

Arbeidsrettet rehabilitering: Tilbake i arbeid etter arbeidsplassintervensjon og oppfølging ved Hernes Institutt?

Av Kristin Haugen, Camilla Ihlebæk & Giovanna Calogiuri

Kristin Haugen er ergoterapeutspesialist arbeidshelse og har M.Sc i folkehelsevitenskap. Hun er ansatt ved Hernes Institutt.

E-post: kristin@hernesinstitutt.no

Camilla Ihlebæk er professor i folkehelsevitenskap ved Institutt for folkehelsevitenskap, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet og professor II ved Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold.

E-post: camilla.ihlebak@nmbu.no

Giovanna Calogiuri er professor i helsevitenskap ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Senter for helse og teknologi, Universitet i Sørøst Norge og professor II i helsevitenskap ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for folkehelse- og idrettvitenskap, Høgskolen i Innlandet.

E-post: giovanna.calogiuri@inn.no

Manuset ble mottatt 11.02.2020 og godkjent 01.09.2021.

Forfatterne har ingen interessekonflikter.

Abstract

Arbeidsrettet rehabilitering: Tilbake i arbeid etter arbeidsplassintervensjon og oppfølging ved Hernes Institutt?

Introduction: At Hernes Institutt workplace visit (WPV) facilitated by occupational therapists, has been introduced as a part of the interdisciplinary occupational rehabilitation program. The purpose of this prospective study was to investigate factors associated with return to work (RTW) in a group of patients who had participated in WPV. Furthermore, another aim was to compare RTW in an employees group that received WPV in addition to the regular rehabilitation program, with a group that did not receive such intervention.

Methods: 102 patients, of which 45 underwent WPV, reported sociodemographic characteristics and work-related psychological variables (fear avoidance beliefs, control, demand, social support, job satisfaction and belief in self-improvement). Work-status was measured after 12 months. In addition, assessments for the WPV group were performed at the first WPV and after three and six months. Chi-square tests were performed to compare the two groups' characteristics and their work-status after 12 months. For the WPV group, Generalized Estimating Equations and Ordinal Regression were performed to examine possible associations between age, work-related psychological variables and work-status after six and 12 months.

Results: The majority of participants had lower formal education and low income. Most were mid-aged and employed in manual work. Among those who received WPV, lower age, reduced fear avoidance beliefs and higher beliefs in self-improvement predicted return to work within six months after starting rehabilitation, while reduced fear avoidance beliefs and work-status at six months predicted return into work 12 months after occupational rehabilitation. There were no significant differences in work-status after 12 months between the WPV-group and those attending regular rehabilitation.

Conclusions: Belief in self-improvement and reducing work-related fear avoidance are important for a successful RTW following occupational rehabilitation. More research is needed to establish the effectiveness of WPV within occupational rehabilitation.

Stikkord: Arbeidsrettet rehabilitering, arbeidsplassbesøk, tilbakekomst i arbeid, bevegesfrykt, tro på egen bedring.

Introduksjon

Å kunne delta i arbeidslivet er viktig for å sikre en trygg økonomi og levestandard, for å oppleve seg som en del av samfunnet og det er positivt for helse og trivsel (Dahl et al., 2010; van Vilsteren et al., 2015; Waddell & Burton, 2006). Samtidig vil deltakelse i arbeidslivet for mange bidra til deltakelse og utførelse av meningsfull og nødvendig aktiviteter i hverdagslivet, hverdagsmestring (Ness, 2016). Til tross for flere store reformer og tiltak på nasjonalt nivå har Norge fortsatt en relativt høy andel langtidssykemeldte (Hanvold et al., 2020). Sykefraværet (egenmeldt og legemeldt) var på hele 6,7 prosent i første kvartal av 2021 (Statistisk Sentralbyrå, 2021a) og 10,5 prosent av befolkningen mellom 18 og 67 år var uføretrygdde i 2020 (Statistisk Sentralbyrå, 2021b). Det å stå utenfor arbeidslivet har negative konsekvenser for den enkelte og deres familier og fører til store samfunnsøkonomiske kostnader (Alexanderson & Hensing, 2004). Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) har som formål å bidra til å avklare, øke arbeidsevne og mestring hos langtidssykemeldte, og slik bidra til at mennesker med helseproblemer kan delta i arbeidslivet (Escorpizo et al., 2011; Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, 2020). Ergoterapeuter spiller en viktig rolle innen ARR, med sitt fokus på aktivitet, hverdagsmestring og deltakelse i arbeidslivet (Norsk Ergoterapeutforbund, 2017; World Federation of Occupational Therapists, 2019).

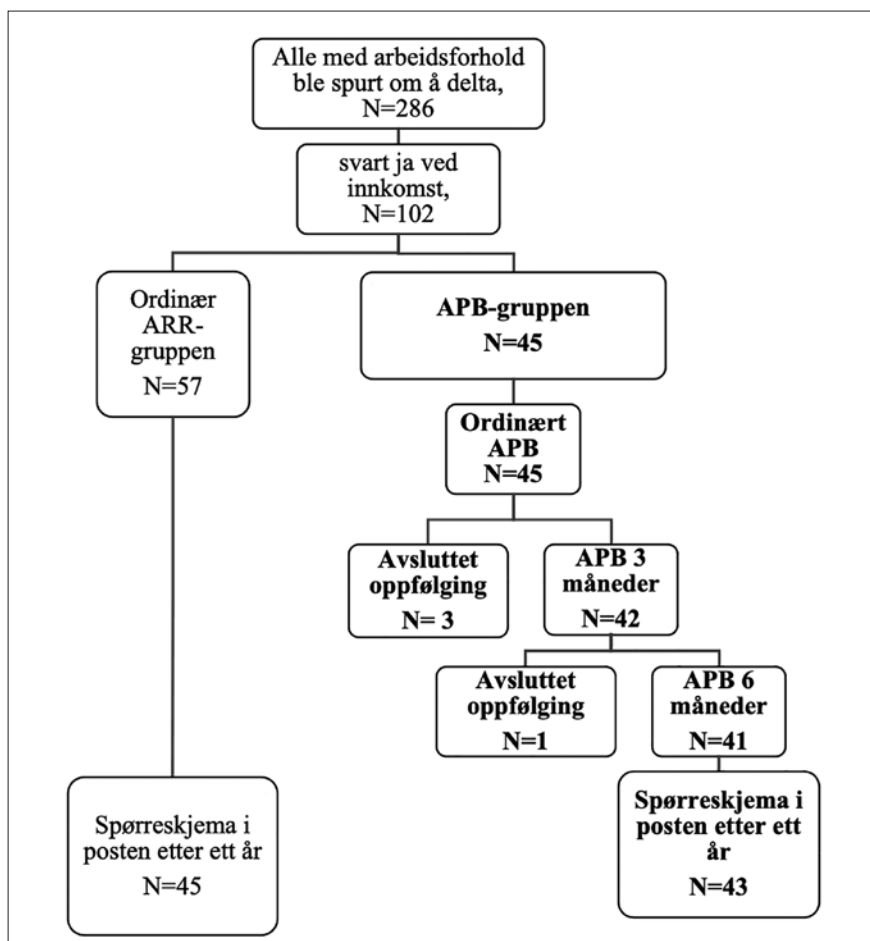
Muskel- og skjelettplager er en av de hyppigste årsakene til sykefravær, rehabilitering og uførepensjonering i Norge (Gjesdal et al., 2018; Ihlebaek et al., 2010).

Arbeidsforhold som oppleves som fysisk eller psykososialt belastende over tid, kan føre til sykdom og sykefravær (Mehlum, 2011). Det har vært et stadig større fokus på betydningen av de psykososiale faktorene i arbeidslivet, og en av de mest brukte modellene for å forklare forholdet mellom psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet, stress og helse er *krav-kontroll-støtte modellen* (Karasek & Theorell, 1990). I denne modellen vil høye krav, lav kontroll og lav sosial støtte i en arbeidssituasjon kunne føre til stressbelastning over tid, som igjen kan føre til sykdom og plager som for eksempel muskel- og skjelettplager (Christensen & Knardahl, 2012; Christensen et al., 2018; Karasek & Theorell, 1990).

Når en person først har utviklet muskel- og skjelettplager og blitt sykemeldt, kan frykt for å oppleve smerte ved bevegelse, eller ved å utføre arbeidet, være en viktig faktor for å ikke returnere til arbeid (Øyeflaten et al., 2008). *Bevegelsesfrykt-modellen* (Fear Avoidance Beliefs model) viser hvordan frykt for smerte, kan føre til unngåelsesadferd og inaktivitet, som igjen fører til at smerteopplevelsen og funksjonsnedsettelsen opprettholdes og også forsterkes (Vlaeyenab & Lintonc, 2000). Denne modellen er vist å være relevant for personer med muskel- og skjelettplager og de som jobber i yrker med høy belastning (Andersson, 2004). En annen faktor som er vist å påvirke prognose ved muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser og i hvilken grad en person kommer tilbake til arbeid etter sykefravær for slike lidelser, er tro på egen bedring (Anthony, 1993; Hallegraff et al., 2012; Ness et al., 2014; Opsahl et al., 2016; Schafft, 2008).

Stiftelsen Hernes Institutt er en av flere ARR-aktører som tilbyr rehabilitering med arbeid som mål. Dette er et døgntilbud for personer med langvarige, sammensatte muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser. Rehabiliteringsforløpet bygger på et tverrfaglig arbeid med den hensikt å gjøre ARR prosessen systematisk og målrettet, og målet er å bistå deltakeren med å komme tilbake i arbeid (Aas et al., 2011). Det gjennomføres ulike aktiviteter som bidrar til distraksjon fra fokuset på smerte, samt trygging i aktivitet for å redusere frykten for smerte.

Det er tidligere gjort studier innenfor ARR i Norge som viser at døgntilbud gir bedre effekt på framtidig sykefravær enn dagtilbud (Gismervik et al., 2020). Det er også gjort studier som beskriver hvordan individuelle faktorer som alder, kjønn, diagnose, bedring av subjektiv helse, egenopplevd funksjon, smerterelatert frykt og sykemeldingshistorikk er assosiert med å komme tilbake i arbeid (Strupstad, 2011; Øyeflaten et al., 2014; Øyeflaten et al., 2016). Flere studier har også vist at kontekstuelle faktorer som tett kontakt med andre relevante aktører er viktig i prosessen mot arbeidsdeltakelse (Anema et al., 2007; Beemster et al., 2020; Karjalainen et al., 2003). Spesielt har kontakt med arbeidsplassen vist å ha betydning for å hjelpe deltakere tilbake i arbeid (Braathen et al., 2015; Cullen et al., 2017; Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, 2020). Gjennom en kontakt med arbeidsplassen kan det identifiseres krav som arbeidet innebærer samt individets opplevelse av kontroll. Videre kan arbeidsplassen sørge for tilrettelegging som igjen kan bidra til



Figur 1: Flytskjema.

å forebygge eller redusere sykefravær (Bruusgaard & Claussen, 2010; Franche et al., 2005). Braathen et al. (2015) fant at samhandling med arbeidsplassen og støtte fra andre aktører hadde betydning for økt selvopplevd arbeidsevne under og etter et ARR tiltak. Det er også vist at ARR utvidet med arbeidsplassbesøk kan være kostnadseffektivt sammenlignet med et ordinært ARR-tilbud (Reneman et al., 2020).

På Hernes Institutt ble det i 2012 startet opp med arbeidsplassbesøk (APB) som en del av ARR, der målet var å få til en tilrettelegging av fysisk og psykososialt arbeidsmiljø ute på arbeidsplassen. APB gjennomføres som besøk og møter på arbeidsplassen der deltakeren

selv, arbeidsgiver, ergoterapeut fra Hernes Institutt og andre aktuelle aktører (for eksempel NAV og/eller bedriftshelsetjenesten) deltar for å finne løsninger for at deltakeren skulle komme tilbake til sin arbeidsplass. Målet er å kartlegge mulighetene for å kunne tilrettelegge en arbeidssituasjon, utvikle handlingsplaner for bytte av arbeidsoppgaver, tilpasse arbeidsplassen med hjelpemidler eller lignende (Haugen et al., 2012). Det er ergoterapeut som har hovedansvar for dette arbeidet i samarbeid med de andre faggruppene i teamet ved Hernes Institutt (Haugen, 2016). Ergoterapeuten vil i det tverrfaglige teamet bidra med kunnskap om relasjon mellom arbeidstaker, arbeidsoppgaver og omgivelser

med en ressursorientert tilnærming (Norsk Ergoterapeutforbund, 2017).

Siden det finnes lite forskning om APB som ergoterapeutisk intervensjon i det tverrfaglige ARR-tilbudet i Norge, var formålet med studien å undersøke betydningen av denne intervensjonen innenfor ARR. Nærmere bestemt var målet for denne studien å undersøke hvilke faktorer som var assosiert med tilbakegang til arbeid etter seks og 12 måneder hos gruppen som fikk APB. Videre ønsket vi å sammenligne arbeidsstatus et år etter oppholdet ved Hernes Institutt i denne gruppen og en gruppe som ikke deltok på APB, men som fikk ordinær ARR.

Materiale og metode

DESIGN

Studien var designet som en prospektiv longitudinell oppfølging, og det ble benyttet spørreskjema for å samle inn data. Alle deltakerne fylte ut et spørreskjema ved ankomst til Hernes Institutt (M0) og mottok også et spørreskjema om arbeidsstatus etter 12 måneder (M12). APB-gruppen fylte i tillegg ut et spørreskjema ved hvert APB: APB tre måneder (M3) og seks måneder (M6) etter avsluttet opphold. Spørreskjemaene og variablene som ble benyttet vil beskrives nærmere under.

REKRUTTERING AV DELTAKERE

Inneliggende pasienter (N=286) ved Hernes Institutt i perioden fra 11. mars 2009 til og med 20. oktober 2010 ble invitert til å delta i studien (Figur 1). Inklusjonskriteriene for deltakelse var pasienter med opphold lengre enn 13 dager, og som kunne kommunisere på norsk. Deltakerne ble muntlig informert i gruppe om invitasjon til å delta i prosjektet tredje dagen

etter ankomst til Hernes Institutt av førsteforfatter (ergoterapeut). Det ble delt ut skriftlig informasjon og samtykkeerklæring som deltakerne tok med seg, og de som var interessert i å delta kunne senere ta kontakt med førsteforfatter. Det var 102 deltakere som takket ja til å delta i studien. Av disse takket 45 deltakere også ja til å motta APB som intervensjon under ARR prosessen. Det var 45 deltakere fra den ordinære ARR-gruppen og 42 deltakere fra APB-gruppen som svarte på oppfølgingsskjema ett år etter oppholdet på Hernes Institutt. Se Figur 1.

SPØRRESKJEMA OG INSTRUMENTER

Spørreskjema ble distribuert til deltakerne av ergoterapeuten og var sammensatt av flere standardiserte skjema. *ARR-registrering* er et spørreskjema utviklet av Nasjonalt kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering for å kartlegge demografiske variabler og arbeidsrelaterte opplysninger. Dette skjemaet ble fylt ut ved M0 for både APB-gruppen og den ordinære ARR-gruppen.

Arbeidsstatus ble målt ved hjelp av spørsmålet «Er du fullt friskmeldt i dag?», med de følgende svaralternativer: «ja» eller «nei». En oppfølging med spørsmål «Hvis du ikke er friskmeldt i dag, hva er du da?», med de følgende svaralternativer:

- under medisinsk behandling
- under omskolering
- delvis friskmeldt,
- gradert trygd
- helt uføretrygdet».

Informasjon fra disse spørsmålene ble rekodet til:

- 1 = ikke i jobb (ikke friskmeldt, under medisinsk behandling, under omskolering, gradert trygd og helt uføretrygdet)

2 = delvis i jobb (inkluderer svaralternativ delvis friskmeldt)

3 = i jobb (fullt friskmeldt)

Arbeidsstatus ble målt på samme måte ved målepunktene M0, M3, M6 og M12 for APB-gruppen og målt ved M0 og M12 for ordinær ARR-gruppen.

Bevegelsesfrykt relatert til fysisk aktivitet og arbeid ble målt gjennom Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) (Waddell et al., 1993). Spørreskjemaet består av fem påstander om fysisk aktivitet og elleve påstander om arbeid som skal vurderes på en 7-punkts skala der 0 var «helt uenig», 3 var «usikker» og 6 var «helt enig». Skjemaet er oversatt og validert for norske forhold (Grotle et al., 2006). En sum-skår for fysisk aktivitet (0-24) og en for arbeid (0-42) beregnes, der høy skår indikerer høy grad av bevegelsesfrykt. I studien ble FABQ anvendt ved målepunktene M0, M3 og M6 for APB-gruppen.

Opplevd krav, kontroll, og sosial støtte på jobb ble målt gjennom Demand-Control Support Questionnaire (DCSQ) (Karasek & Theorell, 1990). DCSQ består av 17 spørsmål som skal besvares på en skala fra 1 («stemmer helt» eller «ja, ofte») til 4 («stemmer ikke» eller «nei, så godt som aldri»). Spørreskjemaet er oversatt og validert for norske forhold (Sanne et al., 2005).

En sumskår beregnes for hver av dimensjonene krav, kontroll og sosial støtte der høy skår angir høye krav, høy kontroll og høy grad av opplevd støtte (Karasek & Theorell, 1990). DCSQ ble benyttet ved målepunktene M0, M3 og M6 for APB-gruppen.

Tro på egen bedring ble målt gjennom en gruppe spørsmål hentet fra Spørreskjema om

Ryggplager og helse (Unifob Helse, Bergen Universitet). Tro på egen bedring bestod av 11 spørsmål som omhandlet i hvor stor grad du selv og omgivelsene dine (arbeidsgiver, familie, kollegaer, arbeidsleder og lege) har tro på egen bedring og mulighet til å komme tilbake til arbeid. Svar alternativene er:

1 = i liten grad

2 = i noen grad

3 = i stor grad

Et gjennomsnittskår ble beregnet og deretter kategorisert til liten (skår < 3) eller sterk (skår = 3) tro på egen bedring. Tro på egen bedring ble målt ved målepunktene M0, M3 og M6 for APB-gruppen.

Jobbtrivsel ble målt ved et enkelt spørsmål hentet fra skjemaet EVA-ergonomi (Aas, 2007). Spørsmålet «Hvis du skulle gi en karakter på din jobbtrivsel den siste tiden på en 10 cm linje, hvor ville du sette streken?», som ble besvart på en numerisk-skala fra 0 («dårlig») til 10 («bra»). Jobbtrivsel ble målt ved målepunktene M0, M3 og M6 for APB-gruppen.

STATISTIKK

I analysen av innsamlet data ble SPSS versjon 23.0 benyttet. Signifikansnivå var satt til $p < 0.05$. Deskriptiv statistikk (antall og prosent) ble gjennomført og Kji-kvadrat for uavhengighet (χ^2) ble benyttet for å teste signifikante forskjeller mellom APB-gruppen og den ordinære ARR-gruppen. De kategoriske variablene som ble testet var kjønn, utdanning, inntekt, sivil status, sektor, yrkeskategori, ansettelses-tid, stillingsstørrelse, IA-avtale og avtale med bedriftshelsetjeneste/Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Målepunktene for samtlige variabler var ved M0 og tilbake i arbeid ett år etter ved M12.

	Variabler	Total n (%)	ordinær ARR-gruppen n (%)	APB-gruppen n (%)	P-verdi
Deltakere		102 (100)	57 (56)	45 (44)	
Kjønn	Kvinner Menn	56 (55) 46 (45)	28 (49) 29 (51)	28 (62) 17 (38)	0.187
Utdanning	Grunnskole Videregående skole/yrkesskole Høgskole/universitet (1-4 år)/ høyere universitets grad	27 (27) 67 (66) 8 (8)	15 (26) 36 (63) 6 (11)	12 (27) 31 (69) 2 (4)	0.519
Inntekt	100 000 - 199 999 200 000 - 299 999 300 000 - 399 999 >400 000	12 (12) 37 (36) 39 (38) 14 (14)	6 (11) 24 (42) 21 (37) 6 (11)	6 (13) 13 (29) 18 (40) 8 (18)	0.492
Sivil status	Enslig Gift/samboer Enke/enkemann Skilt/separert	15 (15) 81 (79) 1 (1) 5 (5)	11 (19) 42 (74) 1 (2) 3 (5)	4 (9) 39 (87) 0 (0) 2 (5)	0.360
Sektor	Privat Offentlig Selvstendig- næringsdrivende Annet	52 (51) 43 (42) 6 (6) 1 (1)	30 (53) 25 (44) 2 (4) 0 (0)	22 (49) 18 (40) 4 (9) 1 (2)	0.447
Yrkeskategorier	Håndverk, manuelt arbeid Kontorarbeid og administra- sjon Pedagogisk arbeid (skole/bar- nehage) Helse og sosial Servicearbeider	47 (46) 2 (2) 3 (3) 29 (28) 21 (20)	27 (47) 0 (0) 1 (2) 19 (33) 10 (18)	20 (44) 2 (4) 2 (4) 10 (22) 11 (24)	0.301
Ansettelsestid	Under 1 år 1-5 år Over 5 år	3 (3) 20 (20) 79 (77)	3 (5) 11 (19) 43 (75)	0 (0) 9 (20) 36 (80)	0.295
Stillingsstørrelse	1-25 % 26-50 % 51-75 % 76-99 % 100 %	2 (2) 7 (7) 17 (17) 8 (8) 68 (67)	1 (2) 4 (7) 10 (18) 4 (7) 38 (67)	1 (2) 3 (6) 7 (16) 4 (9) 30 (67)	0.995
Inkluderende Arbeidslivsavtale hos bedriften	Ja Nei Vet ikke	70 (69) 27 (27) 4 (4)	37 (66) 15 (27) 4 (7)	33 (73) 12 (27) 0 (0)	0.182
Avtale med bedriftshelse-tjenesten/helse, miljø og sikkerhetsarbeid	Ja Nei Vet ikke	75 (74) 21 (21) 5 (5)	44 (79) 8 (14) 4 (9)	31 (69) 13 (29) 1 (2)	0.129
Tilbake i jobb ett år etter	I jobb Ikke i jobb	38 (43) 51 (57)	16 (35) 30 (65)	22 (51) 21 (49)	0.118

Tabell 1. Deltakernes kjennetegn, totalt, for APB-gruppen og ordinær ARR-gruppe.

Generalised estimating equations analyse (GEE) med ordinal logistisk modelltype ble benyttet for å teste om demografiske, arbeidsrelaterede psykososiale faktorer, bevegelsesfrykt, tro på egen bedring og jobbtrivsel var assosiert med deltakernes arbeidsstatus gjennom de første seks måneder med oppfølging (M0, M3, og M6) (Garson, 2013). Først ble en univariat modell gjennomført for hver enkelt variabel. Variablene som viste signifikante univariate sammenhenger med arbeidsstatus ble deretter inkludert i en multivariat GEE analyse.

Ordinal regresjonsanalyse ble benyttet for å undersøke hvilke faktorer som predikerte arbeidsstatus (komme tilbake helt, delvis eller ikke tilbake i arbeid) ved M12 (Garson, 2014). Her ble deltakernes demografiske karakteristikk samt psykologiske variabler målt ved M6 testen som mulige prediktorer av arbeidsstatus ved M12. Målepunktet M6 ble valgt ut på grunn av at de foreløpige analysene viste at variablene ved M6 hadde større betydning enn ved M0 og M3. I tillegg er det gjennom klinisk arbeid erfart at deltakerne i studien ved dette målepunktet har kommet ordentlig i gang på jobb, for eksempel avvirket ferie, sammenlignet med M3. Først ble univariat ordinal regresjonsanalyse gjennomført for hver enkelt variabel. Variablene som viste signifikante univariate sammenhenger med arbeidsstatus ved M12 ble deretter inkludert i en multivariat modell.

Da ikke alle deltakere har svart på alle spørsmål i løpet av studien, har de multivariate modellene noe lavere utvalgsstørrelse.

ETIKK

Prosjektet ble gjennomført i tråd

med de etiske anbefalingene i Helsinki deklarasjonen (World Medical association, 2018). Deltakerne mottok muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, at det var frivillig å delta, og at de når som helst kunne trekke seg uten at dette ville få konsekvenser. Da en av forfatterne er ansatt ved HERNES Institutt og hadde en dobbelt rolle som forsker og behandler, ble det vektlagt at deltakelse var frivillig. Det ble også vektlagt at det å ikke ville delta eller å senere trekke seg fra studien ikke hadde noen konsekvens for behandlingstilbudet på HERNES Institutt. Alle deltakere undertegnet et informert samtykkeskjema for deltakelse i studien. Studien er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2011/2348/Rek sør-øst).

Resultater

DELTAKERNES KJENNETEGN

Totalt hadde 67 prosent av deltakerne ryggglidelse som hoveddiagnose ved ankomst til HERNES Institutt. Deltakerne i studien hadde generelt lavt utdanningsnivå og relativt lav årsinntekt. De fleste deltakerne var ansatt i yrker med håndverk- eller manuelt arbeid, og 28 prosent arbeidet innenfor helse og sosialsektoren. Det var ingen signifikante sosiodemografiske eller arbeidsrelaterede forskjeller mellom APB-gruppen og gruppen som mottok ordinær ARR på M0. Se Tabell 1.

FAKTORER ASSOSIERT MED ARBEIDSSTATUS ETTER SEKS MÅNEDER

For gruppen som deltok i APB, viste resultatene fra den univariate GEE-analysen en signifikant lavere sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid etter seks måneder med:

- økende alder (OR = 0.932; 95 prosent KI = 0.886-0.979; $p < 0.005$)
- økende arbeidsrelateret bevegelsesfrykt (OR = 0.912; 95 prosent KI = 0.876-0.950; $p < 0.000$)
- økende opplevde krav i arbeid (OR = 0.799; 95 prosent KI = 0.712-0.897; $p < 0.000$)
- økende opplevd belastning i arbeid (OR = 0.139; 95 prosent KI = 0.035-0.542; $p < 0.005$)

Deltakerne hadde en signifikant høyere sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid ved:

- økende opplevd sosial støtte (OR = 1.153; 95 prosent KI = 1.024-1.299; $p < 0.019$)
- økende tro på egen bedring (OR = 3.012; 95 prosent KI = 1.579-5.746; $p < 0.001$).

For disse variablene ble ingen statistiske sammenhenger med arbeidsstatus funnet:

- jobbtrivsel (OR = 1.167; 95 prosent KI = 0.994-1.369; $p = 0.059$)
- kontroll (OR = 1.051; 95 prosent KI = 0.946-1,168; $p = 0.354$)
- frykt for smerte ved fysisk aktivitet (OR = 0.990; 95 prosent KI = 0.941-1.042; $p = 0.707$)
- kjønn (OR = 1.945-0.854; 95 prosent KI = 0.854-4.429; $p = 0.113$)

I den multivariate modellen var det kun alder, arbeidsrelateret bevegelsesfrykt og tro på egen bedring som beholdt en signifikant assosiasjon med arbeidsstatus ved M6. Med økende alder og arbeidsrelateret bevegelsesfrykt var det derfor lavere sannsynlighet for å være tilbake i arbeid etter seks måneder, mens økende tro på egen bedring over de seks månedene ga en dobbelt så høy

sannsynlighet for å være delvis eller helt tilbake i arbeid ved M6. Se tabell 2.

FAKTORER ASSOSIERT MED ARBEIDSSTATUS ETTER ETT ÅR

For gruppen som deltok på APB viste resultatene fra den univariate analysen signifikante sammenhenger med det å være tilbake i arbeid etter ett år med flere av variablene målt ved M6. Det ble funnet en sammenheng mellom det å være i jobb etter ett år og:

- lavere bevegelsesfrykt ($b = -0.133$; 95 prosent KI = $-0.213 - 0.053$; $p < 0.001$)
- høyere kontroll ($b = 0.275$; 95 prosent KI = $0.008 - 0.053$; $p < 0.044$)
- høyere tro på egen bedring ($b = 2.242$; 95 prosent KI = $0.606 - 3.879$; $p < 0.007$)
- det å være i arbeid ved seks måneder ($b = 3.480$; 95 prosent KI = $1.644 - 5.316$; $p < 0.001$)

Det var ingen signifikante sammenhenger med arbeidsstatus etter ett år for:

- alder ($b = -0.064$; 95 prosent KI = $-0.149-0.022$; $p = 0.143$)
- kjønn ($b = 0.508$; 95 prosent KI = $-0.800-1.816$; $p = 0.447$), krav ($b = -0.085$; 95 prosent KI = $-0.385-0.215$; $p = 0.0578$)
- belastning ($b = -2.213$; 95 prosent KI = $-4.814-0.389$; $p = 0.096$)
- sosial støtte ($b = 0.046$; 95 prosent KI = $-0.158-0.250$; $p = 0.656$),
- jobbtrivsel ($b = 0.202$; 95 prosent KI = $-0.031-0.435$; $p = 0.089$)
- bevegelsesfrykt for fysisk aktivitet ($b = -0.27$; 95 prosent KI = $-0.133-0.078$; $p = 0.609$)

I den multivariate ordinal regresjonsanalysen var det bare lavere

Variabler	Wald	OR	95% KI	
			nedre	øvre
Alder	3.83	0.95*	0.91	1.00
Arbeidsrelatert bevegelsesfrykt	13.30	0.93***	0.89	0.97
Krav	2.16	0.88	0.75	1.04
Belastning	0.00	0.98	0.14	6.64
Sosialstøtte	1.67	1.07	0.96	1.20
Tro på egen bedring	3.95	2.05*	1.01	4.16

Tabell 2: Sammenhenger mellom utvalgte arbeidsrelaterte psykologiske variabler samt alder og arbeidsstatus etter seks måneder, $n=41$.

* $p < 0.05$; *** $p < 0.001$, Konfidensintervall (KI), Odds ratio (OR), multivariate GEE ordinal analyser.

NB: Arbeidsstatus er operasjonalisert i tre nivåer: ikke i jobb, delvis/gradert i jobb, i full jobb.

arbeidsrelatert bevegelsesfrykt og det å være delvis eller helt tilbake i arbeid ved M6 som viste en signifikant sammenheng med det å være tilbake i arbeid etter 12 måneder. Se tabell 3.

ARBEIDSSTATUS ETTER ETT ÅR

Etter ett år var det 43 prosent av det totale utvalget som var tilbake i arbeid. Det var en noe høyere andel i gruppen som fikk APB (51 prosent) som var tilbake i arbeid ett år sammenlignet med gruppen som mottok ordinær ARR (35 prosent), men denne forskjellen var ikke statistisk signifikant ($p = 0.118$).

Diskusjon

OPPSUMMERING AV RESULTATER

De fleste deltakerne hadde ryggglidelse som hoveddiagnose og generelt lav sosioøkonomisk status. I APB-gruppen var lavere alder, lavere arbeidsrelatert bevegelsesfrykt, og høyere tro på egen bedring assosiert med en økende sannsynlighet for å komme delvis eller fullt tilbake i arbeid i løpet av de første seks måneder med oppfølging. Lavere arbeidsrelatert bevegelsesfrykt og det å i økende grad være tilbake i arbeid

ved M6 var assosiert med økende arbeidsdeltakelse ett år etter oppstart. Det var ingen signifikant forskjell mellom APB-gruppen og de som fikk ordinær ARR i arbeidsstatus ett år etter ankomst til Hernes Institutt, men det var en noe høyere andel i APB-gruppen som var kommet tilbake i arbeid etter ett år (51 prosent) sammenlignet med dem som fikk ordinær ARR (35 prosent).

BETYDNINGEN AV ARBEIDSPASSBESØK SAMMENLIGNET MED ORDINÆR REHABILITERING

Innføringen av APB som en del av den ergoterapeutiske delen av ARR på Hernes Institutt ble gjort med mål om å øke deltakelse i arbeidslivet og hverdagsmestring for denne pasientgruppen. Å inkludere arbeidssted og arbeidsrelaterte faktorer når hensikten er å få til arbeidsdeltakelse er vist å være viktig for å komme raskere tilbake i arbeid (Cullen et al., 2017; van Vilsteren et al., 2015). En studie fra Nederland viste at APB økte sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid ved seks måneders oppfølging (Beemster et al., 2020). Designet på vår studie gjør at vi ikke kan konkludere med hvorvidt

	Estimate (b)	95% KI	
		nedre	øvre
Arbeidsrelatert bevegelsesfrykt	-0.17*	-0.31	-0.03
Kontroll	0.09	-0.34	0.52
Tro på egen bedring	2.40	-0.37	5.18
Arbeidsstatus ved 6 måneder	2.28*	0.10	4.47

Tabell 3. Sammenhenger mellom utvalgte arbeidsrelaterte psykologiske variabler og arbeidsstatus etter ett år (n= 32).

*p<0.05, Konfidensintervall (KI), Estimate (b), ordinal regresjon analyse.

NB: Arbeidsstatus er operasjonalisert i tre nivåer: ikke i jobb, delvis/gradert i jobb, i full jobb.

APB øker sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid, og det var heller ikke noen signifikante forskjeller i andelen som var tilbake i arbeid etter ett år i APB-gruppen sammenlignet med de som fikk ordinær ARR. Dette er i tråd med en nylig gjennomført studie fra Hysnes Helsefort hvor ARR med arbeidsplassintervensjon ikke viste effekt på tilbakekomst i arbeid (Skagseth et al., 2020).

Det er likevel grunn til å merke seg at kun en tredjedel i den ordinære ARR-gruppen i vår studie kom tilbake i arbeid, mens halvparten av dem som deltok i APB var tilbake i arbeid etter ett år. For deltakerne totalt, var det bare 43 prosent som var tilbake i arbeid etter ett år. I en studie av Øyeflatten et al. (2008) ble det funnet at hele 70 prosent var i jobb ett år etter endt ARR på Rehabiliteringssentret AIR. En av grunnene til den lave andelen ved Hernes Institutt som kommer tilbake i arbeid kan være den sosiodemografiske profilen på pasientene. Det er tidligere vist at pasienter på Hernes Institutt generelt har lavere utdannelse og inntekt, flere har tyngre og manuelle jobber, lavere arbeidsevne og mer langvarige muskel- og skjelettplager enn pasienter på andre ARR institusjoner (Strupstad, 2011). Disse faktorene er funnet å

gi dårlig prognose for å komme tilbake i arbeid (Bruusgaard et al., 2010; Falkstedt et al., 2014).

FAKTORER ASSOSIERT MED DET Å KOMME TILBAKE TIL JOBB

Hovedformålet med denne studien var å undersøke hvilke faktorer som var forbundet med det å komme tilbake til jobb hos deltakerne som fikk APB i tillegg til ordinær ARR etter seks og 12 måneder. Vi fant at lavere alder, redusert arbeidsrelatert bevegelsesfrykt, samt økende tro på egen bedring var assosiert med økende grad av arbeidsstatus ved 6M. Dette kan tyde på at deltakernes subjektive oppfatning av framtidig arbeidsevne er sentralt i rehabiliteringsprosessen. Det å ha en tett kontakt med arbeidsstedet og oppleve tilrettelegging for å komme tilbake til jobb, er tidligere vist å ha positiv påvirkning på vurderingen den enkelte har av sin egen arbeidsevne (Braathen et al. 2015). Tidligere studier har vist at spesielt høy arbeidsrelatert bevegelsesfrykt kan føre til at arbeidstakere er skeptiske til egen arbeidsevne eller har problemer med å komme tilbake i arbeid (Gatchel et al., 2016; Vowles & Gross, 2003). Særlig arbeidere med fysisk tunge jobber, slik som deltakerne i denne studien,

er i høyere grad engstelige for å skade seg på nytt og oppleve forverring av smerter (Shaw et al., 2013). Redusert arbeidsrelatert bevegelsesfrykt er også vist å gi bedre funksjon og bevegelse, gi økt aktivitetsmengde og kan være assosiert med økte muligheter for å bli stående i arbeid eller komme tilbake i arbeid (Escorpizo et al., 2011; Geisser et al., 2003), og funnene i denne studien både ved seks og 12 måneder stemmer overens med dette. Å redusere arbeidsrelatert bevegelsesfrykt er derfor viktig, og dette er noe APB ser ut til å kunne bidra til.

Tro på egen bedring var også viktig for arbeidsstatus etter seks måneder, og dette er også vist i andre studier (Hallegraeff et al., 2012; Ness et al., 2014; Opsahl et al., 2016). En viktig arena er arbeidsplassen og deltakelse i arbeidslivet kan bidra positivt i en bedringsprosess (Schafft, 2008). Funnene i vår studie indikerer at APB kan være med på å bidra til at arbeidsgiver og kolleger kommuniserer sin tro med en positiv innvirkning på resultatet om å vende tilbake i arbeid, og at dette igjen påvirker den sykemeldtes tro på bedring og muligheter for å returnere til arbeid.

Krav-kontroll modellen (Karasek & Theorell, 1990) har hatt en framtreddende plass i forskningen på sykefravær. Ifølge denne modellen vil en arbeidssituasjon der man opplever høye krav og samtidig lav kontroll kunne føre til stressbelastning over tid, som igjen kan føre til sykdom og plager som for eksempel muskel- og skjelettplager og sykefravær (Christensen & Knardahl, 2012; Christensen et al., 2018; Karasek & Theorell, 1990). Det var derfor et noe uventet funn at disse variablene ikke var signifi-

kant assosiert med det å komme tilbake i arbeid verken ved seks eller 12 måneder i vår studie. Men flere studier har etter hvert vist at denne modellen blir noe for snever, og at det er andre psykososiale faktorer som kanskje påvirker muskel- og skjelettplager og sykefravær i større grad (Christensen et al., 2018; Aagestad et al., 2014). Denne studien underbygger dette. Det kan se ut som at faktorer som er knyttet til opplevelse av egen kropp og funksjon, slik som bevegelsesfrykt og tro på egen bedring, er viktige for å komme tilbake i arbeid.

STYRKER OG BEGRENSNINGER (SVAKHETER) VED STUDIEN

En styrke ved denne studien er at det ble benyttet et prospektivt design hvor deltakere i ARR fulgte opp over tid. Bruk av validerede teoribaserte instrumenter er også en styrke. Denne studien har imidlertid flere svakheter som også må vurderes. Først og fremst var utvalget lite. Dette kan øke risikoen for type II feil, og at eventuelle statistiske sammenhenger ikke blir oppdaget. Det lave antall deltakere begrenser generaliserbarheten til andre ARR populasjoner. En annen svakhet er at designet ikke gir mulighet til å undersøke om APB hadde effekt på tilbakegang til arbeid, da det ikke ble gjennomført noen randomisering av deltakere til de to ulike gruppene. Det kan være grunn til å anta at deltakerne i APB-gruppen i utgangspunktet hadde høyere motivasjon eller forventning om å komme tilbake i arbeid, noe som kan ha påvirket resultatene (Beemster et al., 2020; Dekkers-Sánchez et al., 2013). Videre så fikk ikke gruppen med ordinær ARR noen oppfølging etter endt opphold, og det

er derfor ikke mulig å si hvorvidt det var innholdet i APB eller selve den forlengede oppfølgingen som gjorde at flere kom tilbake i arbeid i denne gruppen. Studien er basert på selvrapporing, noe som kan være en begrensende faktor blant annet fordi det kan oppstå unøyaktigheter når det stilles spørsmål tilbake i tid (Hasan, 2005). Muligheten for «re-call bias» kan dermed ikke utelukkes.

Førsteforfatteren i denne studien hadde en dobbeltrolle som forsker og behandler. De etiske sidene ved dette er gjort rede for tidligere i artikkelen. Førsteforfatterens kunnskap og tilknytning til Hernes Institutt var betydningsfull og nødvendig for å utforme og gjennomføre APB og studien som helhet. Dette utgjør samtidig en utfordring når det gjelder studiens validitet fordi forforståelse kan føre til at resultatene fortolkes i en bestemt retning. I denne studien deltok også to andre forskere som ikke har noen formell tilknytning til Hernes Institutt og det ble benyttet standardiserte spørreskjema for å redusere muligheten for fortolkning av informasjon.

PRAKTISKE IMPLIKASJONER AV STUDIEN

Denne studien vil kunne bidra til å øke ergoterapeuters kunnskap om APB som virkemiddel i ARR. Studien identifiserer viktige faktorer som kan bidra til å identifisere arbeidstakere som har større utfordringer med å komme tilbake til arbeidsdeltakelse, og den viser at å fremme tro på egen bedring samt å redusere arbeidsrelatert bevegelsesfrykt er viktige faktorer for en vellykket arbeidsrettet rehabilitering. Det er derfor viktig at ARR generelt og APB spesielt har et fokus på disse faktorene. For ergoterapeuter som jobber med

ARR vil det være vesentlig å kunne bidra til å tilrettelegge arbeidsomgivelser og oppgaver, samt veilede arbeidstakeren for igjen å kunne gjenoppta deltakelse i arbeidslivet og oppleve hverdagsmestring gjennom arbeidsdeltakelse i samarbeid med arbeidsgiver.

Etterord

Førsteforfatter har en stilling på Hernes Institutt, utover dette er det ingen interessekonflikter. Stor takk til alle deltakerne som har bidratt i studien.

Referanser

- 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. [https://doi.org/10.1016/S1090-3801\(03\)00064-8](https://doi.org/10.1016/S1090-3801(03)00064-8)
- Anema, J. R., Steenstra, I. A., Bongers, P. M., de Vet, C. W., Knol, D. L., Loisel, P. & van Mechelen, W. (2007). Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine*, 32(3), 291-298. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000253604.90039.ad>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Beemster, T. T., van Bennekom, C. A. M., van Velzen, J. M., Frings-Dresen, H. W. & Reneman, M. F. (2020). Vocational Rehabilitation with or without Work Module for Patients with Chronic Musculoskeletal Pain and Sick Leave from Work: Longitudinal Impact on Work Participation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 72-83. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09893-z>
- Bruusgaard, D. & Claussen, B. (2010). Ulike typer sykefravær. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 130(18), 1834-1836. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0541>
- Bruusgaard, D., Smeby, L. & Clausen, B. (2010). Education and

- disability pension: a stronger association than previously found. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(7), 686-690. <https://doi.org/10.1177/1403494810378916>
- 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. <https://doi.org/10.3402/vgi.v6.26624>
- Christensen, J. O. & Knardahl, S. (2012). Work and back pain: a prospective study of psychological, social and mechanical predictors of back pain severity. *European Journal of Pain*, 16(6), 921-933. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2011.00091.x>
- Christensen, J. O., Nielsen, M. B., Finne, L. B. & Knardahl, S. (2018). Comprehensive profiles of psychological and social work factors as predictors of site-specific and multi-site pain. *Scandinavian Journal of Work Environ & Health*, 44(3). <https://doi.org/10.5271/sjweh.3706>
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D. M., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D. & Amick, B. C. (2017). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 1-15 <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
- Dekkers-Sánchez, P., Wind, H., Sluiter, J. & Frings-Dresen, M. W. (2013). What factors are most relevant to the assessment of work ability of employees on long-term sick leave? The physicians' perspective. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 86 (5), 509-518. <https://doi.org/10.1007/s00420-012-0783-3>
- Escorpizo, R., Reneman, M. F., Ekholm, J., Fritz, J., Krupa, T., Marnetoft, S.-U., Maroun, C. E., Guzman, J. R., Suzuki, Y. & Stucki, G. (2011). A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 126-133. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9292-6>
- Falkstedt, D., Backhans, M., Lundin, A. & Allebeck, P. (2014). Do working conditions explain the increased risks of disability pension among men and women with low education? A follow-up of Swedish cohorts. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 50(5), 483-492. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3441>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8038-8>
- Garson, G. D. (2013). Generalized Linear Models & Generalized Estimating Equations 2013. I Statistical Associates Blue Book Series (s. 26). Statistical Associates Publishers. Kindle Edition.
- Garson, G. D. (2014). *Ordinal Regression*. Statistical Publishing Associate.
- 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. <https://doi.org/10.1023/A:1026272721813>
- Gismervik, S., Aasdahl, L., Vasseljen, O., Fors, E., Rise, M., Johnsen, R., Hara, K. W., Jacobsen, H., Pape, K., Fleten, N., Jensen, C. & Fimland, M. (2020). Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial. *Scand Journal of Work, Environment & Health*, 46(4), 364-372. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3882>
- Gjesdal, S., Holmaas, T. H., Monstad, K. & Hetlevik, Ø. (2018). New episodes of musculoskeletal conditions among employed people in Norway, sickness certification and return to work: a multiregister-based cohort study from primary care. *BMJ Open*, 8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017543>
- Grotle, M., Brox, J. I. & Vøllestad, N. K. (2006). Reliability, validity and responsiveness of the fear-avoidance beliefs questionnaire: methodological aspects of the Norwegian version. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(6), 346-353. <https://doi.org/10.1080/16501970600722403>
- Hallegraef, J. M., Krijnen, W. P., van der Schans, C. P. & de Greef, M. H. G. (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. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70107-8](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70107-8)
- Hanvold, T. N., Kristensen, P., Corbett, K., Hasting, R. L. & Mehlum, I. S. (2020). Long-term sickness absence among young and middle-aged workers in Norway: the impact of a population-level intervention. *BMC Public Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09205-3>
- Hassan, E. (2005). Recall Bias can be a Threat to Retrospective and Prospective Research Designs. *The Internet Journal of Epidemiology*, 3, 1-7. <http://print.ispub.com/api/0/ispub-article/1360>
- Haugen, K. (2016). *Arbeidsrettet rehabilitering med arbeidsplassbesøk på Hernes Institutt: hva kjennetegner deltagerne og hvilke faktorer predikerer arbeidsdeltakelse etter et år* [Masteroppgave]. Høgskolen i Hedmark.
- Haugen, K., Strupstad, J. H., Kristoffersen, O. J., Teige, H. N., Lillefjell, M. & Ihlebaek, C. M. (2012). *Har oppfølging på arbeidsplass betydning for tilbakeføring i jobb? -En skreddersydd samtidighet i praksis* <https://hernes-institutt.no/wp-content/uploads/2013/11/Oppf%C3%B8lging-p%C3%A5-arbeidsplass-tilbakefoering-i-jobb.pdf>
- Ihlebaek, C. M., Brage, S., Natvig, B. & Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 130(23), 2365-2368. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0802>
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books. <https://doi.org/10.1002/npr.4040090411>
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H. & Koes, B. (2003). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. *Cochrane*

- Database Systematic Review, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002193>
- Mehlum, I. S. (2011). Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert? *Tidsskrift for den Norsk Legeforening*, 2(131), 122-125. <https://doi.org/10.4045/tidskr.10.0665>
- Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. (2020). *Veileder i arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*. arbeidoghelse.no. <https://arbeidoghelse.no/wp-content/uploads/2020/05/Veileder-ARR.pdf>
- Ness, O., Borg, M. & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: A literature review of first person perspectives. *Emerald Group Publishing Limited*, 7(3), 107-111. <https://doi.org/10.1108/ADD-02-2014-0007>
- Norsk Ergoterapeutforbund. (2017). *Arbeidsdeltakelse. Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om arbeidsdeltakelse*. <https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/3-Ut%c3%b8velse%20av%20ergoterapi/31-Fagomr%c3%a5der/316-Arbeidshelse/Politisk%20dokument%20arbeidsdeltakelse.pdf?originalPath=aHR0cHM6Ly9lcm-dvdGvYXBlbXRlbnUuc2hhcmVw-b2ludC5jb20vOml6L2cvRVZHUGt-NczlxWFpDaG52UVJODNpQVFCV-VltZFNWV0o4UjdPajBJdG9xZGxnQ-T9ydGltZT1Fb1N2Uk9NbDJKVzw>
- Opsahl, J., Eriksen, H. R. & Tveito, T. H. (2016). Do expectancies of return to work and Job satisfaction predict actual return to work in workers with long lasting LBP? *Musculoskeletal Disord*, Nov 17(1), 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1314-2>
- Reneman, M. F., Beemster, T. T., Welling, S. J., J.O, M. & Dijk, H. H. (2020). Vocational Rehabilitation for Patients with Chronic Musculoskeletal Pain With or Without a Work Module: An Economic Evaluation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31, 84-91. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09921-y>
- 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. <https://doi.org/10.1080/14034940410019217>
- Schafft, A. (2008). *Psykiske lidelser og arbeidsintegrering i Skandinavia: En kunnskapsstatus* (AFI rapport 4/2008). Arbeidsforskningsinstituttet. <https://www.napha.no/content/14300/psykiske-lidelser-og-arbeidsintegrering-i-skandinavia>
- 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). Springer. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-6214-9_11#page-1
- Skagseth, M., Fimland, M. S., Rise, M. B., Johnsen, R., Borchgrevink, P. C. & Aasdahl, L. (2020). Effectiveness of adding a workplace intervention to an inpatient multimodal occupational rehabilitation program: A randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 1-8. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3873>
- Statistisk Sentralbyrå. (2021a). *Sykefravær*. Hentet 04. Juni 2021 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12439/tableViewLayout1/>
- Statistisk Sentralbyrå. (2021b). *Uføretrygdede*. Hentet 03. Juni 2021 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/ufore/aar>
- Strupstad, J. H. (2011). Arbeidsrettet rehabilitering i Norge. *Utposten*, 3, 26-32. <https://www.utposten.no/asset/2011/2011-03-26-32.pdf>
- 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, 1-77. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub3>
- Vlaeyenab, V. W. S. & Lintonc, J. L. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(02\)00337-8](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(02)00337-8)
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D. & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52(2), 157-168. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90127-B](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90127-B)
- World Medical Association. (2018). *WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*. Hentet 02.06.21 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Øyeflaten, I., Hysing, M. & Eriksen, H. (2008). Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(7), 548-554. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9466-5>
- Øyeflaten, I., Opsahl, J., Eriksen, H. R., Braathen, T. N., Lie, S. A., Brage, S. & C.M, I. (2016). Subjective health complaints, functional ability, fear avoidance beliefs, and days on sickness benefits after work rehabilitation – a mediation model. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1084-x>
- Aagestad, C., Johannessen, H. A., Tynes, T., Gravseth, H. M. & Sterud, T. (2014). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway *Journal of Occupational Environmental Medicine*, Aug;56 (8), 787-793. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000212>
- Aas, R. W. (2007). *EVA- Ergonomi v2: Et verktøy for ergonomisk arbeidsplassvurdering*. <https://www.yumpu.com/no/document/view/3509187/eva-ergonomi-v2rtf/5>
- Aas, R. W., Strupstad, J. H., Solberg, A., Kiær, E., Ellingsen, K. L. & Teige, H. N. (2011). *Beste praksis i oppfølgingen av sykemeldte med muskel- og skjelettplager (Rapport IRIS 2011/056)*. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/11250/2632069>