som utvalgsstørrelse, effektstørrelsen og alpha nivået satt av forskeren (Pallant, 2013). Ved for lav utvalgsstørrelse (for eksempel 20) bør man være klar over muligheten for at et ikke signifikant resultat kan skyldes utilstrekkelig effekt. Ved en større deltagerstørrelse (for eksempel 100) er ikke effekt noe problem (Stevens, 1996). I denne studien er det et relativt lite utvalg for å generalisere funnene siden utvalget i denne studien ikke representerer alle arbeidstakere i Norge, men en sub-gruppe av dem (Ringdal, 2007).

En svakhet for denne studien er at APB deltagere som byttet jobb eller ble sagt opp i oppfølgingsperioden gikk ut av studien og den videre APB oppfølging. De fikk likevel mulighet til å besvare spørreskjema ett år etter. I studien er det to personer dette gjelder. Det vil kunne påvirke utfallet om to har blitt sagt opp eller byttet jobb og har svart på oppfølgingsskjemaet.

7.4 Implikasjoner og kliniske erfaringer

Gjennom min kliniske erfaring som ergoterapeut ved Hernes Institutt antok jeg at tro på egen bedring og opplevelsen av kontroll ville ha en betydning for prediksjon for å komme tilbake i jobb ett år etter. Hvis min pasient opplever at deres leder ikke uttrykker tro på at man som arbeidstaker vil ha en bedring og komme tilbake i arbeid erfares det ofte at arbeidstakeren, min pasient, ikke gjør det. Braathen et al. (2015) beskriver at deltagerne som

følte at de er ønsket tilbake i jobb oppfatter at deres arbeidsevne var bedret. Holdningen til arbeidsgiveren er en av de mest betydningsfulle omgivelsesfaktorene for om pasienten klarer å komme tilbake i jobb (Otterlei, 2014).

At min pasient opplever kontroll har for meg fremstått som en viktig faktor i det kliniske arbeidet for å lykkes med tilbakekomst i jobb. Som individuelle faktorer vektlegger studien til Otterlei (2014) betydningen av at pasientene på Hernes Institutt eier egen prosess både under oppholdet på Hernes Institutt, i samarbeid med NAV og med arbeidsplassen. Ved å oppleve at man eier egen prosess bør dette kunne sees i sammenheng med opplevelsen av å oppleve kontroll. Å ha kontroll over egen situasjon beskrives i studien til Braathen et al. (2015) som betydningsfullt for å komme tilbake i arbeid etter et sykefravær.

I tillegg antok jeg ut fra tidligere forskning innenfor fagfeltet at deltagerne ville rapportere en redusert FAB. Et av funnene til Strupstad (2011) er at både pasienter ved Rehabiliteringssentret AiR og Hernes Institutt opplever redusert FAB. FAB for arbeid er den viktigste risikofaktoren for å ikke komme tilbake i jobb (Øyeflaten, et al., 2008). En reduksjon av FAB vil bidra til økt aktivitetsnivå, bedret funksjon og bedret bevegelsesmønster (Geisser, et al., 2003) som bør kunne sees på som positive elementer for å komme tilbake eller stå i jobb (Escorpizo, et al., 2011).

Denne studien er en praksis-nær studie som er knyttet til arbeidshverdagen til ergoterapeut på Hernes Institutt. I dagens ordinære ARR tiltak på Hernes Institutt gjennomføres det APB for pasienter. Resultatene fra denne studien bidrar til å tydeliggjøre hva vi som fagarbeidere på Hernes Institutt bør vektlegge i arbeidet vårt ved APB. Ut fra studiens funn har vi spesielt ansvar for å tilrettelegge for pasientenes opplevelse av kontroll i sin arbeidshverdag. Et viktig mål med å intervensere mot arbeidsplass og arbeidsgiver i et ARR forløp vil også være å bidra til at pasientene opplever en reduksjon av FAB og

tilrettelegge for tro på egen bedring for å bistå pasienten tilbake i jobb etter endt rehabilitering.

8. Konklusjon

Hensikten med studien var å gi en beskrivelse av hvem som fikk APB ved Hernes Institutt, det vil bli undersøkt om APB deltagerne kom tilbake i jobb, undersøkt om APB deltakerne viste noen endring i over de seks månedene oppfølgingen varte og mellom baseline og seks måneder, og om det var forskjellig for de som kom tilbake i jobb eller ikke. Til slutt ble det undersøkt om fear-avoidance beliefs for fysisk aktivitet og arbeid, opplevd krav, opplevd kontroll, opplevd belastning og opplevd sosial støtte, jobbtrivsel og tro på egen bedring predikerte hvem som kom tilbake i jobb.

APB deltagerne skiller seg i liten grad ut fra tidligere undersøkelser gjort av pasienter som deltar i ett arbeidsrettet rehabiliterings tiltak ved Hernes Institutt. APB deltagerne og de som ikke fikk oppfølging har lav sosioøkonomisk status og jobber innenfor håndverk og manuelt arbeid. Etter ett år hadde sirka halvparten kommet tilbake i jobb for de som deltok på APB. Om dette er et bra resultat er vanskelig å si noe om på grunn av få studier gjort på deltagerne ved APB ved døgnbasert arbeidsrettet rehabiliterings tiltak i spesialisthelsetjenesten. Med tanke på APB deltakernes lave sosioøkonomiske status vet man at prognosen for å komme tilbake i jobb er relativt lav. Kontroll over eget arbeid ved 6 måneder for deltagerne ved APB er den viktigste faktoren predikerer for tilbakekomst i jobb. I det kliniske arbeidet for å fremme tilbakeføring til arbeid vil det for ergoterapeutene og de andre fagpersonene ved en arbeidsrettet rehabiliterings institusjon som Hernes Institutt være viktig å bidra til at pasienten opplever å ha kontroll over egen jobbsituasjon når de skal tilbake i jobb. I det

kliniske arbeidet vil det også kunne være viktig å forsterke arbeidet for at pasientene opplever tro på egen bedring og redusert fear-avoidance beliefs. I kartleggingen av pasienter i arbeidsrettet rehabiliterings bør opplevelsen av kontroll, fear-avoidance beliefs og tro på egen bedring kunne brukes for å evaluere hvor sannsynlig det er at en pasient til å komme tilbake til jobb.

 Dette er den første studien som ser på et systematisk og utvidet APB som intervensjon ved ARR tiltak i Norge. Denne studien gir ny kunnskap om APB som en ARR intervensjon. Det vil være behov for å gjøre flere og større studier for å kunne identifisere hva som predikerer for å komme tilbake i jobb med APB som en intervensjon ved et arbeidsrettet rehabiliterings tiltak.

Referanser

Aas, R. W. (2007). EVA- Ergonomi v2:Et verktøy for ergonomisk arbeidsplassvurdering.

Stavanger: International Research Institute of stavanger, IRIS.

Aas, R. W. (2009). *Raskt tilbake: kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte* Oslo:

Gyldendal Akademisk.

Aas, R. W., Merkus, S. & Kiær, E. (2009). *Ergoterapeuters og fysioterapeuters råd og anbefalinger om tilrettelegging på arbeidsplassen (IRIS rapport 042, 2009).*

Tilrettelegging på arbeidsplassen for ansatte med muskle- og skjelettplager.

Lokalisert 01.03 2015, på

[http://gammelweb.iris.no/internet/student.nsf/199f312efd2a0cacc125680e00635b85/8f457022effba980c1257b2b002b86be/\\$FILE/IRIS%202009-042.pdf](http://gammelweb.iris.no/internet/student.nsf/199f312efd2a0cacc125680e00635b85/8f457022effba980c1257b2b002b86be/$FILE/IRIS%202009-042.pdf)

Abraham, C., Conner, M., Fiona, J. & O'Connor, D. (2014). *Health Psychology. Topics in Applied Psychology*. New York: Routledge.

Agresti, A. (2007). *Categorical Data Analysis*, . New York: NY:Wiley.

Ahlstrom, L., Hagberg, M. & Dellve, L. (2012). Workplace rehabilitation and supportive conditions at work: a prospective study. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 248-260. Lokalisert på

<http://download.springer.com/static/pdf/580/art%253A10.1007%252Fs10926-012-9391->

[z.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10926-012-9391-](http://download.springer.com/static/pdf/580/art%253A10.1007%252Fs10926-012-9391-)

[z&token2=exp=1459769043~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F580%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10926-012-9391-](http://download.springer.com/static/pdf/580/art%253A10.1007%252Fs10926-012-9391-)

[z.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%25](http://download.springer.com/static/pdf/580/art%253A10.1007%252Fs10926-012-9391-)

[2F10.1007%252Fs10926-012-9391-](https://doi.org/10.1007/s10926-012-9391-z)

[z*~hmac=1faa0401412557698a78307035e67121a79228fffb9cda4ecf08821b6d7c47](https://doi.org/10.1007/s10926-012-9391-z)

5

Andersson, H. I. (2004). The course of non-malignant chronic pain: a 12-year follow-up of a cohort from the general population. *European Journal of Pain*, 8(1), 47-53. Lokalisert på [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1090-3801\(03\)00064-8/epdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1090-3801(03)00064-8/epdf)

Anema, J. R., Steenstra, I. A., Bongers, P. M., de Vet, H. C. W., Knol, D. L., Loisel, P. et al. (2007). Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine*, 32(3), 291-298.

Arbeid- og velferdsforvaltningen. (2006, 27.02.2015). *Gradert sykemelding*. Lokalisert 14.03. 2016, på

<https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Sykmeldt,+arbeidsavklaringspenger+og+yrkesskade/Relatert+informasjon/gradert-sykmelding>

Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2006-2007). *Arbeid, velferd og inkludering* (St.meld.nr 9). Lokalisert på

<https://www.regjeringen.no/contentassets/35077d66b65349118f79ee74beb0ade7/no/pdfs/stm200620070009000dddpdfs.pdf>.

Arbeids- og sosialdepartementet. (2008). *Forskrift om arbeidsrettet tiltak mv*

Arbeidsdepartementet. (2013). *Flere i arbeid*. (Meld. St. 46, 2012-2013). Lokalisert på

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-46-20122013/id733259/?ch=1&q=>.

Arbeidsdepartementet. (2001). *Fra bruker til borger* (NOU 2001:22). Lokalisert på

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2001-22/id143931/?docId=NOU200120010022000DDDEPIS&ch=1&q=>.

. *Arbeidsmiljøloven LOV-2015-12-18-104*. (2015). Lokalisert på

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>.

Bergene, A. C. (2012). *Færre på vei ut : en analyse av de som er usikre på sin tilknytning til*

arbeidslivet. Lokalisert 05.01 2016, på <http://evaluering.nb.no/eval->

[utlevering/innhold/URN:NBN:no-nb_overfordokument_2846_Eval_0/pdf](http://evaluering.nb.no/eval-utlevering/innhold/URN:NBN:no-nb_overfordokument_2846_Eval_0/pdf)

Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2010). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2 utg.). Oslo:

Gyldendal akademisk.

Bollingmo, L., Høium, K. & Johnsen, B.-E. (2004). Brukermedvirkning, kunnskap og

handling. I L. Bollingmo, K. Høium & B.-E. Johnsen (Red.), *Det er mitt liv*.

Brukermedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering (s. 25-153).

Oslo: Universitetsforlaget.

Braathen, T. N., Eftedal, M., Tellnes, G. & Haugli, L. (2015). Work inclusion: self-perceived

change in work ability among persons in occupational rehabilitation. *Vulnerable*

Groups & Inclusion, 6, 1-25. Lokalisert på

<http://www.societyhealthvulnerability.net/index.php/shv/article/view/26624/39195>

doi:10.3402/vgi.v6.26624

Braathen, T. N., Veiersted, K. B. & Heggnes, J. (2007). Improved work ability and return to

work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long-term

sick leave. *Journal of rehabilitation medicine*, 39(6), 493-499. Lokalisert på

[http://www.ingentaconnect.com/content/mjl/sreh/2007/00000039/00000006/art00010?](http://www.ingentaconnect.com/content/mjl/sreh/2007/00000039/00000006/art00010?crawler=true)

[crawler=true](http://www.ingentaconnect.com/content/mjl/sreh/2007/00000039/00000006/art00010?crawler=true) doi:10.2340/16501977-0081

Brennbekken, R., Eriksen, H. R., Grasdahl, A., Harris, A., Hagen, E. M. & Tangen, T. (2016).

Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary

Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. *Journal of*

occupational rehabilitation, 1-10. Lokalisert på

http://download.springer.com/static/pdf/655/art%253A10.1007%252Fs10926-016-9634-5.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10926-016-9634-5&token2=exp=1461072594~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F655%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10926-016-9634-5.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs10926-016-9634-5*~hmac=763ff7f87e63529e1451f75fb61e365e0270ec50ff9dcdaa259df0debbdf40206
doi:10.1007/s10926-016-9634-5

Bruusgaard, D. & Claussen, B. (2010). Ulike typer sykefravær. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 130(18), 1834. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/2016721>
doi:10.4045/tidsskr.10.0541

Bültmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T. & Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 19(1), 81-93. Lokalisert på <http://link.springer.com/article/10.1007/s10926-009-9162-7#/page-1>
doi:10.1007/s10926-009-9162-7

Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J. & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability & Rehabilitation*, 32(8), 607-621. Lokalisert på <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/09638280903186301>
doi:10.3109/09638280903186301

Christophersen, K.-A. (2009). *Databehandling og statistisk analyse med SPSS* (4 utg.). Oslo: Unipub.

Cohen, J. W. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4 utg.). Los Angeles, Calif: SAGE.

Dahl, E., Wel, K. A. v. d., Harsløf, I. & Helsedirektoratet. (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Lokalisert 01.03 2015, på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/28/Arbeid-helse-og-sosial-ulikhet-IS-1774.pdf>

De Livera, A. M., Zaloumis, S. & Simpson, J. A. (2014). Models for the analysis of repeated continuous outcome measures in clinical trials. *Respirology*, 19(2), 155-161. Lokalisert på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/resp.12217/epdf>
doi:10.1111/rsp.12217

Denison, E., Åsenlöf, P. & Lindberg, P. (2004). Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain*, 111(3), 245-252. Lokalisert på <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395904003173>
doi:10.1016/j.pain.2004.07.001

Dooris, M. & Hunter, D. J. (2007). Organisations and settings for promoting public health. I C. E. Lloyd, S. Handsley, J. Douglas, S. Earl & S. Spurr (Red.), *Policy and practice in promoting public health* (s. 95-125). London: SAGE ; The Open University.

Ebeltoft, A. (1992). *Psykososialt arbeidsmiljø i praksis*. Lokalisert, på <http://www.nb.no/nbsok/nb/2e20a356714adafb96bb8b30915d2725.nbdigital?lang=no#0>

Escorpizo, R., Reneman, M. F., Ekholm, J., Fritz, J., Krupa, T., Marnetoft, S.-U. et al. (2011).

A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 126-133.

Lokalisert på

http://download.springer.com/static/pdf/841/art%253A10.1007%252Fs10926-011-9292-6.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10926-011-9292-6&token2=exp=1446112231~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F841%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10926-011-9292-6.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs10926-011-9292-6*~hmac=0384004c32467e8c926a11c43e028b3b34a30a193a444340596536038977cb
[doi:10.1007/s10926-011-9292-6](http://dx.doi.org/10.1007/s10926-011-9292-6)

Fagrådet for AiR. (2011). *Kvalitetsmål for forløp innen arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*. Lokalisert 10.10 2015, på

http://arena.arbeidoghelse.no/sites/default/files/Kvalitetsm%C3%A5l%20i%20arbeidsrettet%20rehabilitering_0.pdf

Falkdal, A. H. (2005). *Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete: viktiga faktorer för tidig bedömning*. Doktorgradsavhandling, Uppsala. Lokalisert på <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:143891/FULLTEXT01>

Falkdal, A. H. (2007). Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete - viktiga faktorer för tidig bedömning. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 5, 411-418. Lokalisert på <http://socialmedicinsktidsskrift.se/smt/index.php/smt/article/view/576/396>

- Finland, M. S., Vasseljen, O., Gismervik, S., Rise, M. B., Halsteinli, V., Jacobsen, H. B. et al. (2014). Occupational rehabilitation programs for musculoskeletal pain and common mental health disorders: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC public health*, 14(1), 368. Lokalisert på <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-14-368.pdf>
- Finger, M. E., Escorpizo, R., Glässel, A., Gmünder, H. P., Lückenkemper, M., Chan, C. et al. (2012). ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. *Disability and rehabilitation*, 34(5), 429-438. Lokalisert på <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c362d76c-9007-4e04-a516-d478fc40b7b4%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4206>
doi:10.3109/09638288.2011.608145
- Finlay L. (2007). Qualitative research towards public health. I S. Earle, C. E. Lloyd, M. Sidell & S. Spurr (Red.), *Theory and Research in Promoting Public Health* (s. 273-296). London: SAGE Publications.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten Helsetilstanden i Norge. Helsetilstanden i Norge*. Lokalisert 10.10 2015, på <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>
- . *Folkehelse loven LOV-2011-06-24-29* (2013). Lokalisert på <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>.
- . *Folketrykdeloven LOV-2015-12-18-105*. (2015). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>.
- Franche, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S. & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 607-631. Lokalisert på <http://link.springer.com/article/10.1007/s10926-005-8038-8#page-1>
doi:10.1007/s10926-005-8038-8

- Fritz, J. M. & George, S. Z. (2002). *Identifying psychosocial variables in patients with acute work-related low back pain: the importance of fear-avoidance beliefs. Physical Therapy*. Lokalisert 05.01 2016, på <http://ptjournal.apta.org/content/ptjournal/82/10/973.full.pdf>
- 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. Lokalisert på <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395901003335>
doi:10.1016/S0304-3959(01)00333-5
- Gatchel, R. J., Neblett, R., Kishino, N. & Ray, C. T. (2016). Fear-avoidance beliefs and chronic pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 46(2), 38-43.
- Geisser, M., Robinson, M., Miller, Q. & Bade, S. (2003). Psychosocial Factors and Functional Capacity Evaluation Among Persons with Chronic Pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(4), 259-276. Lokalisert på http://download.springer.com.ezproxy.hihm.no/static/pdf/37/art%253A10.1023%252FA%253A1026272721813.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1023%2FA%3A1026272721813&token2=exp=1459775928~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F37%2Fart%25253A10.1023%25252FA%25253A1026272721813.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1023%252FA%253A1026272721813*~hmac=a96e9d5df79377047ef516bca7bf932542f19e69a76d369976bebac8a455438a doi:10.1023/A:1026272721813
- Grotle, M., Brox, J. I. & Vøllestad, N. K. (2006). Journal of rehabilitation medicine.
- Grotle, M., Vøllestad, N. K., Veierød, M. B. & Brox, J. I. (2004). Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. *Pain*, 112(3), 343-352. Lokalisert på

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395904004488>

doi:10.1016/j.pain.2004.09.020

Hagen, E. M., Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2000). Does Early Intervention With a Light Mobilization Program Reduce Long-Term Sick Leave for Low Back Pain? *Spine*, 25(15), 1973-1976. Lokalisert på

http://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/2000/08010/Does_Early_Intervention

[With_a_Light_Mobilization.17.aspx](http://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/2000/08010/Does_Early_Intervention_With_a_Light_Mobilization.17.aspx) doi:10.1097/00007632-200008010-00017

Hallegraeff, J. M., Krijnen, W. P., van der Schans, C. P. & de Greef, M. H. (2012).

Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 58(3), 165-172. Lokalisert på [http://ac.els-](http://ac.els-cdn.com/S1836955312701078/1-s2.0-S1836955312701078-main.pdf?_tid=3d387e64-ea8f-11e5-a96b-00000aab0f6c&acdnat=1458033843_ba92b63401eaadefb6447141e03c80cd)

[cdn.com/S1836955312701078/1-s2.0-S1836955312701078-main.pdf?_tid=3d387e64-ea8f-11e5-a96b-](http://ac.els-cdn.com/S1836955312701078/1-s2.0-S1836955312701078-main.pdf?_tid=3d387e64-ea8f-11e5-a96b-00000aab0f6c&acdnat=1458033843_ba92b63401eaadefb6447141e03c80cd)

[00000aab0f6c&acdnat=1458033843_ba92b63401eaadefb6447141e03c80cd](http://ac.els-cdn.com/S1836955312701078/1-s2.0-S1836955312701078-main.pdf?_tid=3d387e64-ea8f-11e5-a96b-00000aab0f6c&acdnat=1458033843_ba92b63401eaadefb6447141e03c80cd)

Hassan, E. (2005). Recall Bias can be a Threat to Retrospective and Prospective Research Designs. *The Internet Journal of Epidemiology*, 3, 1-7. Lokalisert på

<http://print.ispub.com/api/0/ispub-article/13060>

Haugen, K., Strupstad, J. H., Kristoffersen, O. J., Teige, H. N. & Ihlebaek, C. (2011). Har oppfølging og arbeidsplassbesøk ved Hernes Institutt betydning for om pasientene kommer tilbake i jobb eller ikke? *Ergoterapeuten*, 3, 32-37. Lokalisert på

[http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUK
Ewi6oI2au73MAhWDE5oKHYMaBn8QFggtMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.ergoterapeuten.no%2FAdmin%2FPublic%2FDownload.aspx%3Ffile%3DFiles%252FFiles%252FFagartikler%252FArbeidsplassbesok_Hernes.pdf&usg=AFQjCNHJFM9nlAF
QzY25pKfPZrCq-hzTXg&bvm=bv.121070826,d.bGs&cad=rjt](http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwi6oI2au73MAhWDE5oKHYMaBn8QFggtMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.ergoterapeuten.no%2FAdmin%2FPublic%2FDownload.aspx%3Ffile%3DFiles%252FFiles%252FFagartikler%252FArbeidsplassbesok_Hernes.pdf&usg=AFQjCNHJFM9nlAFQzY25pKfPZrCq-hzTXg&bvm=bv.121070826,d.bGs&cad=rjt)

- Haugen, K., Strupstad, J. H., Kristoffersen, O. J., Teige, H. N., Lillefjell, M. & Ihlebaek, C. (2012). *Har oppfølging på arbeidsplass betydning for tilbakeføring i jobb? -En skreddersydd samtidighet i praksis* Lokalisert, på <http://hernes-institutt.no/publikasjoner/>
- Haugli, L. (2010). Arbeidsrettet rehabilitering i Norge i dag–hvor står vi og hvor går vi? *Utposten Stiftelsen, 4*, 2-8. Lokalisert på https://teora.hit.no/bitstream/handle/2282/1262/Arbeidsrettet_rehabilitering.pdf?sequence=1
- Haugli, L., Maeland, S. & Magnussen, L. H. (2011). What facilitates return to work? Patients experiences 3 years after occupational rehabilitation. *Journal of occupational rehabilitation, 21*(4), 573-581. Lokalisert på <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-011-9304-6>. doi:10.1007/s10926-011
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Ansvar og meistring* (St.meld. nr. 21 1998-99). Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/?docId=STM199819990021000DDDEPIS&ch=1&q=>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar.* (Meld. St. 34, 2012-2013). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>.
- Hogstedt, C., Theorell, T. & Marklund, M. (2004). *Deltidssjukskrivning -Individ, arbeidsplats och hälsa*. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut.
- Huge, L. & Kann, I. (2007). Hva betyr alders- og kjønns sammensetningen for sykefraværet? *Arbeids- og velferdsdirektoratet. Arbeid og velferd, 1*, 12-15. Lokalisert på <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og>

[+velferd/Arbeid+og+velferd/hva-betyr-alders-og-kj%C3%B8nssammensetningen-for-sykefrav%C3%A6ret](#)

Hunskår, S. (2003). *Allmennmedisin* (Vol. 2). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Hunskår, S., Fosse, A., Hetlevik, I., Hjortdahl, P., Holtedal, K. & Sandvik, H. (2002).
Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Akademiske, Oslo.

Hutcheson, G. D. & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist : introductory statistics using generalized linear models*. London: Sage.

Ibrahim, R. Z. A. R. & Ohtsuka, K. (2012). Review of the Job Demand-Control and Job Demand-Control-Support models: Elusive moderating predictor effects and cultural implications. *Southeast Asia Psychology Journal*, 1, 10-21. Lokalisert på
<http://www.cseap.edu.my/sapj/index.php/journal/singleJournal/2>

Jacobsen, H. B., Bjørngaard, J. H., Borchgrevink, P. C., Woodhouse, A., Fimland, M. S., Hara, K. W. et al. (2015). Describing patients with a duration of sick leave over and under one year in Norway. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 22(1), 72-80. Lokalisert på
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/11038128.2014.957241>
doi:10.3109/11038128.2014.957241

Johannessen, A. (2003). *Introduksjon til SPSS : basismodulen, versjon 10 og 11*. Oslo: Abstrakt forlag.

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American journal of public health*, 78(10), 1336-1342. Lokalisert på

<http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.78.10.1336>

doi:10.2105/AJPH.78.10.1336

Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308. Lokalisert på

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4867016-10f7-4cb5-956d-e2b2ddf807bf%40sessionmgr114&vid=1&hid=128>

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., Amick, B. et al. (1998).

The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. Lokalisert på

<http://psycnet.apa.org.ezproxy.hihm.no/journals/ocp/3/4/322.pdf> doi:10.1037/1076-8998.3.4.322

Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H. et al.

(2003). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. *Cochrane Database Systematic Review*, (2). Lokalisert på

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002193/epdf/standard>

doi:10.1002/14651858.CD002193

Kilsgaard, J. & Labriola, M. (2011). Arbeidsrettet rehabilitering - fra teori til praksis. I L.

Kern-Hansen, R. L. Jepsen & S. Hald (Red.), *Lærebog i arbejds miljø* (Vol. 1, s. 221-236). København: Munksgaard

Knardahl, S. (2010). *Sykefravær har årsak i individet, i virksomheten og i samfunnet*.

Lokalisert, på <http://stami.no/sykefravar-har-arsaker-i-individet-i-virksomheten-og-i-samfunnet>

Knardahl, S. & Keeping, D. (1998). *Kropp og sjel : psykologi, biologi og helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kostøl, A. R. & Telle, K. (2011). Sykefraværet i Norge de siste tiårene. Det handler om kvinnene. 4-14. Lokalisert på

http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/178090/Kost%20Telle_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Labriola, M. & Lund, T. (2011). Arbeidsmiljø og sykefravær. I L. Kern-Hansen, R. L. Jepsen & S. Hald (Red.), *Lærebog i arbeids miljø* (Vol. 1, s. 155-166). København: Munksgaard.

Labriola, M., Thielen, K., Eplov, L. F. & Nielsen C.V. (2014). Arbeidsrettet rehabilitering. *Ugeskrift for Læger 176/10*, 948-950.

Landstad, B. J., Wendelborg, C. & Hedlund, M. (2009). Factors explaining return to work for long-term sick workers in Norway. *Disability & Rehabilitation*, 31(15), 1215-1226.

Lokalisert på <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=16430c59-df8f-4b01-bb88-3c7ea4914de8%40sessionmgr120&vid=1&hid=101>

doi:10.1080/09638280802510999

Lillefjell, M., Krokstad, S. & Espnes, G. (2006). Factors Predicting Work Ability Following Multidisciplinary Rehabilitation for Chronic Musculoskeletal Pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(4), 543-555. Lokalisert på

[http://download.springer.com.ezproxy.hihm.no/static/pdf/509/art%253A10.1007%252Fs10926-005-9011-](http://download.springer.com.ezproxy.hihm.no/static/pdf/509/art%253A10.1007%252Fs10926-005-9011-2.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10926-005-9011-2&token2=exp=1447231639~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F509%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10926-005-9011-2)

[2.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10926-005-9011-](http://download.springer.com.ezproxy.hihm.no/static/pdf/509/art%253A10.1007%252Fs10926-005-9011-2.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10926-005-9011-2&token2=exp=1447231639~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F509%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10926-005-9011-2)

[2&token2=exp=1447231639~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F509%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10926-005-9011-](http://download.springer.com.ezproxy.hihm.no/static/pdf/509/art%253A10.1007%252Fs10926-005-9011-2.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10926-005-9011-2&token2=exp=1447231639~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F509%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10926-005-9011-2)

[2.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs10926-005-9011-2*~hmac=d2969cf11ae7a5c915b6465277887e65fc1ca5446486222eab1b5d41f7155a5](https://doi.org/10.1007/s10926-005-9011-2)
[doi:10.1007/s10926-005-9011-2](https://doi.org/10.1007/s10926-005-9011-2)

- Loisel, P., Abenham, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L. et al. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22(24), 2911-2918.
- Loisel, P., Durand, P., Abenham, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J. et al. (1994). Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine*, 51(9), 597-602.
- Lund, T., Labriola, M. & Villadsen, E. (2007). Who is at risk for long-term sickness absence? A prospective cohort study of Danish employees. *Work (Reading, Mass.)*, 28(3), 225-230.
- Markussen, S., Mykletun, A. & Røed, K. (2012). The case for presenteeism—Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics*, 96(11), 959-972.
- Marnetoft, S.-U. (2015). Vocational Rehabilitation. I Reuben Escorpizo, Sören Brage, Debra Homa & G. Stucki (Red.), *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation. Application and Implementation of the ICF* (s. 73-103). Switzerland: Springer.
- Mettavainio, B., I & Ahlgren, C. (2004). Facilitating Factors for Work Return in Unemployed with Disabilities: Aqualitative Study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11 no 1, 11-25.
- Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. (2015). *Arbeidsrettet Rehabilitering*. Lokalisert 12.06 2015, på <http://arbeidoghelse.no/arbeidsretta-rehabilitering/oversikt-arr-program-og-raskare-tilbake-tilbud>

- Nygaard, H. (2015). *Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2014*. Lokalisert 02.03 2016, på https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCMQFjAB&url=https%3A%2F%2Fwww.nav.no%2Fno%2FNNAV%2Bog%2Bsamfunn%2FStatistikk%2FSykefravar%2B-%2Bstatistikk%2FSykefravar%2F_attachment%2F409858%3F_download%3Dtrue%26_ts%3D14c08a13970&ei=GIVDVaOXEYKosAHOsoGoAg&usg=AFQjCNFwt_2455r2FwWtxi5De8SV4sOsOg&bvm=bv.92189499,d.bGg&cad=rjt
- Odeen, M., Magnussen, L., Maeland, S., Larun, L., Eriksen, H. & Tveito, T. (2012). Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occupational Medicine*, 63(1), 7-16. Lokalisert på <https://occm.oxfordjournals.org/content/63/1/7.full.pdf+html> doi:10.1007/s10926-013-9451-z
- Olsson, D., Alexanderson, K. & Bottai, M. (2015). What positive encounters with healthcare and social insurance staff promotes ability to return to work of long-term sickness absentees? *Scandinavian journal of public health*, 44(1), 91-97. doi: 10.1177/1403494815608098
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Reve, S. H., Mandal, R., Jensberg, H. & Lippestad, J. (2012). *Sykefravær – gradering og tilrettelegging*. Lokalisert 02.03 2016, på https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/sintef_rapport_a22397-sykefrav-gradering_og_tilrettelegging.pdf
- Otterlei, T. (2014). «Jeg skulle i jobb - det var ingen alternativ» *Veien tilbake til arbeid - En kvalitativ studie av pasienters erfaringer 3 år etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold* (Masteroppgave), Elverum. Lokalisert på <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/221017/1/Otterlei.pdf>

Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5 utg.). Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press.

. *Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63*. (2015). Lokalisert på

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.

Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R. & Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161. Lokalisert på

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=308df6e2-ed06-4a98-812c-5faa74cb046d%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4207>

doi:10.1207/s15327752jpa5701_17

Proba samfunnsanalyse. (2014). *Internasjonal sammenligning av sykefravær. Delrapport 1*.

Utarbeidet for Arbeidsdepartementet. Lokalisert 05.08 2015, på

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/rapporter/rappo-rt-2014-03-internasjon-sammenligning-av-sykefravaer.pdf>

Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode [Unity and Diversity. Social Science research and qualitative methods]* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Røset, L. (2014). «Ingen har godt av å bare gå der og vente» *Tilværelsen uten arbeid -En kvalitativ studie av pasienters erfaringer 3 år etter et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold*. (Masteroppgave), Elverum. Lokalisert på

<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/221021/1/R%C3%B8set.pdf>

Saglie, T., Haavorsen, P., Heum, I. & Hernes, T. (2010). *Arbeidsinkludering : om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sanne, B., Torp, S., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2005). The Swedish Demand-Control-Support Questionnaire (DCSQ): factor structure, item analyses, and internal

- consistency in a large population. *Scandinavian journal of public health*, 33(3), 166-174.
- Schaafsma, F., Schonstein, E., Ojajärvi, A. & Verbeek, J. (2011). Physical conditioning programs for improving work outcomes among workers with back pain (Review). *Scandinavian journal of work, environment & health*, 37(1), 1-5. doi: 0.5271/sjweh.3078
- Selander, J., Marnetoft, S.-U., Bergroth, A. & Ekholm, J. (2002). Return to work following vocational rehabilitation for neck, back and shoulder problems: risk factors reviewed. *Disability and rehabilitation*, 24(14), 704-712.
- Shaw, W. S., Kristman, V. L. & Vézina, N. (2013). Workplace issues. I P. Loisel & J. R. Anema (Red.), *Handbook of work disability: Preventing and Management* (s. 163-182). New York: Springer. (Lokalisert på http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-6214-9_11#page-1).
- Skog, O.-J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener : en regresjonsbasert tilnærming* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skoglund, T. (2013). Fra jordbruk til tjenester. *Økonomiske analyser*, 5, 53-55. Lokalisert på <http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/attachment/152574?ts=142c712cb58>
- Slettebø, T. (2002). Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid *Profesjon og fag - sosionomkompetanse i utvikling* (s. 59-70). Volda: Seksjonsrådet for sosionomer i Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere.
- Solvang, P. K. & Slettebø, Å. (2012). *Rehabilitering : individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Lokalisert 05.08 2015, på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/280/Gradientutfordringen-sosial-og-helsedirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse-IS-1229.pdf>

- Staff, P. H. & Nordahl, H. M. (2012). *Når plager blir sykdom: kognitiv behandling ved sammensatte lidelser* (2. utg. utg.). Kristiansand: Cappelen Damm høyskoleforlag.
- Statistisk sentralbyrå. (2015). *Lønn for ansatte i industri, 1. oktober 2014*. Lokalisert 29.03 2016, på <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/lonnind/aar/2015-01-21>
- Statistisk Sentralbyrå. (2016). *Lønn, alle ansatte, 2015*. Lokalisert 08.03 2016, på <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/lonnansatt/aar/2016-03-03>
- Steinkellner, A. (2015). *Befolkningens utdanningsnivå og arbeidsmarkedsstatus*. Lokalisert, på <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/attachment/221318?ts=14c123524d8>
- Stevens, J. P. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3 utg.). NJ: Lawrence Erlbaum: Mahwah.
- Strupstad, J. H. (2010). "Uspesifikke kroniske smertetilstander satt i en biopsykososial sammenheng" og " Forskjeller mellom Hernes Institutt og Attføringscenteret i Rauland, to institusjoner innen arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Utvikling av subjektiv helse, egenopplevd funksjon og frykt for smerter like før, like etter og 3 måneder etter behandling. En kvantitativ studie". (Mastergrad). Lokalisert på http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/267747/405199_FULLTEXT01.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Strupstad, J. H. (2011). Arbeidsrettet rehabilitering i Norge. *Utposten*, 3, 26-32. Lokalisert på http://www.barneselskap.no/Portals/14/Utposten11/UP11_3/26_32_arbeidsrettet%20rehabilitering_Utp_3_2011.pdf
- Svensen, R. A. (2011). Fear-avoidance beliefs and associated characteristics. *Fysioterapeuten*, 10, 20-26.

- Sørensen, I. (2014). *Pasienters opplevelser av arbeidstrening i arbeidsrettet rehabilitering*. (Mastergrad). Lokalisert på <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/221023/1/S%C3%B8rensen.pdf>
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics* (6th ed., new international ed. utg.). Harlow: Pearson.
- Tellnes, G. (1989). Sickness certification in general practice: a review. *Family Practice*, 6(1), 58-65.
- Theorell, T., Karasek, R. & Eneroth, P. (1990). Job strain variations in relation to plasma testosterone fluctuations in working men—a longitudinal study. *Journal of internal medicine*, 227(1), 31-36.
- Theorell, T., Karasek, R. A. & Quick, J. C. (1996). Current Issues Relating to Psychosocial Job Strain and Cardiovascular Disease Research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9-26. doi: 10.1037/1076-8998.1.1.9
- Torp, S. (2005). Atferdsteoretiske perspektiv på forebygging av muskel-og skjelettplager. *Fysioterapeuten*, 87(4), 16-21.
- Torp, S. (2013). Hva er helsefremmende arbeidsplasser—og hvordan skapes det? *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(6), 768-779. Lokalisert på <http://www.socialmedicinsktidskrift.se/smt/index.php/smt/article/view/1051/866>
- Tveito, T. H., Halvorsen, A., Lauvålien, J. V. & Eriksen, H. R. (2002). Room for everyone in working life? 10% of the employees—82% of the sickness leave. *Norsk Epidemiologi*, 12(1), 63-68. Lokalisert på https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/1897/Norsk_epidemiologi_2002_12%281%2963-68.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Van Oostrom, S. H. & Boot, C. R. L. (2013). Handbook of work disability. I P. Loisel & J. R. Anema (Red.), *Prevention and management*. (s. 335-354). New York: Pringer Science Business Media.

van Vilsteren, M., van Oostrom, S. H., de Vet, H. C. W., Franche, R.-L., Boot, C. R. L. & Anema, J. R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10. Lokalisert på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006955.pub3/epdf>
doi:10.1002/14651858.CD006955.pub3

Vowles, K. E. & Gross, R. T. (2003). Work-related beliefs about injury and physical capability for work in individuals with chronic pain. *Pain*, 101(3), 291-298. Lokalisert på <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395902003378>
doi:10.1016/S0304-3959(02)00337-8

Waddell, G., Burton, A. & Kendall, N. (2008). *Vocational rehabilitation—what works, for whom, and when?* Lokalisert, på <http://eprints.hud.ac.uk/5575/1/waddellburtonkendall2008-VR.pdf>

Waddell, G. & Burton, A. K. (2001). Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occupational medicine*, 51(2), 124-135. Lokalisert på <http://occmmed.oxfordjournals.org/content/51/2/124.full.pdf+html>

Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* Lokalisert, på https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=bEZIEmznJccC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Is+work+good+for+your+health+and+well-being%3F&ots=8LGM734VNz&sig=7sYv2rNNHudtwMTCobNNsnwZSU&redir_esc=y#v=onepage&q=Is%20work%20good%20for%20your%20health%20and%20well-being%3F&f=false

- 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 1. *Pain*, 52(2), 157-168.
- Wigers, S. H. & Finset, A. (2007). Rehabilitering ved kroniske myofascielle smertetilstander. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 5, 604-608. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2007/604-8.pdf>
- Wilkinson, R. G. & Marmot, M. G. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. København: World Health Organization, Regional Office for Europe
- Wilson, S. R., Strub, P., Buist, A. S., Knowles, S. B., Lavori, P. W., Lapidus, J. et al. (2010). Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 181(6), 566-577. Lokalisert på <http://search.proquest.com/docview/199638640/fulltextPDF/A1A2C3C6851F4EF2PQ/1?accountid=42560> doi:10.1164/rccm.200906-0907OC
- Wåhlin, C., Ekberg, K., Persson, J., Bernfort, L. & Öberg, B. (2012). Association between clinical and work-related interventions and return to work for patients with musculoskeletal or mental disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(4), 355-362. Lokalisert på <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0951> doi:10.2340/16501977-0951
- Øyeflaten, I., Hysing, M. & Eriksen, H. R. (2008). Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *Journal of rehabilitation medicine*, 40(7), 548-554. Lokalisert på <http://medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0202>
doi:10.2340/16501977-0202

Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C. M. & Eriksen, H. R. (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. Lokalisert på http://download.springer.com/static/pdf/575/art%253A10.1007%252Fs10926-013-9466-5.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1007%2Fs10926-013-9466-5&token2=exp=1459796750~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F575%2Fart%25253A10.1007%25252Fs10926-013-9466-5.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1007%252Fs10926-013-9466-5*~hmac=66ffb63e8a4427eed8e4bc53a631cf4ba28100de482598cdcbed8955cf9cdd3c
doi:10.1007/s10926-013-9466-5

Vedlegg

Vedlegg 1: Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”UTVIDET EKSTERN MØTEVIRKSOMHET HOS STIFTELSEN HERNES INSTITUTT - ARBEID SOM HELSE”

Bakgrunn og hensikt:

Dette er et spørsmål til deg som er pasient på Stiftelsen Hernes Institutt (HI) om å delta i et prosjekt der vi ønsker å evaluere et nytt og utvidet tilbud som skal settes i gang ved HI. Resultater fra forskning og pasientenes tilbakemeldinger til oss viser at et økt fokus på arbeidsforholdet står helt sentralt i en rehabiliteringssituasjon. I dette prosjektet ønsker vi derfor å utvide det vanlige tilbudet på HERNES INSTITUTT med et tilbud om en forsterket oppfølging ut i arbeidslivet etter oppholdet på HI.

Hva innebærer studien?

Hvis du sier ja til å være med i studien så vil det innebære at du svarer på et kort spørreskjema når du kommer til HI. Videre kan det også bli aktuelt med besøk på arbeidsplassen din, både mens du er på HERNES INSTITUTT og etter at du er ferdig med oppholdet. Hvis dette blir aktuelt vil arbeidsplassbesøket forberedes på HI. Under forberedelsen og under arbeidsplass besøkene vil du og din arbeidsgiver bli spurt om å svare på en ny spørreundersøkelse. Å svare på disse spørreundersøkelsene vil ta mellom ca 5 og 15 minutter. Ansvarlige for prosjektet, Kristin Haugen, vil innhente opplysninger fra journal, Dette er informasjon som blir registrert når du kommer til /legges inn på HI.

Et arbeidsplass besøket vil gjøres mens du er på HI, i tillegg vil du få oppfølgings besøk på arbeidsplassen 3 måneder og 6 måneder etter at du har reist fra HI. Ergoterapeut på HERNES INSTITUTT vil sammen med deg organisere arbeidsplassbesøk og kontakte din arbeidsgiver for å avtale møtene. For at vi skal se om en slik forsterket oppfølging har noen effekt, kommer vi til å be deg om å fylle ut spørreskjema mens du er på HERNES INSTITUTT og på hvert av oppfølgingsmøtene. I tillegg vil et kort spørreskjema sendes hjem til deg et år etter at du reiste fra HI. Under arbeidsplassbesøkene vil din arbeidsgiver også svare på et spørreskjema som omhandler hva han/hun oppfatter din arbeidssituasjon og hvordan han/hun evaluerer det nye tilbudet fra HI. Vi vil ikke spørre arbeidsgiver om sensitive opplysninger om deg, og vi vil heller ikke under noen omstendighet gi opplysninger om deg til arbeidsgiver.

Mulige fordeler og ulemper

Mulige fordeler med å delta i dette studiet er at du vil få oppfølging etter avsluttet opphold på HI, noe du ellers ikke vil få tilbud om. Det er ikke forventet noen spesielle ulemper, ubehag eller risiko som kan oppleves som belastende dersom man deltar i studien. Å delta i studien vil kreve noe ekstra deltagelse i form av samtale og utfylling av spørreskjema i forhold til arbeidsplassbesøk forberedelse og arbeidsplass besøkene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode vil knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste. Det betyr at opplysningene er avidentifisert.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være kobling mot andre registre. Informasjonen som samles vil bli slettet 31.12.2011.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Kristin Haugen 62 42 24 12 eller Ole Jo Kristoffersen 62 42 24 30.

Camilla Ihlebæk,

Prosjektleder

Førsteamanuensis i Folkehelsevitenskap
Institutt

Universitetet for Miljø – og Biovitenskap

Hilde Nitteberg Teige

Faglig ansvarlig

Overlege, Stiftelsen Hernes

Samtykke til deltakelse i studien

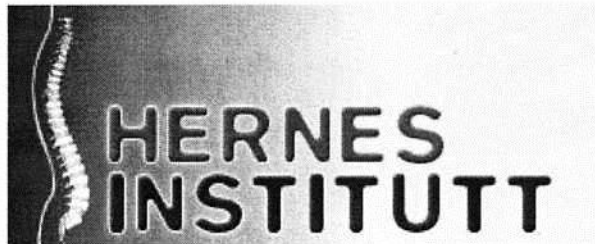
Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 2: Demografiske data og arbeids- og utdanningsopplysninger



Ref.nr 26309

Arbeidsrettet Rehabilitering

1. **Organisasjonsnr:** 983213421
2. **Ref.nr** 26309
3. **Kjønn** 1 Mann 2 Kvinne
4. **Fødselsår** 1956 (åååå)
5. **Sivilstand**
 1 Enslig 2 Gift/samboer
 3 Enke/enkemann 4 Skilt/separtert
6. a **Ankomstdato** (dd.mm.åååå)
b **Avreisedato** (dd.mm.åååå)
7. **Søkt inn av**
 1 Primærlege 2 BHT 3 Sykehusavdeling
 4 NAV Trygd 5 NAV Arbeid 6 Attføringsutvalg
 7 Basisgruppe
 9 Spesialist 11 Andre
8. **Initiativ til søknaden**
 1 Primærlege 2 BHT 3 Sykehusavdeling
 4 NAV Trygd 5 NAV Arbeid 6 Attføringsutvalg
 7 Basisgruppe
 9 Spesialist 10 Eget initiativ 11 Andre

9. ICPC-2 diagnose i søknad

Hoveddiagnose	Bidiagnose	Bidiagnose

10. ICD-10 diagnose v/avreise

Rehabdiagnose	Hoveddiagnose	Bidiagnose

11. a Har du barn? 1 Ja 2 Nei

b Hvis du har barn, hvor mange barn har du?

12. Opplever du omsorgsoppgaver hjemme som energikrevende og/eller belastende?

1 Ja, i stor grad 2 Ja, i liten grad 3 Nei 4 Uaktuelt

13. Opplever du omsorgsoppgaver utenfor hjemmet som energikrevende og/eller belastende?

1 Ja, i stor grad 2 Ja, i liten grad 3 Nei 4 Uaktuelt

14. a Hvor mange års skolegang/studier har du til sammen? år

(tell antall år fra og med første skoleår på barneskole/folkeskole)

b Formell utdanning (omtrent antall år)

(Velg den høyeste utdannelsen du har)

- 1 Grunnskole
 2 Videregående skole eller yrkesskole
 3 Høgskole eller universitet (1-4 år)
 4 Høyere universitetsgrad

15. Har du for tiden et arbeidsforhold? 1 Ja 2 Nei

16. Hvor lenge har du vært ansatt? 1 Under 1 år 2 1-5 år 3 Over 5 år

17. Hvor stor stillingsstørrelse har du? 0 %

(ansettelsesforhold eller hvor mye du jobber, ikke ta hensyn til om du er sykmeldt)

18. Hvordan var din arbeids- og stønadssituasjon rett før oppholdet?*(sett eventuelt flere kryss)**Eksempel: Jeg har 50% stillingsstørrelse, og har vært fullt sykmeldt. Svar: Sykmeldt 100%.*

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 1 Ordinært arbeid | % andel |
| <input type="checkbox"/> | 2 Sykepenger | % andel |
| <input type="checkbox"/> | 3 Aktiv sykmelding | % andel |
| <input type="checkbox"/> | 4 Rehabiliteringspenger | % andel |
| <input type="checkbox"/> | 5 Yrkesrettet attføring | % andel |
| <input type="checkbox"/> | 6 Arbeidsledig | % andel |
| <input type="checkbox"/> | 7 Skole/utdanning | % andel |
| <input type="checkbox"/> | 8 Varig uførestønad | % andel |
| <input type="checkbox"/> | 9 Tidsbegrenset uførestønad | % andel |
| <input type="checkbox"/> | 10 Annet | % andel |

Spesifiser:

*(For eksempel via privat pensjonsordning, KLP, Statens pensjonskasse, sosial stønad etc.)***19. Hvordan har din arbeids- og stønadssituasjon vært siste 12 måneder?***(sett eventuelt flere kryss)**Eksempel: Jeg har de siste 12 måneder vært sykmeldt 20% i 2 måneder og 40% i 8 måneder.*

Svar: Ordinært arbeid cirka 80/60/100 % og 2/8/2 måneders varighet
Sykmeldt cirka 20/40 % og 2/8 måneders varighet

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------|------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 Ordinært arbeid | cirka | % og | måneders varighet |
| <input type="checkbox"/> | 2 Sykepenger | cirka | % og | måneders varighet |
| <input type="checkbox"/> | 3 Aktiv sykmelding | cirka | % og | måneders varighet |
| <input type="checkbox"/> | 4 Rehabiliteringspenger | cirka | % og | måneders varighet |
| <input type="checkbox"/> | 5 Yrkesrettet attføring | cirka | % og | måneders varighet |
| <input type="checkbox"/> | 6 Arbeidsledig | cirka | % og | måneders varighet |
| <input type="checkbox"/> | 7 Skole/utdanning | cirka | % og | måneders varighet |
| <input type="checkbox"/> | 8 Varig uførestønad | cirka | % og | måneders varighet |
| <input type="checkbox"/> | 9 Tidsbegrenset uførestønad | cirka | % og | måneders varighet |
| <input type="checkbox"/> | 10 Annet | cirka | % og | måneders varighet |

Spesifiser:

(For eksempel via privat pensjonsordning, KLP, Statens pensjonskasse, sosial stønad etc.)

20. a Yrkestittel (skriv navnet på yrke) Overføres senere til STYRK (se kommentar).

- 1 Administrative ledere og politikere
- 2 Akademiske yrker
- 3 Høyskoleyrker
- 4 Kontor- og kundeserviceyrker
- 5 Salgs-, service- og omsorgsykker
- 6 Yrker innen jordbruk, skogbruk og fiske
- 7 Håndverkere o.l.
- 8 Prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv.
- 9 Yrker uten krav til utdanning
- 0 Militære yrker (ikke sivilt ansatte i forsvaret)

b Hva jobber du med? -det du vanligvis gjør på jobb. (Kun et svaralternativ er mulig)

- Håndverk / manuelt arbeid
- Kontorarbeid og administrasjon
- Pedagogisk arbeid (skole/barnehage o.l.)
- Helse og sosial
- Servicearbeid

21. a Arbeidsgiver/bedrift

- 1 Privat 2 Offentlig 3 Selvstendig næringsdrivende
- 4 Annet

b IA-avtale: 1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke

c Tilknyttet BHT/HMS-avd:

- 1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke

22. Eget årlig inntektsgrunnlag ved inntak:

(Samlet brutto inntekt/ytelse/stønad)

23. Venter du på svar om forsikringsutbetaling?

- 1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke

24. **Venter du på svar på søknad om uførestønad?**

- 1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke

25. **Har bruker kjente lese/skrive-vansker?**

- 1 Ja 2 Nei 3 Vet ikke

26. a **Hvilken finansiering har oppholdet?**

- 1 RHF ordinær 2 RHF raskere tilbake 3 NAV raskere tilbake

- 4 Annet Annet:

Vedlegg 3: Spørreskjema ved ankomst

VED ANKOMST TIL HERNES INSTITUTT

DELTAKER

1. Dato: _____ Alder: _____ Kjønn: 1 Mann 2 Kvinne

2. Tro på bedring

I hvor stor grad tror du de følgende har tro på at du vil komme tilbake i jobb?

<i>(sett ring rundt tallet)</i>	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke
1. Du selv	1	2	3	4
2. Familie	1	2	3	4
3. Arbeidskollegaer	1	2	3	4
4. Arbeidsleder	1	2	3	4
5. Behandlende lege (fast lege)	1	2	3	4

(*Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

3. Hvordan ser du på din arbeidssituasjon?

- 1 Jeg regner med å komme tilbake/fortsette mitt nåværende arbeid, og arbeide i samme utstrekning som tidligere.
- 2 Jeg regner med å kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men tror ikke at jeg kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.

- 3 Jeg ønsker å komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass)
- 4 Jeg ønsker komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men tror ikke jeg kan på grunn av min sjukdom.
- 5 Jeg ønsker ikke å komme tilbake til samme arbeid/arbeidsplass
- 6 Annet :

(Vesterbottens Läns Landsting, Hälsocentral, Annie Hansen Falkdahl)

4. Smerte, fysisk aktivitet og jobb

Her er noe av det som andre har fortalt oss om smerte/plagene sine. Sett ring rundt ett av tallene fra 0 (*helt uenig*) til 6 (*helt enig*) for hvert utsagn.

	Helt uenig			Usikker			Helt enig
1. Smertene mine ble forårsaket av fysisk aktivitet.	0	1	2	3	4	5	6
2. Fysisk aktivitet forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
3. Fysisk aktivitet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
4. Jeg burde ikke utføre fysiske aktiviteter som (kan) forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
5. Jeg kan ikke utføre fysisk aktivitet som (kan) forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

Følgende utsagn handler om hvordan det vanlige arbeidet ditt påvirker eller kan påvirke smertene/plagene dine. *Det vanlige arbeidet ditt* er det arbeidet du sist hadde før du ble sykmeldt eller arbeidsledig. Hvis du har hatt flere arbeidsforhold, tenk på den jobben du vanligvis gjør (hovedjobben din).

6. Smertene mine ble forårsaket av arbeidet mitt eller et uhell på jobben.	0	1	2	3	4	5	6
7. Arbeidet mitt forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
8. Jeg har framsatt erstatningskrav for smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
9. Arbeidet mitt er for tung for meg.	0	1	2	3	4	5	6
10. Arbeidet mitt forverrer eller kan forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
11. Arbeidet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
12. Jeg burde ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
13. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
14. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt før smertene er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
15. Jeg tror ikke jeg vil være tilbake i det vanlige arbeidet mitt etter 1 år.	0	1	2	3	4	5	6
16. Jeg tror ikke jeg noen gang vil være i stand til å komme tilbake til det arbeidet	0	1	2	3	4	5	6

(The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ): Waddell et al. 1993); (Norsk oversettelse: Grotle M. & Vøllestad N.K, 2001)

(Modifisert utgave Øyeflaten I. & Eriksen H.R., 2006)

Vedlegg 4: Spørreskjema ved forberedelser arbeidsplassbesøk

FORBEREDENDE SPØRSMÅL PÅ HERNES INSTITUTT

DELTAKER

1. Dato: _____ Alder: _____ Kjønn: 1 Mann 2 Kvinne

2. Hvis du skulle gi en karakter på din jobbtrivsel den siste tiden på en 10 cm linje, hvor ville du sette et kryss? (sett kryss)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

DÅRLIG

+ BRA

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

3. Svar ved å sette kryss i aktuell rute

Helse, trivsel og funksjon	Ikke tilfreds- stillende	Aksep- tabelt	Tilfreds- stillende	Svært Tilfreds- stillende
Hvordan opplever du miljøet mellom deg selv og de du jobber med?				
Er dine arbeidsoppgaver tilstrekkelig variert?				
Hvilke muligheter har du for å bestemme ditt arbeidstempo?				

Får du tilstrekkelig tilbakemelding på ditt arbeid?				
Er dine arbeidsoppgaver klart definert?				
Opplever du ditt arbeid som meningsfylt?				
Føler du at jobben du gjør er viktig for arbeidsstedet?				
Føler du at du får brukt dine evner og ferdigheter i arbeidet?				

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

4. Tro på bedring

I hvor stor grad tror du de følgende har tro på at du vil komme tilbake i jobb?

<i>(sett ring rundt tallet)</i>	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke
1. Du selv	1	2	3	4
2. Familie	1	2	3	4
3. Arbeidskollegaer	1	2	3	4
4. Arbeidsleder	1	2	3	4
5. Behandlende lege (fast lege)	1	2	3	4

("Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

5. Hvordan ser du på din arbeidssituasjon?

- 1 Jeg regner med å komme tilbake/fortsette mitt nåværende arbeid, og arbeide i samme utstrekning som tidligere.
- 2 Jeg regner med å kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men tror ikke at jeg kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.
- 3 Jeg skulle kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass)
- 4 Jeg vil komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men tror ikke jeg kan på grunn av min sykdom.
- 5 Jeg ønsker ikke å komme tilbake til samme arbeid/arbeidsplass
- 6 Annet :

(Vesterbottens Läns Landsting, Hälsocentral, Annie Hansen Falkdahl)

6A. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for de som er ansatt i en bedrift)

	Stemmer helt 1.	Stemmer ganske bra 2.	Stemmer ikke særlig bra 3.	Stemmer ikke 4.
<i>Kryss av det som passer best for alle utsagnene under</i>				
1. det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				

2. Det er godt samhold.				
3. Mine arbeidskamerater stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg kommer godt overens med mine overordnede.				
6. Jeg trives med mine arbeidskamerater.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige) (Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

6B. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for selvstendig næringsdrivende)

	Stemmer helt 1.	Stemmer ganske bra 2.	Stemmer ikke særlig bra 3.	Stemmer ikke 4.
<i>Kryss av det som passer best for alle utsagnene under</i>				
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Jeg har to jobber (f.eks gård bruker og snekker).				

3. Jeg har naboer/ venner/ familie som stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse blant naboer/ venner/ familie for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg har god kontakt med andre som er selvstendig næringsdrivende på dagtid.				
6. Jeg trives med å være selvstendig næringsdrivende.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige) (Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

7. Krav/kontroll

Vedrørende arbeidet er sykemeldt fra

	Ja Ofte 1.	Ja, noen Ganger 2.	Nei. Sjelden 3.	Nei, så godt Som aldri 4.
<i>Kryss av på alle spørsmålene under.</i>				
1. Krever arbeidet ditt at du arbeider meget raskt?				
2. Krever arbeidet ditt at du arbeidet meget hardt?				
3. Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?				

4. Her du tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgavene dine?				
5. Forekommer det ofte motstridende krav i arbeidet ditt?				
6. Får du lære nye ting i ditt arbeid?				
7. Krever ditt arbeid dyktighet?				
8. Krever ditt arbeid oppfinnsomhet/ kreativitet?				
9. Innebærer ditt arbeid at du gjør samme ting om og om igjen?				
10. Har du frihet til å bestemme hvordan ditt arbeid skal utføres?				
11. Har du frihet til å bestemme hva som skal utføres i ditt arbeid?				

(Med utgangspunkt i ”Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

8. Smerte, fysisk aktivitet og jobb

Her er noe av det som andre har fortalt oss om smerte/plagene sine. Sett ring rundt ett av tallene fra 0 (*helt uenig*) til 6 (*helt enig*) for hvert utsagn.

Helt	Usikker	Helt
uenig		enig

17. Smertene mine ble forårsaket av fysisk aktivitet.	0	1	2	3	4	5	6
18. Fysisk aktivitet forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
19. Fysisk aktivitet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
20. Jeg burde ikke utføre fysiske aktiviteter som (kan) forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
21. Jeg kan ikke utføre fysisk aktivitet som (kan) forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

Følgende utsagn handler om hvordan det vanlige arbeidet ditt påvirker eller kan

påvirke smertene/plagene dine. *Det vanlige arbeidet ditt* er det arbeidet du sist hadde før du ble sykmeldt eller arbeidsledig. Hvis du har flere arbeidsforhold, tenk på den jobben du vanligvis gjør (hovedjobben din).

22. Smertene mine ble forårsaket av arbeidet mitt eller et uhell på jobben.	0	1	2	3	4	5	6
23. Arbeidet mitt forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
24. Jeg har framsatt erstatningskrav for smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
25. Arbeidet mitt er for tung for meg.	0	1	2	3	4	5	6
26. Arbeidet mitt forverrer eller kan forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
27. Arbeidet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
28. Jeg burde ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6

29. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
30. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt før smertene er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
31. Jeg tror ikke jeg vil være tilbake I det vanlige arbeidet mitt etter 1 år.	0	1	2	3	4	5	6
32. Jeg tror ikke jeg noen gang vil være i stand til å komme tilbake til det arbeidet	0	1	2	3	4	5	6

(The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ): Waddell et al. 1993); (Norsk oversettelse: Grotle M. & Vøllestad N.K, 2001)

(Modifisert utgave Øyeflaten I. & Eriksen H.R., 2006)

Vedlegg 5: Spørreskjema ordinært arbeidsplassbesøk

SPØRRESKJEMA ORDINÆRT ARBEIDSPLOSSBESØK,

MØTE 1

DELTAKER

1. Dato: _____ Alder: _____ Kjønn: 1 Mann 2 Kvinne

2. Hvis du skulle gi en karakter på din jobbtrivsel den siste tiden på en 10 cm linje, hvor ville du sette en strek? (*sett kryss*)

1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7	—	8	—	9	—	10

DÅRLIG

+ BRA

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

3. Svar ved å sette kryss i aktuell rute

Helse, trivsel og funksjon	Ikke tilfreds- stillende	Aksep- tabelt	Tilfreds- stillende	Svært Tilfreds- stillende
Hvordan opplever du miljøet mellom deg selv og de jobber med?				
Er dine arbeidsoppgaver tilstrekkelig variert?				

Hvilke muligheter har du for å bestemme ditt arbeidstempo?				
Får du tilstrekkelig tilbakemelding på ditt arbeid?				
Er dine arbeidsoppgaver klart definert?				
Opplever du ditt arbeid som meningsfylt?				
Føler du at jobben du gjør er viktig for arbeidsstedet?				
Føler du at du får brukt dine evner og ferdigheter i arbeidet?				

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

4. Tro på bedring

I hvor stor grad tror du de følgende har tro på at du vil komme tilbake i jobb?

<i>(sett ring rundt tallet)</i>	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke
1. Du selv	1	2	3	4
2. Familie	1	2	3	4
3. Arbeidskollegaer	1	2	3	4
4. Arbeidsleder	1	2	3	4

5. Behandlende lege (fast lege) 1 2 3 4

("Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

5. Hvordan ser du på din arbeidssituasjon?

- 1 Jeg regner med å komme tilbake/fortsette mitt nåværende arbeid, og arbeide i samme utstrekning som tidligere.
- 2 Jeg regner med å kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men tror ikke at jeg kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.
- 3 Jeg skulle kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass)
- 4 Jeg vil komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men tror ikke jeg kan på grunn av min sykdom.
- 5 Jeg ønsker ikke å komme tilbake til samme arbeid/arbeidsplass
- 6 Annet :

(Vesterbottens Läns Landsting, Hälsocentral, Annie Hansen Falkdahl)

6A. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for de som er ansatt i en bedrift)

	Stemmer helt	Stemmer ganske bra	Stemmer ikke	Stemmer ikke
<i>Kryss av det som passer best for alle utsagnene under</i>				

	1.	2.	særlig bra 3.	4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Det er godt samhold.				
3. Mine arbeidskamerater stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg kommer godt overens med mine overordnede.				
6. Jeg trives med mine arbeidskamerater.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige) (Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

6B. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for selvstendig næringsdrivende)

	Stemmer helt	Stemmer ganske bra	Stemmer ikke særlig bra 3.	Stemmer ikke
<i>Kryss av det som passer best for alle utsagnene under</i>				

	1.	2.		4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Jeg har to jobber (f.eks gård bruker og snekker).				
3. Jeg har naboer/ venner/ familie som stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse blant naboer/ venner/ familie for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg har god kontakt med andre som er selvstendig næringsdrivende på dagtid.				
6. Jeg trives med å være selvstendig næringsdrivende.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige) (Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

7. Krav/kontroll

Vedrørende arbeidet er sykemeldt fra

Kryss av på alle spørsmålene under.

Ja	Ja, noen Ganger	Nei. Sjelden	Nei, så godt Som aldri
Ofte	2.	3.	
1.			

				4.
1. Krever arbeidet ditt at du arbeider meget raskt?				
2. Krever arbeidet ditt at du arbeidet meget hardt?				
3. Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?				
4. Har du tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgavene dine?				
5. Forekommer det ofte motstridende krav i arbeidet ditt?				
6. Får du lære nye ting i ditt arbeid?				
7. Krever ditt arbeid dyktighet?				
8. Krever ditt arbeid oppfinnsomhet/kretivitet?				
9. Innebærer ditt arbeid at du gjør samme ting om og om igjen?				
10. Har du frihet til å bestemme hvordan ditt arbeid skal utføres?				
11. Har du frihet til å bestemme hva som skal utføres i ditt arbeid?				

(Med utgangspunkt i "Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

8. Smerte, fysisk aktivitet og jobb

Her er noe av det som andre har fortalt oss om smerte/plagene sine. Sett ring rundt ett av tallene fra 0 (*helt uenig*) til 6 (*helt enig*) for hvert utsagn.

	Helt uenig			Usikker			Helt enig
1. Smertene mine ble forårsaket av fysisk aktivitet.	0	1	2	3	4	5	6
2. Fysisk aktivitet forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
3. Fysisk aktivitet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
4. Jeg burde ikke utføre fysiske aktiviteter som (kan) forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
5. Jeg kan ikke utføre fysisk aktivitet som (kan) forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

Følgende utsagn handler om hvordan det vanlige arbeidet ditt påvirker eller kan påvirke smertene/plagene dine. *Det vanlige arbeidet ditt* er det arbeidet du sist hadde før du ble sykmeldt eller arbeidsledig. Hvis du har flere arbeidsforhold, tenk på den jobben du vanligvis gjør (hovedjobben din).

6. Smertene mine ble forårsaket av arbeidet mitt eller et uhell på jobben.	0	1	2	3	4	5	6
7. Arbeidet mitt forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

8. Jeg har framsatt erstatningskrav for smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
9. Arbeidet mitt er for tung for meg.	0	1	2	3	4	5	6
10. Arbeidet mitt forverrer eller kan forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
11. Arbeidet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
12. Jeg burde ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
13. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
14. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt før smertene er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
15. Jeg tror ikke jeg vil være tilbake i det vanlige arbeidet mitt etter 1 år.	0	1	2	3	4	5	6
16. Jeg tror ikke jeg noen gang vil være i stand til å komme tilbake til det arbeidet	0	1	2	3	4	5	6

(The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ): Waddell et al. 1993); (Norsk oversettelse: Grotle M. & Vøllestad N.K., 2001)

(Modifisert utgave Øyeflaten I. & Eriksen H.R., 2006)

Vedlegg 6: Spørreskjema ved oppfølging 3 måneder

arbeidsplassbesøk

SPØRRESKJEMA ARBEIDSPLOSSBESØK, MØTE 2

DELTAKER

1. Dato: _____ Alder: _____ Kjønn: 1 Mann 2 Kvinne

2. Hvis du skulle gi en karakter på din jobbtrivsel den siste tiden på en 10 cm linje, hvor ville du sette en strek? (*sett kryss*)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

DÅRLIG

+ BRA

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

3. Svar ved å sette kryss i aktuell rute

Helse, trivsel og funksjon	Ikke	Aksep-	Tilfreds-	Svært
	tilfreds-	tabelt	stillende	Tilfreds-
	stillende			stillende
Hvordan opplever du miljøet mellom deg selv og de jobber med?				
Er dine arbeidsoppgaver tilstrekkelig variert?				

Hvilke muligheter har du for å bestemme ditt arbeidstempo?				
Får du tilstrekkelig tilbakemelding på ditt arbeid?				
Er dine arbeidsoppgaver klart definert?				
Opplever du ditt arbeid som meningsfylt?				
Føler du at jobben du gjør er viktig for arbeidsstedet?				
Føler du at du får brukt dine evner og ferdigheter i arbeidet?				

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

4. Tro på bedring

I hvor stor grad tror du de følgende har tro på at du vil bli i jobben din?

<i>(sett ring rundt tallet)</i>	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke
1. Du selv	1	2	3	4
2. Familie	1	2	3	4
3. Arbeidskollegaer	1	2	3	4
4. Arbeidsleder	1	2	3	4

5. Behandlende lege (fast lege) 1 2 3 4

("Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

5. Hvordan ser du på din arbeidssituasjon?

- 1 Jeg regner med å komme tilbake/fortsette mitt nåværende arbeid, og arbeide i samme utstrekning som tidligere.
- 2 Jeg regner med å kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men tror ikke at jeg kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.
- 3 Jeg skulle kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass)
- 4 Jeg vil komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men tror ikke jeg kan på grunn av min sykdom.
- 5 Jeg ønsker ikke å komme tilbake til samme arbeid/arbeidsplass
- 6 Annet :

(Vesterbottens Läns Landsting, Hälsocentral, Annie Hansen Falkdahl)

6A. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for de som er ANSATT i en bedrift)

	Stemmer helt	Stemmer ganske bra	Stemmer ikke	Stemmer ikke
<i>Kryss av det som passer best for alle utsagnene under</i>				

	1.	2.	særlig bra 3.	4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Det er godt samhold.				
3. Mine arbeidskamerater stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg kommer godt overens med mine overordnede.				
6. Jeg trives med mine arbeidskamerater.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige) (Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

6B. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for SELVSTENDIG

NÆRINGSDRIVENDE)

	Stemmer helt	Stemmer ganske bra	Stemmer ikke særlig bra	Stemmer ikke
<i>Kryss av det som passer best for alle utsagnene under</i>				

	1.	2.	3.	4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Jeg har to jobber (f.eks gård bruker og snekker).				
3. Jeg har naboer/ venner/ familie som stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse blant naboer/ venner/ familie for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg har god kontakt med andre som er selvstendig næringsdrivende på dagtid.				
6. Jeg trives med å være selvstendig næringsdrivende.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige) (Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

7. Krav/kontroll

Vedrørende arbeidet du har nå

Kryss av på alle spørsmålene under.

Ja	Ja, noen Ganger	Nei.	Nei, så godt
Ofte	2.	Sjelden	Som aldri
1.		3.	

				4.
1. Krever arbeidet ditt at du arbeider meget raskt?				
2. Krever arbeidet ditt at du arbeidet meget hardt?				
3. Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?				
4. Har du tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgavene dine?				
5. Forekommer det ofte motstridende krav i arbeidet ditt?				
6. Får du lære nye ting i ditt arbeid?				
7. Krever ditt arbeid dyktighet?				
8. Krever ditt arbeid oppfinnsomhet/kretivitet?				
9. Innebærer ditt arbeid at du gjør samme ting om og om igjen?				
10. Har du frihet til å bestemme hvordan ditt arbeid skal utføres?				
11. Har du frihet til å bestemme hva som skal utføres i ditt arbeid?				

(Med utgangspunkt i "Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

8. Smerte, fysisk aktivitet og jobb

Her er noe av det som andre har fortalt oss om smerte/plagene sine. Sett ring rundt ett av tallene fra 0 (*helt uenig*) til 6 (*helt enig*) for hvert utsagn.

	Helt uenig			Usikker			Helt enig
17. Smertene mine ble forårsaket av fysisk aktivitet.	0	1	2	3	4	5	6
18. Fysisk aktivitet forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
19. Fysisk aktivitet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
20. Jeg burde ikke utføre fysiske aktiviteter som (kan) forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
21. Jeg kan ikke utføre fysisk aktivitet som (kan) forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

Følgende utsagn handler om hvordan det vanlige arbeidet ditt påvirker eller kan påvirke smertene/plagene dine. *Det vanlige arbeidet ditt* er det arbeidet du sist hadde før du ble sykmeldt eller arbeidsledig. Hvis du har flere arbeidsforhold, tenk på den jobben du vanligvis gjør (hovedjobben din).

22. Smertene mine ble forårsaket av arbeidet mitt eller et uhell på jobben.	0	1	2	3	4	5	6
23. Arbeidet mitt forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
24. Jeg har framsatt erstatningskrav for smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

25. Arbeidet mitt er for tung for meg.	0	1	2	3	4	5	6
26. Arbeidet mitt forverrer eller kan forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
27. Arbeidet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
28. Jeg burde ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
29. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
30. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt før smertene er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
31. Jeg tror ikke jeg vil være tilbake i det vanlige arbeidet mitt etter 1 år.	0	1	2	3	4	5	6
32. Jeg tror ikke jeg noen gang vil være i stand til å komme tilbake til det arbeidet	0	1	2	3	4	5	6

(The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ): Waddell et al. 1993); (Norsk oversettelse: Grotle M. & Vøllestad N.K, 2001)

(Modifisert utgave Øyeflaten I. & Eriksen H.R., 2006)

9. Hvordan synes du oppfølgingen fra alle samarbeids parter har vært? (f.eks NAV, bedriftshelsetjenesten, IA-kontakt, Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeids ansvarlig og lignende)

1 Svært gode

2 Meget gode

3 Gode

4 Mindre gode

5 Dårlige

10. Hvordan føler du oppfølgingen fra Hernes Institutt har vært?

1 Svært gode

2 Meget gode

3 Gode

4 Mindre gode

5 Dårlig

Vedlegg 7: Spørreskjema ved oppfølging 6 måneder

arbeidsplassbesøk

SPØRRESKJEMA ARBEIDSPLOSSBESØK, MØTE 2

DELTAKER

1. Dato: _____ Alder: _____ Kjønn: 1 Mann 2 Kvinne

2. Hvis du skulle gi en karakter på din jobbtrivsel den siste tiden på en 10 cm linje, hvor ville du sette en strek? (*sett kryss*)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

DÅRLIG

+ BRA

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

3. Svar ved å sette kryss i aktuell rute

Helse, trivsel og funksjon	Ikke	Aksep-	Tilfreds-	Svært
	tilfreds- stillende	tabelt	stillende	Tilfreds- stillende

Hvordan opplever du miljøet mellom deg selv og de jobber med?				
Er dine arbeidsoppgaver tilstrekkelig variert?				
Hvilke muligheter har du for å bestemme ditt arbeidstempo?				
Får du tilstrekkelig tilbakemelding på ditt arbeid?				
Er dine arbeidsoppgaver klart definert?				
Opplever du ditt arbeid som meningsfylt?				
Føler du at jobben du gjør er viktig for arbeidsstedet?				
Føler du at du får brukt dine evner og ferdigheter i arbeidet?				

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

4. Tro på bedring

I hvor stor grad tror du de følgende har tro på at du vil bli i jobben din?

(sett ring rundt tallet)

I liten grad

I noen grad

I stor grad

Vet ikke

1. Du selv

1

2

3

4

2. Familie	1	2	3	4
3. Arbeidskolleger	1	2	3	4
4. Arbeidsleder	1	2	3	4
5. Behandlende lege (fast lege)	1	2	3	4

("Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

5. Hvordan ser du på din arbeidssituasjon?

- 1 Jeg regner med å komme tilbake/fortsette mitt nåværende arbeid, og arbeide i samme utstrekning som tidligere.
- 2 Jeg regner med å kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men tror ikke at jeg kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.
- 3 Jeg skulle kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass)
- 4 Jeg vil komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men tror ikke jeg kan på grunn av min sykdom.
- 5 Jeg ønsker ikke å komme tilbake til samme arbeid/arbeidsplass
- 6 Annet :.....

(Vesterbottens Läns Landsting, Hälsocentral, Annie Hansen Falkdahl)

6A. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for de som er ANSATT i en bedrift)

	Stemmer	Stemmer	Stemmer	Stemmer
<i>Kryss av det som passer best</i>	helt	ganske	ikke	ikke
<i>for alle utsagnene under</i>		bra	særlig bra	
	1.	2.	3.	4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Det er godt samhold.				
3. Mine arbeidskamerater stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg kommer godt overens med mine overordnede.				
6. Jeg trives med mine arbeidskamerater.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige) (Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

6B. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for SELVSTENDIG

NÆRINGSDRIVENDE)

	Stemmer	Stemmer	Stemmer	Stemmer

<i>Kryss av det som passer best</i> <i>for alle utsagnene under</i>	helt	ganske bra	ikke særlig bra	ikke
	1.	2.	3.	4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Jeg har to jobber (f.eks gård bruker og snekker).				
3. Jeg har naboer/ venner/ familie som stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse blant naboer/ venner/ familie for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg har god kontakt med andre som er selvstendig næringsdrivende på dagtid.				
6. Jeg trives med å være selvstendig næringsdrivende.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige) (Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

7. Krav/kontroll

Vedrørende arbeidet du har nå

<i>Kryss av på alle spørsmålene under.</i>	Ja Ofte 1.	Ja, noen Ganger 2.	Nei. Sjelden 3.	Nei, så godt Som aldri 4.
1. Krever arbeidet ditt at du arbeider meget raskt?				
2. Krever arbeidet ditt at du arbeidet meget hardt?				
3. Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?				
4. Her du tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgavene dine?				
5. Forekommer det ofte motstridende krav i arbeidet ditt?				
6. Får du lære nye ting i ditt arbeid?				
7. Krever ditt arbeid dyktighet?				
8. Krever ditt arbeid oppfinnsomhet/kretivitet?				
9. Innebærer ditt arbeid at du gjør samme ting om og om igjen?				
10. Har du frihet til å bestemme hvordan ditt arbeid skal utføres?				
11. Har du frihet til å bestemme hva som skal utføres i ditt arbeid?				

(Med utgangspunkt i ”Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

8. Smerte, fysisk aktivitet og jobb

Her er noe av det som andre har fortalt oss om smerte/plagene sine. Sett ring rundt ett av tallene fra 0 (*helt uenig*) til 6 (*helt enig*) for hvert utsagn.

	Helt uenig			Usikker			Helt enig
33. Smertene mine ble forårsaket av fysisk aktivitet.	0	1	2	3	4	5	6
34. Fysisk aktivitet forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
35. Fysisk aktivitet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
36. Jeg burde ikke utføre fysiske aktiviteter som (kan) forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
37. Jeg kan ikke utføre fysisk aktivitet som (kan) forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

Følgende utsagn handler om hvordan det vanlige arbeidet ditt påvirker eller kan påvirke smertene/plagene dine. *Det vanlige arbeidet ditt* er det arbeidet du sist hadde før du ble sykmeldt eller arbeidsledig. Hvis du har flere arbeidsforhold, tenk på den jobben du vanligvis gjør (hovedjobben din).

38. Smertene mine ble forårsaket av arbeidet mitt eller et uhell på jobben.	0	1	2	3	4	5	6
39. Arbeidet mitt forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
40. Jeg har framsatt erstatningskrav for smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
41. Arbeidet mitt er for tung for meg.	0	1	2	3	4	5	6
42. Arbeidet mitt forverrer eller kan forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
43. Arbeidet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
44. Jeg burde ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
45. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
46. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt før smertene er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
47. Jeg tror ikke jeg vil være tilbake i det vanlige arbeidet mitt etter 1 år.	0	1	2	3	4	5	6
48. Jeg tror ikke jeg noen gang vil være i stand til å komme tilbake til det arbeidet	0	1	2	3	4	5	6

(The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ): Waddell et al. 1993); (Norsk oversettelse: Grotle M. & Vøllestad N.K, 2001)

(Modifisert utgave Øyeflaten I. & Eriksen H.R., 2006)

9. Hvordan synes du oppfølgingen fra alle samarbeids parter har vært? (f.eks NAV, bedriftshelsetjenesten, IA-kontakt, Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeids ansvarlig og lignende)

1 Svært gode

2 Meget gode

3 Gode

4 Mindre gode

5 Dårlige

10. Hvordan føler du oppfølgingen fra Hernes Institutt har vært?

1 Svært gode

2 Meget gode

3 Gode

4 Mindre gode

5 Dårlig

Vedlegg 8: Kartlegging etter ett år**SPØRRESKJEMA.****NB: Husk å føre på datoen for når du fyller ut skjemaet!**

NAVN:

DATO: / - 09
.....
.....**A: JEG ER I DAG (Sett kryss):**

- i samme arbeidsforhold som da jeg var på Hernes Institutt.
- i samme arbeidsforhold, men fått andre arbeidsoppgaver.
- I nytt arbeid hos ny arbeidsgiver.
- arbeidsledig (Hopp i så fall over spørsmål B.)

B: HVOR STOR STILLING HAR DU? (Sett full jobb = 100%):

_____ % (Det er ikke så nøye om du ikke vet helt nøyaktig!)

C: ER DU FULLT FRISKEMELDT I DAG (Sett kryss):

Ja.

Nei.

D: HVIS DU IKKE ER FRISKEMELDT I DAG ER DU DA (Sett kryss):

- Under medisinsk behandling.
- Under omskolering (Yrkestrettet Attføring)
- Delvis (Gradert) friskmeldt.
- Gradert trygd.
- Hel uføretrygd.

Annet:

E: HVOR LENGE MÅTTE DU VENDE ETTER UTSKRIVELSE FRA HERNES INSTITUTT FØR DET SKJEDDE NOE MER I SAKEN? (Sett ring rundt det alternativet som passer!)

Ingen ventetid	1-4 uker	5-8 uker	9-12 uker
13-16 uker	17-20 uker	21-26 uker	27-52 uker

F: MENER DU AT OPPHOLDET PÅ HERNES INSTITUTT HAR HATT NOEN BETYDNING FOR (Sett kryss):

- avklaring i forhold til det videre arbeidslivet for deg.
- at jeg er mer fysisk aktiv enn før oppholdet mitt på Hernes Institutt.
- bedring av din generelle livskvalitet.

D: VILLE DU ANBEFALT HERNES INSTITUTT TIL ANDRE I DIN SITUASJON?

(Sett kryss):

- Ja.
- Nei.

Vet ikke

(Snu arket!)

E: NEDENFOR HAR VI TRUKKET UT NOEN DELER AV BEHANDLINGSSOPPLEGGET SOM VI ØNSKER Å VIDEREUTVIKLE. DERFOR ER VI SVÆRT INTERESSERT I HVOR MYE DISSE DELENE HAR BETYDD FOR DEG ETTER AT DU BLE SKREVET UT!

NB: Hvis det var noen av tilbudet du ikke brukte, krysser du bare av i ruta for **uaktuelt!**

1: Betydde det mye for avklaring av din arbeidssituasjon at:

	Svært mye	Mye	Lite	Svært	Verken mye eller lite	Uaktuelt
- Hernes Institutt var med deg ut på arbeidsplassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hernes Institutt var med deg i møte med NAV, arbeidsgiver eller andre som du trengte hjelp fra etter at du reiste fra oss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hernes Institutt tok kontakt pr telefon med enten NAV, arbeidsgiver eller andre som du trengte hjelp fra etter at du reiste fra oss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2: Hvor mye føler du at:

	Svært mye	Mye	Lite	Svært	Verken mye eller lite
- du ble sett og hørt under oppholdet på Hernes Institutt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vi på Hernes Institutt tok hensyn til dine meninger og ønsker under oppholdet hos oss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F: Her kan du hvis du vil skrive noen ord om hva du mener oppholdet på Hernes Institutt har betydd for deg i tiden som nå har gått etter at du ble utskrevet!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TUSEN TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å FYLLE UT SKJEMAET!!

Vedlegg 9: Forlengelse og godkjenning fra Regional komitè for medisinsk og helsefaglig Forskningsetikk Sør-Øst (REK Sør-Øst A)



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Anette Solli Karlsen	Telefon: 22845522	Vår dato: 16.10.2014	Vår referanse: 2011/2384/REK sør-øst A
			Deres dato: 22.09.2014	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Camilla Ihlebæk
Forskergruppe for natur. UMB

2011/2384 Utvidet ekstern virksomhet hos stiftelsen HERNES INSTITUTT - Arbeid som helse

Forskningsansvarlig: UMB
Prosjektleder: Camilla Ihlebæk

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 22.09.2014 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Vurdering

REK har vurdert følgende endring i prosjekt:
-Ny sluttdato. Prosjektet søkes forlenget til 31.12.2016.

Komiteens leder har vurdert søknaden og har ingen innvendinger til de endringer som er beskrevet. Det forutsettes imidlertid at data oppbevares aidentifisert, dette innebærer at koblingsnøkkelen, som inneholder personidentifiserbar informasjon, og forskningsfilen oppbevares separat.

Vedtak

Komiteen godkjenner med hjemmel i helseforskningsloven § 11 annet ledd at prosjektet videreføres i samsvar med det som fremgår av søknaden om prosjektendring og i samsvar med de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter samt med de vilkår som er gitt ovenfor.

Dersom det skal gjøres ytterligere endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende ny endringsmelding til REK.

Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i 5 år etter prosjektslutt. Opplysningene skal oppbevares aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren».

Prosjektet skal sende sluttmelding til REK, se helseforskningsloven § 12, senest 6 måneder etter at prosjektet er avsluttet.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10 tredje ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no/

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff