

Rapport

ARBEID
OG HELSE
åpenarena
11. - 12. JANUAR 2012

Prekonferanse
med forskerblick på arbeidsrettet rehabilitering

Innhold

Program for prekonferansen.....	4
Innledning.....	6
Hva er sykdom om 20 år?	8
Presentasjon av relevant forskning	9
Reflekterende team	15
Evaluering prekonferansen 2012 – med forskerblikk på ARR.....	17
Abstrakter	26

Program prekonferanse 10. januar

- med forskerblick på arbeidsrettet rehabilitering

Arbeid og Helse - Åpen arena 10.-12. januar 2012

Hva er sykdom?

– Spiller vår forståelse av sykdom noen rolle for sykefraværsarbeid og for forskning innen arbeid og helse?

Moderator: Stein Atle Lie, Uni Helse, Bergen.

09.00 – 09.40 **Registrering** m/ kaffe

09.50 **Velkommen** v/ Irene Øyeflaten, AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering (NK ARR)

10.00 – 10.50 **Presentasjoner, 1. bolk**

1) Et sykdomsbegrep som er både relasjonelt og vitenskapelig.
v/ Hans Magnus Solli, Psykiatrien i Vestfold

2) "Jeg føler meg som et speilegg" – Om unges erfaringer etter gjennomgått kreftbehandling.
v/ May Aasebø Hauken, UiB & Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter

3) Hva bidrar til at sykmeldte kommer tilbake til arbeid?
v/ Liv Haugli, NK ARR

4) Tiltak i overgangen mellom utdanning og arbeid for unge.
v/ Sveinung Legard, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo

10.50 – 11.20 **Refleksjon og diskusjon i grupper**

11.20 – 11.35 Pause med kaffe

11.35 – 13.00 **Hva er sykdom om 20 år?**

Hovedinnlegg v/ Roger Strand, senterleder ved Senter for vitenskapsteori, UiB

13.00 – 14.15 Lunsj

14.15 – 14.40 **Presentasjoner, 2. bolk**

5) A comparative study of cancer patients with short and long sick-leave after primary treatment.
v/ Sævar Berg Gudbergsson, Rikshospitalet & UiO.

6) "Raskere tilbake" til arbeid etter hjerneslag.
v/ Guri Einbu, Sykehuset Innlandet

14.40 – 15.00 Kort muntlig introduksjon til posterrunde

1) **Psykisk helse blant elever på første året i videregående skole i Troms fylke- deskriptive data og noen foreløpige funn.**

v/ Charlotte Bjørnskov Goll, UiT

2) **Frafall i videregående skole blant elever i Troms fylke – preliminare kvalitative funn etter første år.**

Prosjekt: Ung vilje.

v/ Karl-Ottar Ottosen, UiT

3) **Presentasjon av de første erfaringene fra kurs om arbeid og meningsfylt aktivitet ved Montebello-senteret, Senter for livsmestring ved kreft.**

v/ Sævar Berg Gudbergsson, Rikshospitalet & UiO

4) **Effekten av systematisk oppfølging: Design av en randomisert kontrollert studie.**

v/ Karen W. Hara, NTNU & Hysnes Helsefort, St. Olavs hospital

5) **Parental socioeconomic status and choice of education among Danish adolescents. – The Influence of personal and family childhood conditions.**

v/ Trine Nøhr Winding, Herning Regional Hospital, Denmark

6) **Is multidisciplinary treatment more beneficial for sick-listed employees because of low back pain with no improvement in symptoms? – A subgroup analysis of randomized controlled trial.**

v/ David Høyrup Christiansen, Danish Ramazzini Center & Herning Regional Hospital

7) **Work status, health and functioning three years after participation in an interdisciplinary occupational rehabilitation program**

v/ Inger Johanne Midtgarden, NK ARR

8) **Comprehensive occupational rehabilitation programs for return to work among people on long term sickness absence – A systematic review.**

v/ Tore Norendal Braathen, NK ARR

15.00 – 15.45 Posterrunde – vandring blant posterutstillerne med dialog m/kaffepause

15.45 – 16.35 Presentasjoner, 3. bolk

7) **Effekt av en universell rehabiliteringsmodell på tilbakeføring til arbeid: Design av to randomiserte kontrollerte studier.**

v/ Marius S. Fimland, NTNU & Hysnes Helsefort, St. Olavs hospital

8) **Har oppfølging og arbeidsplassbesøk ved Hernes Institutt betydning for tilbakeføring i jobb? - En skreddersydd samtidighet i praksis.**

v/ Kristin Haugen, Hernes Institutt

9) **Return to work in comprehensive occupational rehabilitation – predictive properties of the Readiness for Return To Work scale.**

v/ Tore Norendal Braathen, NK ARR

10) **Why are general practitioners reluctant to enrol patients into a randomized controlled trial on sick leave? – A qualitative study.**

v/ Silje Mæland, Uni Helse

16.35 – 17.15 Reflekterende team v/Merete Labriola og Liv Haugli

Introduksjon til videre refleksjon i grupper og avrundning av dagen.

Rapport fra Prekonferansen – med forskerblick på arbeidsrettet rehabilitering

Tema: Hva er sykdom? – Spiller vår forståelse av sykdom noen rolle for sykefraværarbeid og for forskning innen arbeid og helse?

Arbeid og helse – Åpen arena 2012 ble i år som i fjor tjuvstarta med en prekonferanse. Prekonferansen setter fokus på forskning som er relevant for feltet arbeid og helse. I år fikk prekonferansen et filosofisk tilsnitt. Det var spørsmålet "Hva er sykdom?" som dannet utgangspunktet for programmet.



Irene Øyeflaten fra AiR ønsket velkommen til prekonferansen.

Valg av tema var også i år en tematisk oppfølging av tidligere prekonferanser. Konferansen i 2010 ble i stor grad viet den pågående sykefraværdebatten. I oppsummeringen ble det slått fast at vi har mye kunnskap om risikofaktorer for sykefravær, men mindre om hvordan denne kunnskapen blir benyttet på tiltakssiden. Et naturlig tema for prekonferansen i 2011 var derfor "Implementering av kunnskap i praksis". Arnstein Mykletun, leder av ekspertgruppen for reduksjon i sykefravær, holdt fjorårets hovedinnlegg der han redegjorde for råd og oppfølgingstiltak i etterkant av ekspertrapporten. Han argumenterte for et sammensatt syn på helse og sykdom og hevdet at det ikke er noe skarpt

skille mellom syk og frisk. "Syk er ikke nødvendigvis det samme som sykmeldt" sa Mykletun.

Som en følge av denne påstanden, ble det naturlig å spørre om vår forståelse av sykdom spiller noen rolle for sykefraværarbeid og forskning innen arbeid og helse. Medisinsk vitenskap har ikke alltid noen klar definisjon av hva som er sykdom. Trygdelovgivningen slår fast at definisjonen er avhengig av hvordan den medisinske vitenskapen til enhver tid utformer sykdomsbegrepet og praksisen som har utviklet seg på området. Det var derfor naturlig å kontakte filosofen Roger Strand fra Senter for vitenskapsteori ved UiB for å utfordre våre etablerte tankemønstre på hva sykdom er. Han stilte spørsmålet: "Hva er sykdom om 20 år?"

Programkomiteen for prekonferansen 2012 besto av:

- **Stein Atle Lie**, statistiker Uni helse og professor II ved UiB, (medlem av fagrådet for ARR)
- **Eli Molde Hagen**, lege og forsker, Sykehuset Innlandet, Hedmark, (medlem av fagrådet for ARR)
- **Merete Labriola**, forsker AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, Rauland og Danish Ramazzini Centre, Herning
- **Liv Haugli**, lege og fagsjef AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, Rauland, (leder av fagrådet for ARR)
- **Irene Øyeflaten**, forskningsleder og stipendiat, AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, Rauland



Prekonferansen ble moderert ved Stein Atle Lie.

Prekonferansen ble ledet, eller moderert, av Stein Atle Lie fra Uni Helse, Bergen. Programmet var delt inn i tre bolker med presentasjoner. Mellom disse var det en runde med mindre plakatfremlegg i tillegg til hovedforedraget ved filosof Roger Strand. Innimellom fremleggene var det lagt inn rom for spørsmål og diskusjon. Dagen ble avsluttet med en oppsummeringsdialog mellom Liv Haugli (NK ARR) og Merete Labriola (Dansk Ramazzini Center).

Hva er sykdom om 20 år? - Hovedinnlegg ved Roger Strand

Hovedinnlegget på prekonferansen var ved filosof og vitenskapsteoretiker Roger Strand fra Senter for Vitenskapsteori ved Universitetet i Bergen. Strand utfordret deltagerne til å reflektere over hva sykdom er nå, men også hva sykdom kommer til å være om 20 år. Han la vekt på de store forandringene som har skjedd i det norske helsevesenet de siste 20-30 årene, og ba deltagerne reflektere over hva de trodde kom til å skje de neste 20 årene.



Filosof Roger Strand oppfordrer deltagerne til å tenke over hvilke filosofiske forutsetninger en handling bygger på.

I tillegg knyttet han den spesifikke situasjonen i helsevesenet opp mot en større sammenheng både politisk og filosofisk. Det økende forbruket i et senkapitalistisk samfunn kan finnes igjen i et produktivitetsjag i helsevesenet. Filosofen ga også et innblikk i det han kalte "klientifisering": Jo, større en helseinstitusjon blir, jo flere pasienter trenger den. Et land kan risikere å bli et samfunn av pasienter.

Et moment som gikk igjen hos Strand var de politiske konsekvensene av at mange unge ikke kommer seg ut i arbeid. Diskusjonene i etterkant av innlegget viste stort engasjement blant deltagerne, og Strand påpekte hvor viktig det er for behandlere innen arbeidsretta rehabilitering å delta i slike diskusjoner; de har tenkt mye på disse temaene og har kompetanse på hva det vil si å være menneske.

Strand hadde lagt inn rikelig med tid for diskusjon mellom sine egne betraktninger. Noen synspunkt som ble fremmet var:

- "Sykdom" er i seg selv et negativt ord, en dom. Kan bruken av ordet sykdom nedtones? Det finnes muligheter i helsebegrepet.
- Solidaritetstankegangen er svak i dagens samfunn; vi vil ikke gi av egne goder. Hva skjer hvis velferdsstaten svekkes og de som forsvinner ut av arbeidslivet nå aldri kommer tilbake?
- Vi må innse at det å være menneske også innebærer angst, depresjon og smerte uansett fremtidig utvikling. Hvordan sykdom oppfattes er vesentlig.
- Et slag for borgerlønn: Vi må slutte å tenke at mangel på arbeid gir mangel på mening.
- Alle dør uansett, også i fremtiden. Samfunnsforskjeller blir større, dette kan føre til en politisk kollaps.
- Vi vil ha en bred normalitet og et helsevesen som ikke er så symptomorientert.
- Er det for lett å være utenfor jobb? Er det egentlig attraktivt å jobbe? Ja, for unge, de trenger et sosialt nettverk.

Strand avsluttet med en spesiell oppfordring til deltagerne: "Stå der, ikke bare gjør noe." Det er viktig å tenke over hva handlingen du gjør bygger på. I tillegg understreket han at det er lov å si noe selv om man ikke kan dokumentere det.

Presentasjoner av relevant forskning fra feltet arbeid og helse

Foredragsholderne som var invitert til å presentere arbeidene sine kom fra flere fagfelt. De hadde forskjellig tilnærming til utgangsspørsmålet, men felles for dem alle var at de rettet et kritisk blikk mot sykdomsbegrepet og knyttet det til arbeid og helse. Her følger en kort oppsummering av det de forskjellige presentasjonene inneholdt.

Et sykdomsbegrep som er både relasjonelt og vitenskapelig

- Hans Magnus Solli, Psykiatrien i Vestfold

Dagen ble innledet ved Hans Magnus Solli fra Psykiatrien i Vestfold. Han tok for seg sykdom som begrep og gikk igjennom definisjoner på helse og sykdom. Spesiell vekt la han på et relasjonelt sykdomsbegrep, eller en tilnærming til sykdom og helse som tar utgangspunkt i menneskers evner. Hva som defineres som sykdom må ses i relasjon til hver persons individuelle evner og situasjon.

Innlegget tok også opp helsebegrepet, og diskuterte positive og negative definisjoner av helse. Spørsmålet ble stilt: Er uhelse det motsatte av helse? Angst, tretthet, plager er noen av mange eksempler på uhelse. Men er dette det samme som sykdom? Solli presenterte videre to måter å definere sykdom på. Sykdommen kan reduseres til sin bærer, men den kan også ses på en pragmatisk måte. Et pragmatisk evnebasert sykdomsbegrep gir rom for redusert helse som ikke skyldes sykdom, som konflikter, overbelastning, og familiesituasjon.

“Jeg føler meg som et speilegg”: Om unges erfaringer etter gjennomgått kreftbehandling**- May Aasebø Hauken, UiB & Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter**

Hauken tok opp utfordringene kreftpasienter møter når de friskmeldes og skal tilbake i arbeid. Basis for undersøkelsen er dybdeintervjuer med 24-35 år gamle kreftpasienter. Ifølge Hauken opplever mange unge kreftpasienter et gap mellom forventning og realitet. Etter endt kreftbehandling har både de selv og omgivelsene en forventning til at de er tilbake der de slapp før sykdommen. Dette stemmer sjelden.

I likhet med Solli, knyttet Hauken denne opplevelsen til sykdomsbegrepet. Fravær av sykdom er ikke det samme som å være frisk. Diskusjonen viste et manglende samsvar mellom opplevelse av fravær av “sickness” (kreftceller) og opplevelse av “illness”. Rehabiliteringsprosessen bør kanskje bli en del av kreftbehandlingen siden det tar tid å bygge seg opp igjen. Et nytt begrep er ønskelig: “Rehabiliteringsmeldt”. Dette har fokus på mestring og fremtid, ikke sykdom. Rehabiliteringsprosesser tar tid. Sykdom er ikke en celleklump, men en prosess.



Det er viktig å forstå at fravær av sykdom ikke er det samme med å være frisk, poengterer May Aasebø Hauken.



Liv Haugli vil ha mer fokus på hva som får sykemeldte tilbake i arbeid, og ikke så mye på grunnene til at de sykemeldes.



- Kan spesialstøtte ha negative konsekvenser for unge funksjonshemmede? spør Sveinung Legard.

Hva bidrar til at sykemeldte kommer tilbake til arbeid?**- Liv Haugli, NK ARR**

Innlegget tok opp opplevelsen til brukeren: Hva mener brukeren er vesentlig i sin rehabilitering? Å være langtidssykemeldt innebærer en tvil om egen identitet. Brukere ser på helse og liv, familieliv og arbeidsliv, som to sider av samme sak. Det er ikke noe skille. Etter tre-fire uker med sykemelding øker risikoen for å falle ut av arbeidslivet.

Det finnes flere faktorer som fremmer tilbakeføring til arbeidslivet: tverrfaglige intervensjoner, kontakt mellom helsetjeneste og arbeidsplass. Case-studier er gjennomført med mål om å finne ut hva som bidrar til at sykemeldte kommer tilbake i arbeid. Fysisk aktivitet og bevisstgjøring av egne tankemønstre er en viktig del av opplegget i et tverrfaglig arbeidsrettet rehabiliteringsopphold.

Videre har undersøkelsen tatt for seg grunnene til sykemeldinger. Mye forskning på feltet har dreid seg om årsakene til sykdom og risikofaktorer. Det er lite fokus på hva som gjør at de sykemeldte kommer tilbake i arbeid. Det bør forskes mer på ting som selvforståelse, oppvekst og bæredyktig intervensjon.

Tiltak i overgangen mellom utdanning og arbeid for unge funksjonshemmede

- Sveinung Legard, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo

Det er mange unge funksjonshemmede som ikke fullfører skolegang eller kommer seg ut i arbeid. Undersøkelsen ser på effekten av overgangsstøtte. Den analyserer en persons sannsynlighet for å være i arbeid, samt ser etter negativ effekt av spesialstøtte. Arbeidsmarkedstiltak oppveier spesialstøtte i overgangsfasen mellom utdanning og arbeid.

Legard spør: Hva skiller de som klarer å vende blikket innover å finne noe i seg selv for å komme seg ut i jobb, og de som vender blikket utover for å søke støtte? Det rettes også et kritisk blikk mot feltet: Er vi for teoriløse og dokumentasjonssvake på rehabiliteringsfeltet?

A comparative study of cancer patients with short and long sick-leave after primary treatment

- Sævar Berg Gudbergsson, Rikshospitalet/UiO

Gudbergsson poengterte at det finnes lite forskning på sykemelding etter primærbehandling for kreft. I studien var fokuset å finne ut om det var noen felles faktorer for kreftpasienter med korte sykemeldinger kontra pasienter med lange sykemeldinger etter kreftbehandling. Konklusjonen ble at det finnes flere variabler som viste sammenheng med langtidssykemelding.



Sævar Berg Gudbergsson ser på sykemelding av kreftpasienter etter endt behandling.

Undersøkelsen har vist at pasienter med økonomiske bekymringer var i flertall blant de langtidssykemeldte. Videre er det påvist at det er flere langtidssykemeldte blant dem som fikk kombinert behandling. Det er altså ikke bare kreften som hemmer. I mange tilfeller kan det ha betydning med rådgivning og intervensjon for å forebygge langtidssykemelding.

"Raskere tilbake" til arbeid etter hjerneslag

- Guri Einbu, Sykehuset Innlandet

Undersøkelsen tok utgangspunkt i spørsmålene: "Hva forteller personer som har hatt hjerneslag om sin egen innsats for å komme tilbake til arbeid?" Og "På hvilke måter fikk prosjektet 'Raskere tilbake etter skade eller sykdom i hjernen' betydning i deres rehabiliteringsprosess?"

Undersøkelsen viste at slagpasienter opplever at det er vanskelig å finne en identitet etter et slag, både overfor dem selv og overfor andre. Dette er en stor utfordring for pasienten og for rehabiliteringsprosessen. I løpet av rehabiliteringsprosessen oppleves imidlertid felleskap med andre slagpasienter, gjennom at de deler sine historier. Dette skaper en opplevelse av normalitet og er vesentlig for rehabiliteringsprosessen. Pasienter må gi slipp på gamle oppfatninger av seg selv. Ny oppfatning og mange små justeringer er nødvendige for å skape ny plattform for eget selvbylde og identitet.



Opplevelse av normalitet er essensielt i rehabiliteringen av slagpasienter, sier Guri Einbu.

Effekt av en universell rehabiliteringsmodell på tilbakeføring til arbeid: Design av to randomiserte kontrollerte studier

- Marius Fimland, NTNU & Hysnes Helsefort, St. Olavs hospital

Forskningen på tilbakeføring til arbeid er stort sett gjort på spesifikke sykdomsgrupper. Likevel er det få pasienter som kun har ett problem eller én plage. Denne undersøkelsen har som utgangspunkt å se på felles faktorer. Kan en universell rehabiliteringsmodell for tilbakeføring til arbeid skapes og brukes på tvers av sykdomsinndelinger?

Hvorfor anvende en slik universell modell? Fordi det er høy grad av komorbiditet blant langtidssykemeldte, er det mulig å se på sykemeldte uavhengig av diagnose. Det kan være formålstjenlig å studere gruppen ut ifra andre inndelinger. For eksempel kan man undersøke unge sykemeldte som gruppe. Fimland spør om en tidlig multidimensjonal intervensjon kan forhindre sykemelding av unge.



Marius Fimland vil finne felles faktorer for tilbakeføring til arbeid på tvers av sykdomsgrupper.



Oppfølging på arbeidsplassen kan ha vesentlige følger for hvorvidt den sykemeldte kommer seg tilbake i arbeid eller ikke, forteller Kristin Haugen.

Har oppfølging og arbeidsplassbesøk ved Hernes Institutt betydning for tilbakeføring i jobb? En skreddersydd samtidighet i praksis

- Kristin Haugen, Hernes Institutt

Undersøkelsen tar for seg hvordan oppfølging og besøk på arbeidsplassen har betydning for muligheten til å komme tilbake til jobb. Kan ting som tro på egen bedring, tro på videre deltakelse i arbeidslivet, jobbtrivsel, kontroll over arbeidssituasjon, belastning, følelsen av å bli verdsatt, og smerterelatert frykt endres på ved hjelp av oppfølging på arbeidsplassen? Haugen presenterte det hun kalte "Gap-modellen": løsningen ligger i gapet mellom individets forutsetninger for å jobbe og omgivelsenes/arbeidsgivers krav.

Studien viste at 44 % av deltagerne var friskmeldte etter ett år. Sett i lys av at pasientene hadde prognose til å bli trygdede, mente Haugen at dette kunne anses som et ålreit resultat.



Readiness to Return to Work-skalaen kan tilpasses til norske forhold, ifølge Tore Norendal Braathen.

Return to work in comprehensive occupational rehabilitation – predictive properties of the Readiness for Return To Work scale

- Tore Norendal Braathen, NK ARR

Bråthen presenterte funn fra en pågående studie av Readiness for Return to Work-scale, eller Klar for arbeid-skalaen. I mange tilfeller er det sammenheng mellom brukers forventninger til arbeidsdeltagelse, og om de faktisk kommer tilbake til arbeid etter et rehabiliteringsprogram. Skalaen kan måle brukers forventninger eller oppfatninger om å komme tilbake i arbeid.

Studien viser foreløpig at det er behov for justeringer i skalaen for optimal bruk i en norsk rehabiliteringskontekst. Videre arbeid er å utvikle Klar for arbeid-skalaen på en måte som kan føre til forbedret praksis i rehabiliteringen.

Why are general practitioners reluctant to enroll patients into a randomized controlled trial on sick leave? A qualitative study

- Silje Mæland, UNI Helse

Utgangspunktet for denne studien er at det mangler forskning som verifiserer at sykemelding gjør en frisk. Vi vet ikke om en sykemelding gjør en friskere eller sykere. Forskerne har her ønsket å se på effekten av å gå sykemeldt kontra ikke å få sykemelding.

Samarbeid med fastleger var ønskelig for å randomisere tildeling av sykemelding. Men fastlegene ville ikke være med. Studien skiftet deretter fokus til å dreie seg om hvorfor fastlegene vegrer seg mot å ta del i slike studier. Resultatet viste i hovedsak tre grunner: (1) Fastleger mener de er de beste til å vurdere lengde på sykemelding; (2) Sykemelding ses som en rettighet; (3) Ideen om at lege-pasient-forholdet kan ødelegges. Forskerne spør om fastlegens forhold til pasienten i stedet kunne vært en ressurs i overbevisning av pasienter til å delta i studien.



Silje Mæland spør hvorfor fastleger vegrer seg mot å randomisere tildeling av sykemeldinger.

Posterpresentasjoner

I tillegg til de lengre foredragene, var det ni kortere presentasjoner av plakater. Plakatene ble også vist frem i salen, så deltagerne kunne se nærmere på dem i kaffepausen.

Postere:

- Psykisk helse blant elever på første året i videregående skole i Troms fylke - Deskriptive data og noen foreløpige funn. Ved Charlotte Bjørnskov Goll, UiT
- Frafall i videregående skole blant elever i Troms fylke – preliminaire kvalitative funn etter første år. Prosjekt: Ung vilje. Ved Karl-Ottar Ottosen, UiT
- Personer i Aktivitet og Arbeid – en kort presentasjon av studien. Ved Solveig Vindholmen, Durapart & UiA
- Presentasjon av de første erfaringene fra kurs om arbeid og meningsfylt aktivitet ved Montebello-senteret, Senter for livsmestring ved kreft. Ved Sævar Berg Gudbergsson, Rikshospitalet & UiO
- Effekten av systematisk oppfølging: Design av en randomisert kontrollert studie. Ved Karen W. Hara, NTNU & Hysnes Helsefort, St. Olavs hospital
- Parental socioeconomic status and choice of education among Danish adolescents. – The Influence of personal and family childhood conditions. Ved Trine Nøhr Winding, Herning Regional Hospital, Denmark
- Is multidisciplinary treatment more beneficial for sick-listed employees because of low back pain with no improvement in symptoms? – A subgroup analysis of randomized controlled trial. Ved David Høyrup Christiansen, Danish Ramazzini Center & Herning Regional Hospital
- Work status, health and functioning three years after participation in an interdisciplinary occupational rehabilitation program. Ved Inger Johanne Midtgarden, NK ARR
- Comprehensive occupational rehabilitation programs for return to work among people on long-term sickness absence – A systematic review. Ved Tore Norendal Braathen, NK ARR

Reflekterende team: Oppsummering og avrunding av dagen

Etter en lang rekke foredrag og mye faglig input, ble prekonferansen avsluttet med en oppsummering og refleksjonsrunde ledet av Liv Haugli og Merete Labriola. De innledet med å fortelle hva som hadde slått dem i løpet av dagen.

Haugli reflekterte over hvorvidt det er mulig å påvirke ting på systemnivå. Hun spurte seg om sykdom og sykefravær er samme sak, og om oppfølging er det samme som sykeliggjøring. Labriola fokuserte på noe flere foredragsholdere og deltagere hadde kommet tilbake til i løpet av dagen, nemlig utfordringene ved at mange unge ikke kommer seg ut i jobb, men går arbeidsledige eller blir uføre. Hun spurte seg om dette kunne skape en generasjon av "syke".



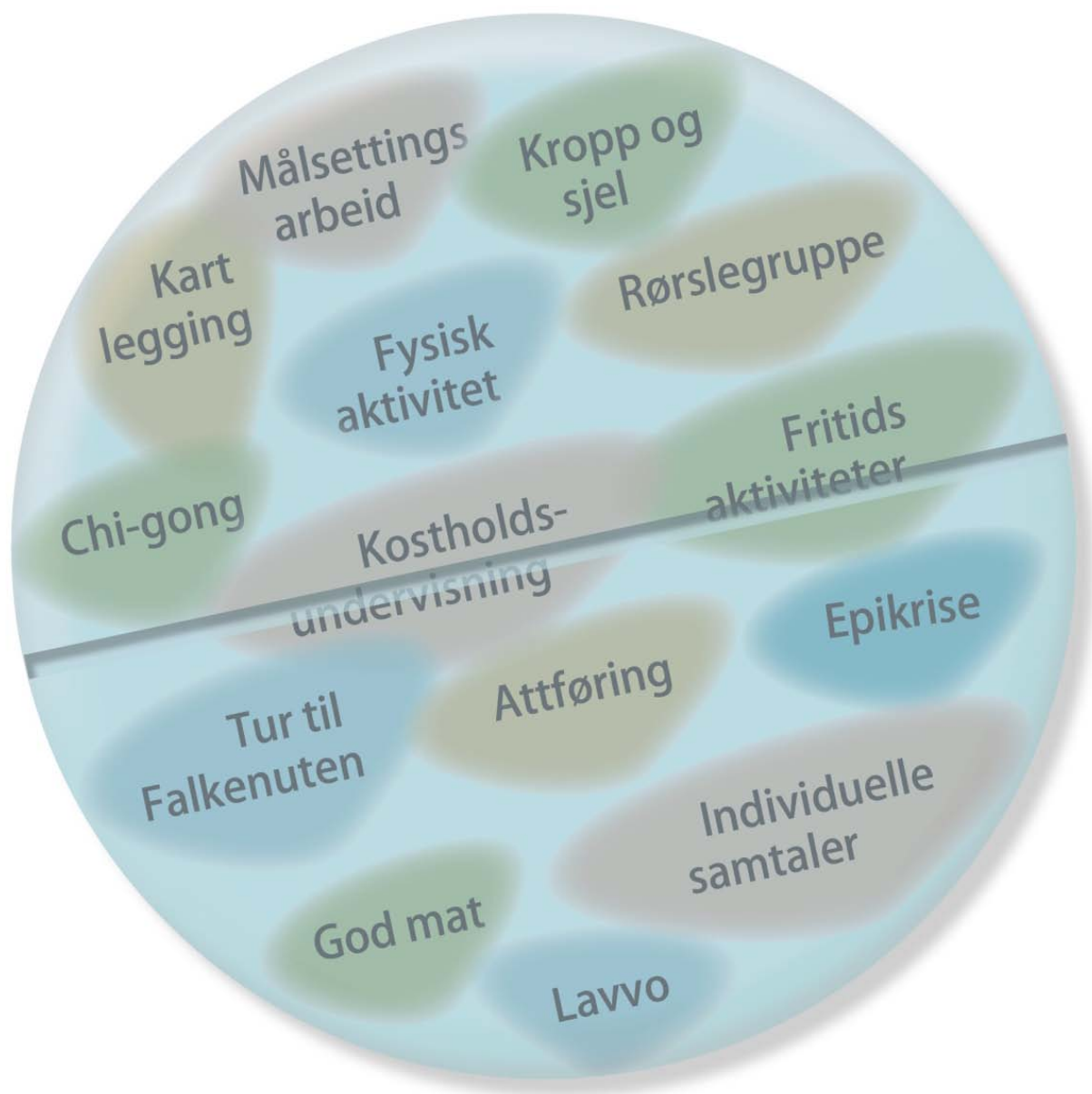
Reflekterende team; Liv Haugli og Merete Labriola oppsummerer dagen. Moderator Stein Atle Lie i bakgrunnen.

Videre ble det åpnet for innspill fra publikum angående hva de ville ta med seg fra dagen og hva de eventuelt ville ha mer av på neste års prekonferanse.

Her er noen punkter fra samtalen:

- Muligheten til å samles som forskere innenfor et avgrenset felt ble satt pris på. Det ble ytret et ønske om at prekonferansen med forskning godt kan utvides for å vise frem mangfoldet.
- Det ble også nevnt at forskning i seg selv ikke bidrar til at praksis endres. For å gjøre noe som har effekt er det behov for rapporter fra praksis, og muligheter for å snakke om klinisk erfaring og å kunne si noe uten dokumentasjon.
- Å jobbe med helse er et relasjonelt arbeid. For å øke kunnskap og ferdighet må holdningssettet til den enkelte som jobber med pasienter påvirkes. "Attføringspillen" til Haugli ble nevnt som en god illustrasjon på det sammensatte arbeidet.
- Det ble spurt om det fokuseres for mye på de negative sidene ved uføretrygding og sykemelding. Finnes det også positive sider?

Avslutningsvis trakk en deltager en parallell til musikken for å illustrere hvordan forskning og praksis fungerer: Mens forskningen er notene, så er den kliniske erfaringen musikken som spilles. Musikkmetaforen fant gehør hos flere, og det ble nevnt at et mål må være å lære pasientene å spille selv, fremfor å spille for dem.



"Attføringspillen" introdusert av Liv Haugli.

Evaluering av prekonferansen 2012 - med forskerblick på ARR

Alle som deltok på årets prekonferanse ble også i år tilsendt en e-post med et evalueringsskjema for konferansen. Spørsmålene var de samme som i 2011, slik at vi kan sammenligne med fjorårets evaluering. Det har totalt kommet inn 61 fullførte evalueringsskjemaer (64 påbegynte), noe som gir en svarprosent på 47. Dette er en liten økning fra i fjor (43 %). Nedenfor er alle svarene oppsummert og presentert.

1) Vi ønsket først å vite hva slags arbeid deltakerne på prekonferansen hadde

Det var her mulig å krysse av på flere svaralternativer. Prosentandelen er beregnet for de som returnerte evalueringsskjemaet. Det var relativt lik fordeling på arbeidstilknytning på deltakerne i år og i fjor.

- 34 % jobbet med forvaltning/ledelse (2011: 37 %)
- 33 % jobbet med forskning/ fagutvikling (2011: 35 %)
- 30 % jobbet med klinisk arbeidsretta rehabilitering (2011: 31 %)
- 16 % jobbet med annet klinisk arbeid (2011: 11 %)
- 11 % hadde annet type arbeid (2011: 8 %)

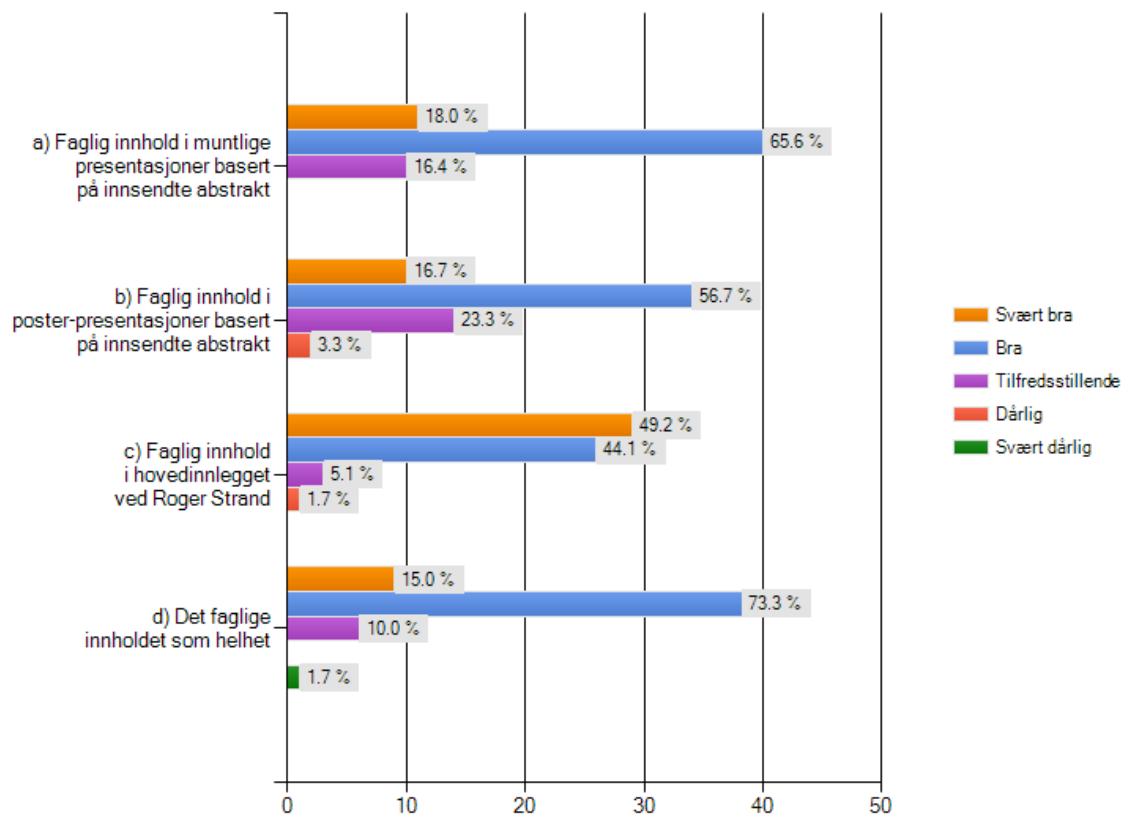
2) Hvordan vil du vurdere det faglige innholdet på prekonferansen?

Deltakerne ble her bedt om å evaluere det faglige innholdet i de muntlige presentasjonene basert på innsendte abstrakt, det faglige innholdet i poster-presentasjonene basert på innsendte abstrakt, det faglige innholdet i hovedinnlegget ved Roger Strand og det faglige innholdet som helhet (se figur 1).

- Totalt 84 % mente at faglig innhold i muntlige presentasjoner basert på abstrakt var bra (66 %) eller svært bra (18 %), mens 16 % mente det var tilfredsstillende.
- Totalt 73 % mente at faglig innhold i poster-presentasjoner basert på abstrakt var bra (57 %) eller svært bra (17 %), 23 % mente det var tilfredsstillende og 3 % dårlig.
- Totalt 93 % mente at hovedinnlegget var bra (44 %) eller svært bra (49 %), 5 % mente det var tilfredsstillende og 2 % dårlig.
- Totalt 88 % mente at det faglige innholdet som helhet var bra (73 %) eller svært bra (15 %), 10 % mente det var tilfredsstillende og 2 % at det var svært dårlig (se figur 1).

Sammenlignet med tilbakemeldingene fra 2011, var deltakerne betydelig mer fornøyd med det faglige innholdet på prekonferansen i år enn i fjor.

Hvordan vil du vurdere det faglige innholdet på prekonferansen?



Figur 1

Tall for 2011:

- Totalt 65 % mente at faglig innhold i muntlige presentasjoner basert på abstrakt var bra (51 %) eller svært bra (14 %), mens 35 % mente det var tilfredsstillende.
- Totalt 96 % mente at hovedinnlegget var bra (29 %) eller svært bra (67 %), mens 4 % mente det var tilfredsstillende.
- Totalt 63 % mente at det faglige innholdet som helhet var bra (53 %) eller svært bra (10 %), 35 % mente det var tilfredsstillende og 2 % at det var dårlig, (se figur 1).

Det var mulig å komme med egne kommentarer til det faglige innholdet. Kommentarene er samlet uten endringer nedenfor.

Kommentarer til det faglige innholdet:

- Roger Strand gjorde inntrykk, et veldig flott innlegg.
- Flott å få en kapasitet som Roger Strand til å komme med nye perspektiver på det vi jobber med.
- Hektisk presentasjon av abstrakts første dag for en uten forskningsbakgrunn.
- Flott lagt opp program. Plassering av hovedinnlegget skapte god variasjon. Summingen fungerte også fint, men det kunne vært oppfordret til plasskifte underveis slik at en fikk snakket med flere. Flott med et vitenskapsfilosofisk samfunnsperspektiv i hovedinnlegget! Det var utfordrende og spennig.
- Opplever at det var en faglig nivåheving på presentasjonene basert på abstrakt i forhold til i fjor.
- Likte godt Roger Strand og hans tilnærming til tema.
- Jeg savner anledning for å diskutere prosjekter/problemstillinger. Det blir litt knapt med pausene.
- Jeg mener at dette; "forskningens dag" helst må være med og bli mere av i fremtiden.
- Departement med statssekretærer, samt aktørene fra næringslivet burde også deltatt på prekonferansen, skal man få inkludert forskning i praksis... tror jeg da.

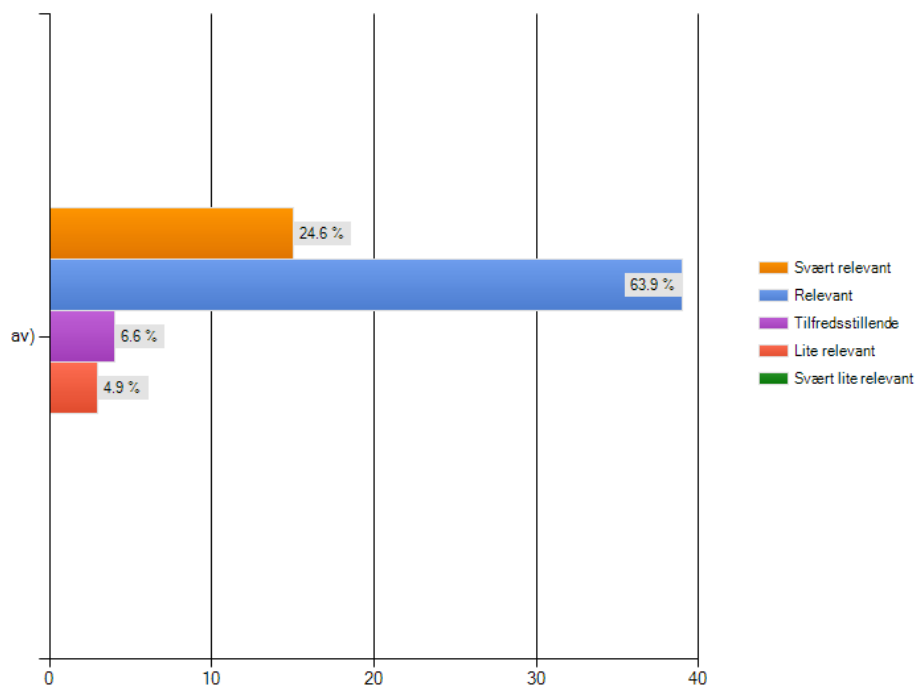
3) Hvor relevant var det faglige programmet for deg i ditt arbeid?

Totalt 89 % av de spurte mente at det faglige programmet var relevant (64 %) eller svært relevant (25 %) i forhold til eget arbeid. 7 % mente det var tilfredsstillende og 5 % svarte lite relevant. (Se figur 2.)

Tall for 2011:

Totalt 82 % av de spurte mente at det faglige programmet var relevant (26 %) eller svært relevant (57 %) i forhold til eget arbeid, 14 % mente det var tilfredsstillende og 4 % svarte lite relevant.

Hvor relevant var det faglige programmet for deg i ditt arbeid?



Figur 2

4) Hvordan vil du vurdere organisering og rammer for prekonferansen?

Det var her totalt 8 underspørsmål som omhandlet formidlingsform, tidsbruk, mulighet for å stille spørsmål, kommentere og diskutere underveis, ledelse, utdelt program og abstraktefte, samt lokaliteter.

a) Formidlingsform muntlig presentasjon basert på abstrakt

Totalt 87 % mente at formidlingsformen på abstraktpresentasjonene var bra (67 %) eller svært bra (20 %), 10 % mente det var tilfredsstillende og 3 % dårlig.

Tall for 2011:

Totalt 74 % mente at formidlingsformen på abstraktpresentasjonene var bra (55 %) eller svært bra (18 %), mens 27 % mente det var tilfredsstillende.

b) Formidlingsform poster-presentasjon basert på abstrakt

Totalt 75 % mente at formidlingsformen på poster presentasjonene var bra (59 %) eller svært bra (15 %), 22 % mente det var tilfredsstillende og 3 % dårlig.

Tall for 2011:

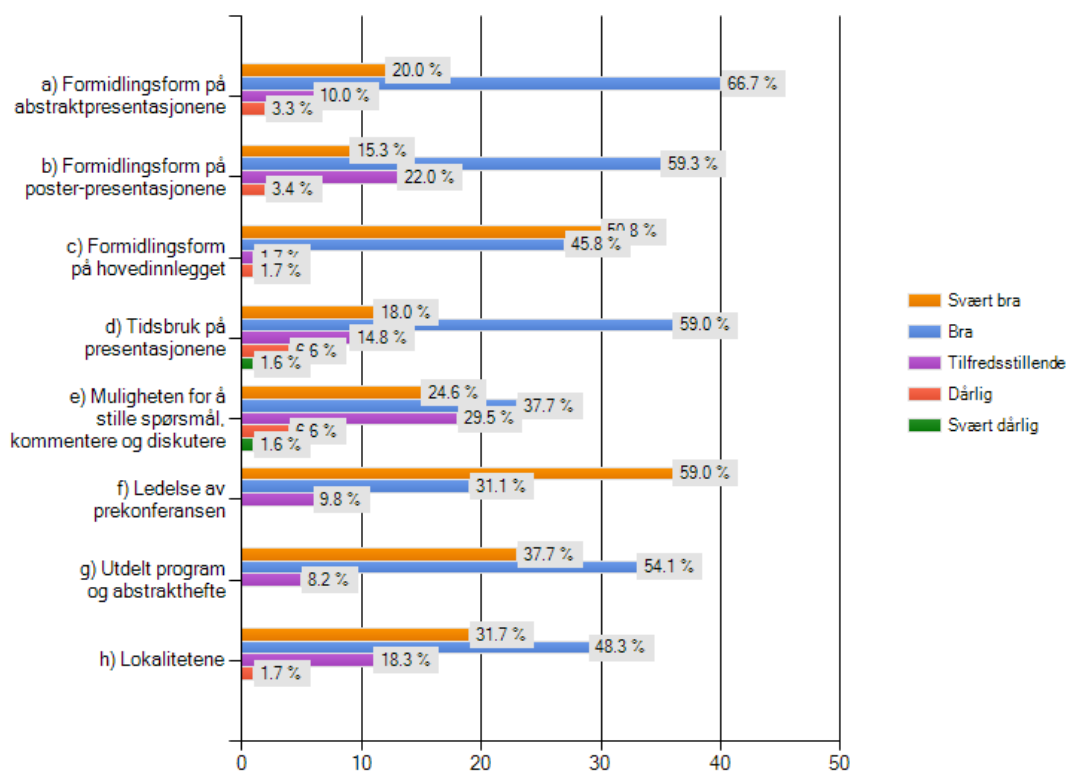
Ingen tall, hadde ikke poster presentasjonen i fjor.

c) Formidlingsform på hovedinnlegget

Totalt 97 % mente at formidlingsformen på hovedinnlegget var bra (46 %) eller svært bra (51 %). 2 % mente det var tilfredsstillende og 2 % dårlig.

Hvordan vil du vurdere organisering og rammer for prekonferansen?

Figur 3



Tall for 2011:

Totalt 100 % mente at formidlingsformen på hovedinnlegget var bra (33 %) eller svært bra (67 %).

d) Tidsbruk

Totalt 77 % mente at tidsbruk på presentasjonene var bra (59 %) eller svært bra (18 %). 15 % mente tidsbruken var tilfredsstillende, 7 % at den var dårlig og 2 % at den var svært dårlig.

Tall for 2011:

Totalt 81 % mente at tidsbruk på presentasjonene var bra (52 %) eller svært bra (29 %). 17 % mente tidsbruken var tilfredsstillende og 2 % at den var dårlig.

e) Mulighet for spørsmål

Totalt 62 % mente at muligheten for å stille spørsmål, kommentere og stille spørsmål var bra (38 %) eller svært bra (25 %), 30 % mente mulighetene var tilfredsstillende, 6 % mente det var dårlig og 2 % svært dårlige muligheter.

Tall for 2011:

Totalt 77 % mente at muligheten for å stille spørsmål, kommentere og stille spørsmål var bra (20 %) eller svært bra (57 %), 16 % mente mulighetene var tilfredsstillende, mens 6 % mente det var dårlige muligheter.

f) Ledelse

Totalt 90 % mente at ledelse av prekonferansen var bra (31 %) eller svært bra (59 %), mens 10 % mente ledelsen var tilfredsstillende.

Tall for 2011:

Totalt 98 % mente at ledelse av prekonferansen var bra (44 %) eller svært bra (54 %), mens 2 % mente ledelsen var tilfredsstillende.

g) Utdelt program

Totalt 92 % mente at utdelt program og abstraktheft var bra (54 %) eller svært bra (38 %), mens 8 % mente det var tilfredsstillende.

Tall for 2011:

Totalt 90 % mente at utdelt program og abstraktheft var bra (46 %) eller svært bra (44 %), mens 10 % mente det var tilfredsstillende.

h) Lokalitene

Totalt 80 % mente at lokalitetene var bra (48 %) eller svært bra (32 %), 18 % mente de var tilfredsstillende, mens 2 % mente lokalene var dårlige.

Tall for 2011:

Totalt 78 % mente at lokalitetene var bra (51 %) eller svært bra (27 %), 20 % mente de var tilfredsstillende, mens 2 % mente lokalene var dårlige.

Det var også mulig å komme med egne kommentarer til de 7 spørsmålene som omhandlet organisering og rammer for prekonferansen. Kommentarene er samlet uten endringer nedenfor.

Kommentarer til organisering og rammer:

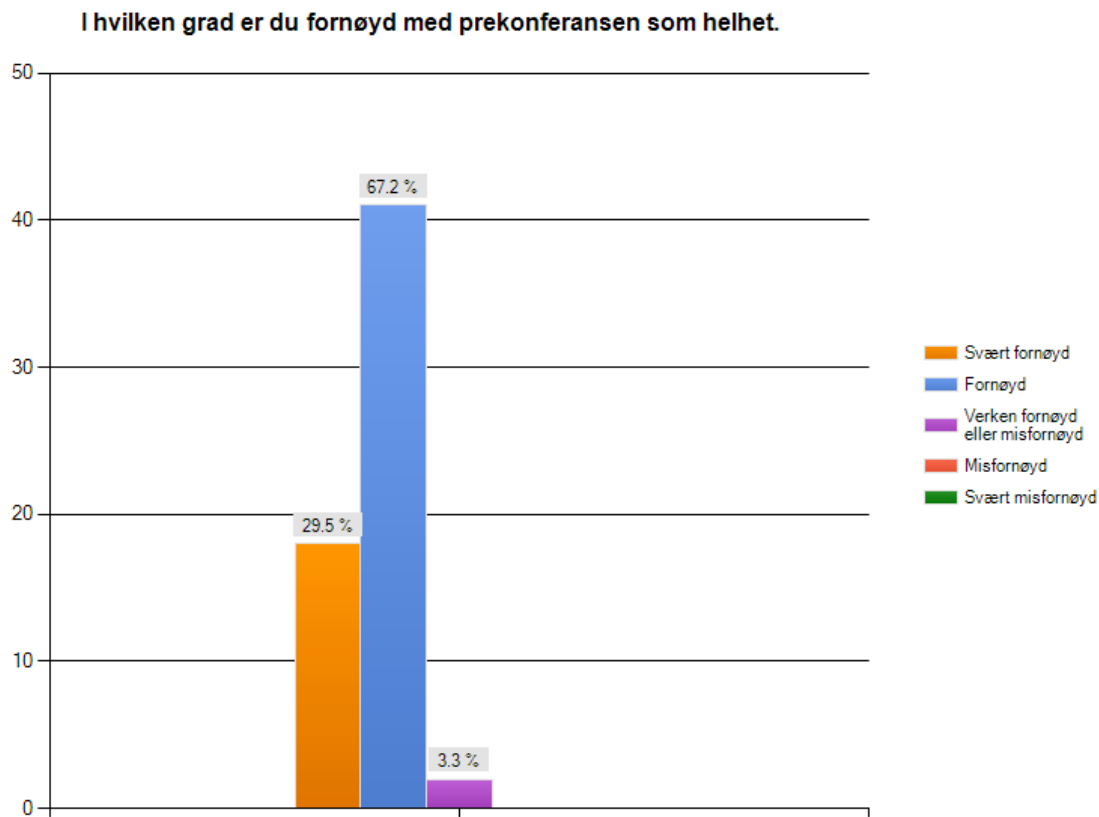
- Personlig synes jeg at det totalt sett ble litt for mange presentasjoner. Du som deltaker når etter hvert et metningspunkt (oppmerksomhet og kunne ta til seg det som blir formidlet) og de som skal presentere noe på slutten av en økt/dag får en svært vanskelig oppgave. Løsningen med posterrunden fungerte best for å bryte opp en lang dag og bidra til nettverksbygging - i mindre grad for å få formidlet ny kunnskap/forskning.
- Mørke lokaler, til dels mye bakgrunnsstøy pga borddekking, flytting av stoler osv.
- L var mørke og lite egnet til å notere når man ikke ser så godt.
- Artig grep med "reflekterende team" som avslutning.
- For knapp tid på presentasjonene og på rundbordskonferansen på scenen. Ville gjerne hørt mere fra bl.a. Stifoss Hansen (dir. fra næringslivet.) Pushing på tiden uheldig.
- Det var litt vanskelig å få kontakt med noen av de som presenterte sin poster fordi de var opptatt med å snakke med andre. Noen var ikke nok oppmerksom på å se om andre også hadde spørsmål, kommentarer. De kunne også med fordel vært "markerte" på en eller annen måte slik at man visste hvem som hadde poster.
- Stolene var veldig vonde å sitte på med kranglete rygg.

5) I hvilken grad er du fornøyd med prekonferansen som helhet?

Totalt 97 % var fornøyd (67 %) eller svært fornøyd (30 %) med prekonferansen som helhet. 3 % var verken fornøyd eller misfornøyd (se figur 4).

Tall fra 2011:

Totalt 88 % var fornøyd (60 %) eller svært fornøyd (27 %) med prekonferansen som helhet, 13 % var verken fornøyd eller misfornøyd, (se figur 4).



Figur 4

6) Er det noe fra prekonferansen som var spesielt viktig for deg og som du vil ta med deg i ditt videre arbeid?

Her er deltakernes egne tanker om hva som var viktig for dem:

- Viktig å ha fremtidsperspektivet med i fremtidas planlegging.
- Mindfulness.
- Ja - flere ting. Både helsebegrepet og "Readiness for return to work scale" blir tatt med. Ellers interessant å høre om at det pågår randomiserte, kontrollerte studier som imøtes med spenning.
- Jeg deltok selv som forsker og savnet litt mer tilbakemelding til de faglige presentasjonene. Dette var noe uklart i invitasjonen til konferansen.
- Å kunne se fagfeltet i et større samfunnsperspektiv.
- Problematiseringen av sykdomsbegrepet og betydning av å definere sykdom i den jobben vi gjør.
- Innlegget til Roger Strand var svært bra i forhold til å stoppe opp og stille kritiske spørsmål til en del måter å tenke på som er "særnorske".
- Resultater fra forskning og prosjektpresentasjoner.
- Det var veldig spennende å være med på en tankegang på hvordan vi vil ha det i fremtiden. Hovedforedragsholderen skulle hatt lengre tid.

- Større fokus på det friske kontra det syke.
- Viktigheten av å løfte opp det vitenskapsfilosofiske perspektivet med jevne mellomrom.
- Effekt av vårt arbeid.
- Forskning / innlegg relatert til etikk, menneskesyn, relasjoner, herunder "møtets" betydning mellom "jeg og den andre" med tanke på utvikling, endring, motivasjon og håp..
- Veldig spennende perspektiv fra hovedinnleder. Viktig å bli utfordret på etablerte tanker. Aktuelt tema.
- Presentasjonen om unge kreftpasienter. Foredraget til Roger Strand - tankevekkende! Mere av den type foredrag, trekke inne andre fagfolk som ser verden fra annet ståsted. Trenger noe å strekke oss etter.
- Tema "Hva er sykdom?" Hva forstår vi som sykdom. Samt nyttig for meg å se og høre om andre forskere sine prosjekter.
- Oppfølging av ARR prosjekter over tid.
- Refleksjonen rundt et relasjonelt sykdomsbegrep. Interessant og tankevekkende. Fint å få en oversikt over forskning som foregår innen feltet ARR.
- Øke fokuset på å følge opp pasienter/deltakere etter utskrivelse; de som har et definert behov større enn hva fast legene kan ta seg av (og kommunene har for lite ressurser). Øke fokuset på hva attføringsbedriftene kan ta seg av, slike tiltak (arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging) kan finansieres av Nav.
- Presentasjonen fra Hernes Institutt vil jeg presentere på min arbeidsplass.
- at vi har fått en RCT fra Hysnes (hvor var presentasjonen fra NK-ARR?)
- Fikk knyttet kontakter med andre nettverk.

7) Er det noe du hadde ønsket var annerledes?

- Her er deltakernes kommentarer til hva de ville sett annerledes på prekonferansen:
- Dersom fortsatt ønske om presentasjon av mange prosjekter så kunne man ha parallelle sesjoner som man som deltaker kunne velge mellom (etter lunsj).
- Kunne tenkt meg å vite mer om mental trening / mindfulness, og effekt/forskning ifbm ARR, og langtidsperspektivet. Hvor mange er fortsatt i jobb etter 5-10 år?
- Er det ment som en peer-review konferanse eller ikke kunne vært gjort noe tydeligere i invitasjonen.
- Det ble litt vel mye diskusjoner i små grupper mellom presentasjonene.
- Savner fokus på arbeidsmarkedet og at dette ses i sammenheng med sykefravær og vanskeligheter med å komme tilbake i arbeid Arbeidsmarkedet er en viktig aktør i forståelsen av sykefraværet, kanskje?
- Noe mer tid til spørsmål, utdyping og diskusjon rundt framlegg.
- Er usikker på hva jeg fikk ut av avslutningen av dagen.
- Noe heseblesende, kan hende vi kunne fått mer diskusjon med litt mer tidsslakk.
- Syns dere har gjort en fin jobb! dere tenker kreativt og det liker jeg :)
- Lokaler med bedre belysning
- At helsevesenet inklusive spesialisthelsetjenesten i større grad interesserte seg for ernæringsmedisin. Internasjonal forskning finnes og mange kunne kommet bedre og raskere ut av sine livsstils utløste sykdom-

mer, samt utmattelsesproblematikk, psykiske lidelser, ADHD mm om det hadde vært økt fokus på individuell ernæringsterapi kombinert med for eksempel fysisk aktivitet og god personlig oppfølging.

- Se tidligere kommentar om anledning til å diskutere problemstillinger og prosjektarbeid.
- Økt fokus på forskning (klinisk implikasjon må komme i dagene etter...)

Oppsummering

Oppsummert viser denne evalueringen at deltakerne på prekonferansen var godt fornøyd med konferansen som helhet, både med tanke på faglig innhold og det faglige programmets relevans i forhold til eget arbeid. De var også i år spesielt fornøyd med hovedinnlegget, denne gangen ved Roger Strand.

Totalt var det flere som var fornøyd eller svært fornøyd med prekonferansen som helhet sammenlignet med fjoråret (97 % i år mot 88 % i fjor).

Deltakerne har i stor grad også gitt positive tilbakemeldinger på organisering og rammer for prekonferansen. Sammenlignet med 2011 var deltakerne mer fornøyd med formidlingsformen på de muntlige presentasjonene. De var imidlertid mindre fornøyd både med tidsbruk og mulighet for å stille spørsmål og kommentere. Dette på tross av at programkomiteen i år la til rette for og brukte mer tid på summing og dialog i grupper.

Evalueringen viser at det fortsatt er forbedringspunkter når det gjelder organisering av prekonferansen. Dette kommer spesielt godt fram i kommentarfeltene, der deltakerne har skrevet ned sine vurderinger og innspill til forbedringer.

Alle innspill vil bli tatt med i planleggingen av neste års prekonferanse.

Abstrakter

Et sykdomsbegrep som er både relasjonelt og vitenskapelig

Hans Magnus Solli, Psykiatrien i Vestfold, Tønsberg, hmsolli@online.no

Introduksjon

Sykdomsbegrepet anses ofte som både verdiladet og relasjonelt. Men det er et spørsmål hvordan det relasjonelle nærmere skal forstås. Dette paperet utvikler et relasjonelt sykdomsbegrep slik at vitenskapelig kunnskap om sykdom kan føyes inn i et syn på mennesket som aktør i et samfunn (Solli 2011).

Metode

Metoden er begrepsanalyse med utgangspunkt i den svenske helsefilosofen Lennart Nordenfelts teori om menneskets evne til å handle. Evnebegrepet er relasjonelt. Tre vilkår må oppfylles for å tale på rett måte om menneskets evne til å handle. Det må foreligge: A) en person med kropp og mental utrustning, B) naturlige, sosiale og kulturelle omgivelser og C) mål som personen har behov for, eller ønsker, å oppnå. En vurdering av personens evner forutsetter at vurderingen skjer på grunnlag av en oppfatning om hva som gjelder som standard (eller rimelige) omgivelser. Er arbeidsforholdene altfor vanskelige, vil hvilken som helst person ikke ha evne til å utføre et aktuelt arbeid.

Resultat

Helse defineres på ulike bruksnivåer. En generell definisjon av helse er: En person har fullstendig helse hvis, og bare hvis, personen er i en slik kroppslig og mental tilstand at personen har evne til å realisere alle sine vitale mål, gitt standard (eller rimelige) omgivelser. Å realisere vitale mål vil bl.a. si å greie seg i dagliglivet, ha nære relasjoner i familie og vennekrets og delta i samfunnet, ofte på arbeidsmarkedet. Redusert helse/uhelse vil i følge definisjonen si at personen har problem med sin kroppslige eller mentale tilstand slik at evnen til å realisere et eller flere vitale mål ikke lar seg oppfylle, gitt standard (eller rimelige) omgivelser.

Sykdom defineres som en spesiell form for redusert helse/uhelse slik: Sykdom er en kroppslig eller mental prosess som er slik at den tenderer til redusert helse til personen som er sykdommens bærer. Det medisinske spørsmålet er om det kan påvises en årsak til redusert helse i organismen, en årsak som også er funnet hos andre med tilsvarende redusert helse. Denne definisjonen innebærer at sykdomsbegrepet har minst fire aspekter som står i et relasjonelt spenn med hverandre: Først A) en kroppslig eller mental sykdomsprosess. Og dernest: B) biologiske, psykologiske og åndelige ressurser som personen har til fortsatt å kunne handle, C) omgivelsenes positive ressurser eller muligheter, eller negative begrensninger D) mål, dvs. de ønsker og behov som personen setter for seg selv.

Diskusjon/konklusjon

Et evnebasert sykdomsbegrep er ikke ment å skulle erstatte diagnosene. Det er ment å bli brukt som redskap for refleksjon særlig innen rehabilitering og i NAVs praktiske virksomhet. Det begrunner at pasienten/brukeren ikke er noe tinglig, at dialog med han/henne er nødvendig og læring viktig. Tverrfaglighet der pasient/bruker medvirker er nødvendig for å belyse andre viktige sider ved sykdom enn sykdomsprosessen. Det finnes former for redusert helse som ikke skyldes sykdom.

Litteratur

Solli, H. M. 2011, "Evnebaserte helse- og sykdomsbegreper i NAV-systemet", Tidsskr Nor Legeforen, vol. 131, no. 11, pp. 1097-1099.

"Jeg føler meg som et speilegg" - Om unges erfaringer etter gjennomgått kreftbehandling

May Aasebø Hauken, Hemisenteret UiB/Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter, May.Hauken@RKHR.NO

Introduksjon

I Norge er rehabilitering ikke en integrert del av kreftbehandlingen til unge kreftpasienter, til tross for at nyere forskning tyder på at mange sliter med fysiske, psykiske og sosiale senskader etter behandlingen. Studien: "KaNo – et rehabiliteringsprogram for unge voksne (18 – 35) som har gjennomgått kreftbehandling" ble derfor initiert våren 2010. Målet er å utvikle, utprøve og evaluere et forskningsbasert, målrettet og strukturert rehabiliteringsprogram for pasientgruppen. Vi er i utprøvingsfasen og her presenteres resultater fra baseline.

Metode

Hele studien bygger på en mixed method med både kvalitativ og kvalitativ tilnærming. Aktuelle baselineresultater er belyst gjennom kvalitative dybdeintervju, analysert etter Malteruds Systematiske Tekst Kondensering (STC).

Resultat

20 deltakere mellom 24 – 35 år med ulike kreftdiagnoser ble intervjuet ved innkommst til rehabiliteringsprogrammet. Et av hovedfunnene sammenfattes i overskriften: "Tiden etter kreftbehandlingen" hvor flere underpunkter kommer fram: Et er "manglende forberedthet" hvor de gjennomgående beskriver at de ikke ble forberedt på tiden etter behandlingen; hverken i form av en avslutningssamtale, informasjon eller tilbud om rehabilitering, muligheter for senskader og bivirkninger og kun vage antydninger om hvordan de skulle forholde seg til tilbakeføring til studier/arbeidsliv. Videre beskrives "gapet mellom forventning og realitet". Her forteller deltakerne om ettervirkninger/senskader som bl.a redusert fysisk form, fatigue, konsentrasjonsvansker og hukommelsesproblemer med mer, noe de ikke var forberedt på. Selv om de ikke oppfatter seg selv som kreftpasienter, opplever de seg heller ikke som friske. De erfarer et gap mellom både egne og andres forventninger vedrørende det å være ferdigbehandlet og frisk. Dette medfører en stor grad av "alenehet" og en følelse av å stå utenfor. Videre synliggjør analysene at redselen for tilbakefall ligger høyt i bevisstheden. De opplever at oppfølgingen fra helsevesenet er mangelfull med dårlig kontinuitet, mange forskjellige leger på kontrollene med fokus på "kjøttkontroll" og lite psykososial oppfølging, noe som skaper både usikkerhet og utrygghet.

Konklusjon

Deltakerne opplevde at de verken var forberedt på eller har fått tilstrekkelig veiledning eller oppfølging i tiden etter gjennomgått kreftbehandling i ung alder. De sliter i stor grad med både fysiske og psykiske ettervirkninger og opplever på

mange måter at livet står på vent. Helsevesenet definerer dem som "friske" i form av fravær fra "sickness", men selv opplever de seg ikke friske (illness). Dette medfører at de opplever at de både står alene i rehabiliteringstiden og at tilbakeføringen til en normal hverdag i stor grad blir overlatt til den enkeltes egne initiativ uten kvalifisert og faglig veiledning. En deltaker sa det slik: "Jeg føler meg som et speilegg: "splashet" ut der jeg ikke vet hva som er hvite og hva som er plomme".

Hva bidrar til at sykemeldte kommer tilbake i arbeid?

What facilitates return to work?

Patients experiences 3 years after occupational rehabilitation.

Liv Haugli, AiR - Nasjonalt Kompetansesenter i arbeidsrettet rehabilitering, liv.haugli@air.no, Silje Mæland og Liv Heide Magnussen, Uni Helse, Bergen

Objective

We have limited knowledge about the specific elements in an occupational rehabilitation program that facilitate the process leading to return to work (RTW) as perceived by the patients. The aim of the study was to explore individual experiences regarding contributing factors to a successful RTW, three years after a resident occupational rehabilitation program.

Methods

The study is based on interviews of 20 individuals who attended an occupational rehabilitation program three years earlier. Ten informants had returned to work (RTW) and ten were receiving disability pension (DP). Data were analyzed by systematic text condensation inspired by Giorgi's phenomenological analysis.

Results

The core categories describing a successful RTW process included positive encounters, increased self-understanding and support from the surroundings. While the informants on DP emphasized being seen, heard and taken seriously by the professionals, the RTW group highlighted being challenged to increase self – understanding that promoted new acting in every-day life. Being challenged on self-understanding implied increased awareness of own identity, values and resources. Support from the surroundings included support from peer participants, employer and social welfare system.

Conclusion

Successful RTW processes seem to comprise positive encounters, opportunities for increased self – understanding and support from significant others. An explicit focus on topics like identity, own values and resources might improve the outcome of the rehabilitation process.

Literature

Haugli Liv, Mæland Silje, Magnussen Liv Heide. What facilitates return to work? Patients experiences 3 years after occupational rehabilitation, J Occup Rehabilitation: Volume 21, Issue 4 (2011), Page 573-581

Tiltak i overgangen mellom utdanning og arbeid for unge

Sveinung Legard, Arbeidsforskningsinstituttet (AFI), Oslo, Sveinung.Legard@afi.no
Sigtona Halrynjo, Institutt for samfunnsforskning, Oslo
Kristin Elisabeth Floer, Uavhengig forsker, Oslo

Introduksjon

Overgangen mellom utdanning og arbeid regnes som en kritisk fase for unge med nedsatt funksjonsevne. Sysselsettingsgraden blant unge funksjonshemmede er langt lavere enn for unge generelt, og andelen unge som mottar uføretrygd øker. Det har blitt mer fokus på tiltak som kan bidra til å lette overgangen til arbeidslivet for unge med nedsatt funksjonsevne, men forskningen på denne typen tiltak har i stor grad dreid seg om evalueringer av enkelttiltak eller sammenlikninger av ulike programmer og tiltak for å undersøke hvilke som er mest effektive. Det er i liten grad undersøkt om råd og støtte i overgangen mellom utdanning og arbeid overhodet bidrar til å øke sjansene for at funksjonshemmede kommer i arbeid, eller kontrollert for om slike tiltak kan ha ulik effekt for personer med ulike typer av funksjonsnedsettelse.

Problemstilling

I dette paperet anvender vi betegnelsen "disability penalties" for å beskrive reduksjonen i sannsynligheten for å være i jobb etter type og grad av funksjonsnedsettelse. Paperets hovedproblemstilling er: Bidrar tiltak, råd og støtte til å redusere "disability penalties" i overgangen mellom utdanning og arbeid?

Metode

Dataene i paperet er hentet fra en spørreundersøkelse blant 707 funksjonshemmede i aldersgruppen 19-35 år. Undersøkelsen er basert på selvrapportering av funksjonshemming blant deltakere i TNS Gallups webpanel. Seleksjonskriteriene er de samme som ble brukt i SSBs levekårsundersøkelse i 2007. Dataene er analysert ved hjelp av 3 logistiske regresjonsmodeller som undersøker effekten av støtte og råd i overgangen mellom utdanning og arbeid, etter respondentenes kjønn, alder, sosiale bakgrunn, utdanningsnivå, type og grad av funksjonsnedsettelse.

Resultat

Paperet viser at støtte og råd i liten grad bidrar til å redusere "disability penalties" i overgangen mellom skole og jobb. Den typen tiltak som har minst effekt er den som er spesielt rettet inn mot personer med nedsatt funksjonsevne (NAV, spesialrådgivere eller støtte fra funksjonshemmedes egne organisasjoner). Modellene viser at det er bedre å motta utilstrekkelig støtte eller ikke å motta støtte i det hele tatt, enn å motta støtte fra spesialinstanser. Ellers viser modellene at "disability penalties" er størst for de med fysisk funksjonsnedsettelse, store hindringer i hverdagen og sykdom.

Diskusjon og konklusjon

Vi antar at det finnes en viss seleksjonseffekt når det gjelder hvem som mottar råd og støtte fra spesialinstanser i overgangsfasen. Vi kan dermed ikke si at det å motta råd og støtte fra spesialinstanser i overgangsfasen i seg selv har en negativ effekt på sannsynlighetene for å være sysselsatt, men heller at denne typen råd og støtte i liten eller ingen grad klarer å gjøre noe med årsakene til at funksjonshemmede ikke kommer seg i arbeid. Implikasjonene av dette er en revurdering av hva slags type tiltak som tilbys for denne gruppen i Norge.

A comparative study of cancer patients with short and long sick-leave after primary treatment

Sævar Berg Gudbergsson, National Resource Center for Late Effects, Department of Oncology, Oslo University Hospital and University of Oslo, berg-g@online.no
Steffen Torp, Centre for Health Promotion in Settings, Faculty of Health Sciences, HiVe, Tønsberg.

Tone Fløtten og Roy Nielsen, Fafo Institute for Labour and Social Research, Oslo.
Sophie D. Fosså og Alv A. Dahl, National Resource Center for Late Effects, Department of Oncology, Oslo University Hospital and University of Oslo.

Background

Sick-leave after primary cancer treatment has hardly been studied. This study compares Norwegian cancer patients (CPs) with shorter (≤ 8 months) and longer (≥ 9 months) sick-leave after primary cancer treatment. Our aim was to characterize factors associated with these two types of sick-leave in order to identify possible factors for interventions by which long-term sick-leaves may be avoided.

Methods

A mailed questionnaire was completed by a sample of Norwegian CPs 15 to 39 months after primary treatment of the 10 most common invasive types of cancer. The groups with shorter ($N=359$) and longer ($N=481$) sick-leaves (SSL vs LSL) were compared with each other by self-reported information as to socio-demographic and cancer-related variables, health, quality of life, work ability, work situation and supportive interventions.

Results

The LSL consisted of 78% females, and 76% of them had breast or gynaecological cancer. A higher proportion of patients with low level of education, economical problems, treated with chemotherapy, hormones and multimodal treatment belonged to LSL compared to SSL. Significantly more LSL had recurrences of cancer, co-morbidity, regular use of medication, and poorer self-rated health, quality of life and work ability. Compared to SSL, more LSL reported needs for and offers of supportive care such as physiotherapy, physical activities and psychosocial support. A multivariate regression analysis showed that reduced work ability, changes in employment due to cancer, lack of support from supervisors at work, and having had combined treatment were significantly associated with being LSL.

Conclusions

Longer sick-leave after primary cancer treatment is associated with combined cancer treatment, lack of support from supervisors and reduced overall work ability. Interventions and counselling related to the work place and reduced work ability could be of value for prevention of long-term sick-leaves.

"Raskere tilbake" til arbeid etter hjerneslag. En kvalitativ studie om erfaringer for å komme tilbake til arbeidslivet etter hjerneslag

Guri Einbu, Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering, Sykehuset Innlandet, Guri.Einbu@sykehuset-innlandet.no

Formål

Formålet med studien var å få personer som hadde hatt hjerneslag til å fortelle om sine erfaringer for å komme tilbake til arbeidslivet, og for å undersøke hvordan prosjektet "Raskere tilbake etter skade eller sykdom i hjernen" fikk betydning i rehabiliteringsprosessen.

Teoretisk forankring

Studien er forankret i et interaksjonistisk vitenskapsteoretisk perspektiv og ergoterapeutisk grunnsyn som fokuserer på samhandlingen mellom mennesker og omgivelsene, og perspektivet hjalp til å oppdage og fortolke alminnelige, men interessante hendelser som respondentene fortalte fra rehabiliteringsprosessen (Goffman 1992, Kielhofner, m.fl. 1997).

Metode

I studien ble det benyttet en kvalitativ metode. Datainnsamlingen foregikk gjennom individuelle dybdeintervjuer av tre personer som hadde hatt hjerneslag. Et interaksjonistisk perspektiv og Erving Goffmans teatermetafor (1992) ble brukt for å analysere materialet. Intervjuene ble gjennomgått flere ganger og ord som kunne betegne temaene ble notert ned. Gjennom utsagn og spørsmål som respondentene svarte på, dannet det seg sammenhenger og mønster i datamaterialet. Flere underkategorier ble utviklet og etter hvert oppstod to hoveddimensjoner.

Resultater/konklusjon

Funnene i studien er presentert under to hoveddimensjoner:

- Egeninnsats i rehabiliteringsprosessen for å komme tilbake til arbeid etter hjerneslag
- Lagarbeid i rehabiliteringsprosessen for å komme tilbake til arbeid etter hjerneslag

Hoveddimensjonene inneholder flere underkategorier:

Egeninnsatsen til respondentene bestod av trening for å kartlegge, gjenvinne og holde ved like funksjonen, de måtte få oversikt over sine egne krefter og hvordan de skulle takle å leve med sviktende energi, og de måtte finne ut hvordan de skulle iscenesette seg selv overfor andre og skape en ny sosial identitet etter hjerneslaget.

Lagarbeidet respondentene fortalte om, kunne deles inn i tre underkategorier: Å være på lag med kolleger og ledere på arbeidsplassen, på lag med likemenn i "Raskere tilbake" og på lag med ansatte i "Raskere tilbake". Lagarbeidet som oppstod gjennom samhandlingen med andre, styrket dem i deres egen innsats og ble viktige bidrag i rehabiliteringsprosessen.

Oppgaven i fulltekst: <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-27822>

Effekten av en universell rehabiliteringsmodell på tilbakeføring til arbeid - Design av to randomiserte kontrollerte studier

Marius S. Finland, marius.finland@ntnu.no

Ottar Vasseljen, Sigmund Gismervik, Henrik B. Jacobsen, Karen W. Hara & Roar Johnsen.
Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU & Hysnes Helsefort, St. Olavs hospital, Trondheim.

Introduksjon

En universell rehabiliteringsmodell er utviklet for både somatiske og psykiske plager, da mange risikofaktorer for sykefravær er diagnoseuavhengige. Sentrale komponenter i modellen er mestring, fysisk trening og samhandling med fastlege og arbeidsgiver/NAV. Unge voksne med sykefravær over 6 mnd er under stor risiko for varig eksklusjon fra arbeidslivet. Videre, etter 8-12 ukers sykefravær vil arbeidstakere i alle aldre ha stor risiko for langvarig sykefravær. Denne studien vil undersøke effekten av rehabilitering for 1) unge voksne (18-30 år) med > 6mnd sykmelding / arbeidsavklaringspenger, og 2) effekten av forebygging av langvarig sykefravær for personer (18-60 år)

med 8-12 ukers sykefravær (Forebyggingsstudien).

Metode

Studien blir utført ved Hysnes Helsefort/St. Olavs Hospital i Trondheim og er en kompleks randomisert kontrollert studie (RCT). Potensielle deltakere blir identifisert i NAV sine databaser. Randomisering skjer på 2 nivå. På nivå 1 blir personer randomisert til å motta invitasjon eller ikke. De som mottar invitasjon blir bedt om å vurdere om dette programmet er aktuelt for dem, og sende skriftlig svar. Ved manglende svar kan telefonpåminnelse foretas. De som takker ja blir bedt om å fylle ut elektroniske spørreskjema og gjennomgår en forundersøkelse av lege og psykolog ved St. Olavs Hospital. Om kandidaten oppfyller inklusjonskriteriene blir vedkommende randomisert til Hysnes Helsefort eller vanlig behandling. Forebyggingsstudien har i tillegg en poliklinisk rehabiliteringsarm. Data vil bli samlet inn via offisielle register (FD-trygd) og elektroniske spørreskjema. Spørreskjema besvares før, og 3, 6, 9 og 12 mnd etter inklusjon. Primært endepunkt er bærekraftig tilbakeføring til arbeid. Sekundære endepunkt er blant annet totalt antall sykepengedager ilt 12 mnd, livskvalitet, selvopplevd fysisk og mental helse og funksjon, fysisk aktivitetsnivå og tanker om arbeid.

Diskusjon

Etter vår oppfatning er det flere viktige aspekt ved disse to studiene:

1. Norge har lang tradisjon for døgnbaserte arbeidsretta rehabiliteringssenter, men dette er første gang effekten av et slikt senter evalueres i en RCT.
2. Det er første gang effekten av en universell, arbeidsretta rehabiliteringsmodell blir evaluert i et rigorøst design, da deltakerne ikke er rekruttert pga en spesifikk medisinsk diagnose.
3. En styrke er at denne komplekse RCTen vil følges med kvalitative studier som vil gi en dypere forståelse av resultatene, og at helseøkonomiske analyser av rehabiliteringen vil foretas fra et samfunnsperspektiv.
4. Resultatene vil gi ny og viktig kunnskap om rehabilitering til arbeid, uavhengig av diagnose, for unge ute av arbeid pga helsemessige plager, og i forebyggingsstudien evaluere om slik rehabilitering kan forebygge langvarig sykefravær. Hovedfunnene vil bli publisert i 2015.

Har oppfølging og arbeidsplassbesøk ved Hernes Institutt betydning for tilbakeføring i jobb? - En skreddersydd samtidighet i praksis

Kristin Haugen, Hernes Institutt, kristin@hernesinstitutt.no
John H. Strupstad, Ole Jo Kristoffersen og Hilde Nitteberg Teige, Hernes Institutt.
Camilla Ihlebæk, Forskergruppe for Natur, helse og livskvalitet, IHA, UMB og Uni helse, Bergen.

Bakgrunn

I Norge utgjør mennesker med smerter i muskel- og skjelettapparatet en stor andel av antallet sykemeldte og uføretrygdede. Mennesker med lite utdanning, som arbeider i fysisk krevende yrker og som opplever lite støtte fra nærmeste leder er i en risikosone for langtidssykemelding. Jo lenger et menneske er ute av arbeidslivet, jo mindre er sjansen for at han eller hun kommer seg ut i ordinært arbeid. Tilrettelegging og tiltak på arbeidsplassen og en leder som har en positiv innvirkning på den sykemeldtes arbeidslivsdeltagelse virker positivt inn på jobbnærvær. For å oppnå størst mulig grad av tilbakeføring for langtidssykemeldte anbefales det i forskningslitteraturen å benytte tverrfaglig rehabilitering og kontakt med arbeidslivet.

Rehabiliteringsprosessen skal være koordinert og skreddersydd. Med dette prosjektet håper vi å kunne oppnå at pasienter ved Hernes Institutt (HI) i økende grad tilbakeføres eller øker sin arbeidslivsdeltagelse på tross av sine plager, med rehabilitering ved HI og utvidet oppfølging på arbeidsplass som verktøy.

Metode

I denne studien mottok deltagere med langvarige plager i muskel- og skjelettapparatet tverrfaglig rehabilitering ved HI og en systematisk oppfølging ute på arbeidsplassen underveis og etter avsluttet opphold ved HI. Det ble her gjennomført arbeidsplassbesøk mens deltakerne var pasienter ved HI, samt tre måneder og seks måneder etter avsluttet opphold. Studien ble lagt opp som en langsgående evalueringsstudie med seks målepunkter; ved oppstart rehabilitering, planlegging av arbeidsplassbesøk, arbeidsplassbesøk underveis i rehabiliteringsprosessen, tre måneder etter avsluttet rehabilitering, seks måneder etter avsluttet rehabilitering og ett år etter avsluttet rehabilitering. Alle deltakerne i studien hadde et arbeidsforhold. I studien ble det benyttet spørreskjema og det ble gjennomført samtaler med deltagerne og deres arbeidsgivere.

Resultater

Foreløpige resultater viser en gradvis opptrapping i tilbakeføringsprosessen gjennom hele oppfølgingsperioden. Den gjennomsnittlige arbeidsaktiviteten blant deltakerne i studien økte fra målepunkt til målepunkt. Før oppstartrehabilitering ved HI var deltakerne gjennomsnittlig 20,1 prosent i arbeidsaktivitet (n=101). Direkte etter avsluttet rehabilitering var denne snittprosenten 35,7 (n=45). Ved tre måneders oppfølging (n=42) og seks måneders oppfølging (n=41) var den gjennomsnittlige arbeidsaktiviteten blant deltakerne henholdsvis 57,0 prosent og 61,9 prosent. Demografiske data fra deltakerne i studien (n=102): Gjennomsnittsalder var 45 år. 65,7 prosent av deltakerne oppga videregående skole som høyeste utdanning og 47,1 prosent av deltakerne oppga et yrke som bestod av håndverksyrker eller annet manuelt arbeid.

Diskusjon

Forskning viser at intervensjon på arbeidsplassen er med på å redusere sykefraværet og at oppfølging på arbeidsplassen i form av tilrettelagt aktivitet og kombinasjonen konkrete ergonomiske og psykososiale tiltak øker muligheten for å komme tilbake i jobb. Lav grad av utdanning og høy grad av manuelle yrker gir få valgmuligheter ute på arbeidsmarkedet. Resultatene i denne studien gir oss en god indikasjon på at en tett oppfølging ute på arbeidsplass gir resultater i form av økt arbeidslivsdeltagelse for sykmeldte med lav utdanning og høy grad manuelle yrker. En RCT-studie der vi måler effekt av denne arbeidsplassoppfølgingen vil være en interessant oppfølger til denne studien.

Klar for Arbeid Skala - Måleegenskaper og begrepsvaliditet

Tore Norendal Braathen, AiR - Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for samfunnsmedisin, tore.braathen@air.no
Søren Brage2, Gunnar Tellnes3, Irene Øyeflaten og Monica Eftedal1
1 Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering - AiR
2 Arbeids- og velferdsdirektoratet
3 Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for samfunnsmedisin

Bakgrunn

Brukers forventninger om arbeidslivsdeltagelse er et resultat av brukers vurdering av egne ressurser og muligheter på arbeidsplassen eller i arbeidsmarkedet. Slike forventninger

er sentrale i arbeidsrettet rehabilitering og har betydning for framtidig arbeidsdeltakelse. Det er behov for verktøy for å måle slike forventninger. Fasemodellen for atferdsendring er tidligere anvendt på prosessen mot arbeidsdeltakelse og kan bidra til å målrette tiltak i tråd med hvor bruker er i endringsprosessen. Med bakgrunn i denne modellen er spørreskjemaet Readiness for return to work (Klar for arbeid skala) utviklet og validert i Canada (Franche et al. 2007). Spørreskjemaet er todelt: 13 spørsmål for personer som ikke er i arbeid, og 9 spørsmål for personer som er i arbeid. Spørreskjemaet er oversatt til norsk, men ikke testet i norsk rehabiliteringssammenheng.

Mål

Å undersøke måleegenskapene til Klar for arbeid skala innen arbeidsrettet rehabilitering i Norge; Intern konsistens, begrepsvaliditet og prediktiv validitet.

Metode

Prospektiv kohort med ett års oppfølgingstid av deltakere på fem dagers arbeidsrettet rehabilitering ved AiR (n=193). Data hentes inn ved hjelp av spørreskjema og registerdata fra Nav. Statistiske analyser: Faktoranalyser, reliabilitetsanalyser, korrelasjons- og regresjonsanalyser.

Foreløpige resultater

Faktoranalysene viser to underliggende faktorer blant de som ikke er i arbeid: 1) Usikkerhet i forhold til å komme i arbeid og 2) Forberedelse til å komme i arbeid. Blant de som er i arbeid vises de to underliggende faktorene 1) Usikker opprettholdelse av arbeid og 2) Proaktiv opprettholdelse av arbeid. Måleegenskapene til faktorene viser lovende intern konsistens, særlig blant de som ikke er i arbeid. Begrepsvaliditet: Foreløpige analyser viser sammenheng mellom faktorene som er funnet og frykt for arbeid (FABQ work), men uklare sammenhenger med opplevd helse, mestring og psykososiale faktorer i arbeidet.

Foreløpig konklusjon

Faktorene som er funnet indikerer behov for justeringer innenfor slik rehabilitering sammenlignet med fasemodellen. Det er behov for videre validering av en slik skala.

Referanse

Franche RL, Corbie`re M, Lee H, Breslin FC, Hepburn CG. The readiness for return-to-work (RRTW) scale: development and validation of a self-report staging scale in lost-time claimants

with musculoskeletal disorders. J Occup Rehabil. 2007;17: 450–72.

Why are general practitioners reluctant to enrol patients into a randomized controlled trial on sick leave? A qualitative study

Silje Mæland, Uni helse, Bergen, Silje.Maeland@uni.no
Liv Heide Magnussen, Hege R. Eriksen og Kirsti Malterud, Uni helse, Bergen, UiB.

Aims

To explore the reluctance, and examine the arguments given by Norwegian GPs, on their unwillingness to recruit their patients for a study where sick leave would be based on randomization.

Methods

A qualitative study presenting individual arguments from 50 Norwegian GPs, as written responses to a web-based, open-ended questionnaire. The responses, ranging from 3-145 words, were analysed with systematic text condensation.

Results

The GPs did not want to participate in a study where sick leave was decided by randomization. First, the complexity of clinical judgment was addressed. Would it be ethically acceptable to set the professional and medical assessment aside, and if so, was there any better judge than the regular GP in making this important decision? Second, the arguments dealing with sick leave as a human and legal right were addressed. Will patients feel they have a legitimate right to sick leave and will they be open for discussion with their GP? Third, the risk of jeopardizing the relationship between patient and doctor was emphasized. Would the patients be able to trust their GP if he or she offered the patient entry into a trial where sick leave would be decided by randomization?

Conclusions

Randomization of sick leave in general practice in Norway was not viewed as feasible by the GPs themselves because of the importance of clinical judgment, ethical obligations, belief that the patients would refuse participation, and thereby disturbing the doctor-patient relationship.

Abstrakter - Posterpresentasjoner

1) Psykisk helse blant elever på første året i videregående skole i Troms fylke - deskriptive data og noen foreløpige funn

Charlotte Bjørnskov Goll, Psychiatry Research Group, Department of Clinical Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Tromsø, c-goll@online.no
Karl-Ottar Ottosen og Tore Sørli, UiT.

Introduction

Less than 70 percent of Norwegian students in Upper secondary school obtain general high school diplomas or vocational certification. In Troms County the dropout rate is above the national average; only 47 % finish on time. Dropout reduces the possibility of further education and increases the risk of unemployment. Furthermore, low education is associated with poorer somatic and mental health, substance abuse, permanent disability and higher mortality.

Aim of the interim analysis

To characterize participants according to socio-economic status, ethnicity, mental health and use of health-services at start in upper secondary school.

Methods

Prospective cohort study initiated in 2010 with planned follow-ups after 3, 5, and 10 years. All first year students in the 19 upper secondary schools in Troms County were invited to participate. Enrolled students answered a questionnaire about their family background, future goals and expectations, motivation, learning abilities, social support, personality and coping resources and mental health problems including SCL-5 as well as use of health services. A SCL-5 score > 2.0 was used as indicator of mental distress.

Results

Participation: Of 2434 students invited, 1676 (68.9 %) were enrolled. 52 % were male. 897 students were enrolled in vocational track, 768 in general track and 11 in alternative education. Socioeconomic status and ethnicity: 19 % reported to have moved out from home and 12 % were living alone. On ethnic background, 93.9 % reported to be Norwegian, 3.5 % Sami, 0.7 % Kvens, 0.5 % Finnish and 5.5 % other. The respondents could report more than one ethnic background. As to the financial status for the family, 4 % reported poor, 89 % average or good, and 7 % reported very good status.

Health status: 12 % reported having "poor" or "not so good" health in general. 21 % reported having "poor" or "not so good" physical health. 16% reported "poor" or "not so good" mental health. 17 % of the responders had a SCL-5 mean score > 2.0. 15 % had consulted the health service because of mental health problems before entering upper secondary school. 8.0 % had been in contact with adolescent psychiatry.

Discussion and conclusion

The participation rate is comparable to similar studies and the gender ratio is comparable to the national ratio in upper secondary school. 17 % had an SCL-5 score above 2.0 which indicates a high prevalence of mental distress compared to other studies. The data collection shortly after school-start may have influenced the mental distress level. However, this percentage is comparable to the proportion of 15 % having

had contacted the health service for mental health problems before entering upper secondary school. These variables will be studied as potential predictors of school drop in future waves of the study.

2) Frafall i videregående skole blant elever i Troms fylke – prelimnære kvalitative funn etter første år. Prosjekt: Ung vilje

Karl-Ottar Ottosen, Forskningsgruppe psykiatri, Institutt for klinisk medisin, Helsefak., UiT,
Karl-Ottar.Ottosen@unn.no

Asle Høgmo, Institutt for pedagogikk og lærerutdanning, HSL, UiT.
Charlotte B. Goll og Tore Sørli, Forskningsgruppe psykiatri, Institutt for klinisk medisin, Helsefak., UiT

Introduksjon

Under sytti prosent av de som begynner på videregående skole (vgs) har fullført etter fem år - størst er frafallet i Nord-Norge. Årsakene til skoleavbrudd er sammensatte og kan omfatte både skolens verdier, målsettinger, metoder og ivaretagelse av den enkelte elev og elevenes forutsetninger og motivasjon for møtet med skolen. Dette gjelder ungdom som står på terskelen til yrkeslivet, og som tradisjonelt sett har vært blant de mest tilpasningsdyktige i samfunnet. Man har funnet at både risikoen for å bli uføretrygdet er mer enn fem ganger høyere for de med bare grunnskole kontra de med universitetsutdanning, og at lav mestringsevne har klar forbindelse med uføretrygding. Konsekvensene er sterkt belastende både for den enkelte og for samfunnet. Hensikten med studien er å undersøke hvilke skolemessige og individuelle bio-psyko-sosiale aspekter som ligger til grunn for at elever ikke mestrer skolegangen, og hvilke konsekvenser skoleavbrudd kan få for helsemessige forhold, videre utdanning og yrkeskarriere.

Metode

Langsgående tidsstudie over ti år, hvor 1676 av 2602 elever som startet på Vg1-kurs i Troms fylke høsten 2010 er inkludert. Av disse, ble tretten elever i alderen 16-21 år som avbrøt utdanningen første skoleår, intervjuet om årsaker og mulige konsekvenser av skoleavbruddet. Åtte av disse hadde en historie med to eller fler avbrudd bak seg. Kjønn, bosted, skolestørrelse, studie- og yrkesprogram ble lagt til grunn for elevutvelgelsen. Analysen bygger på prelimnære kvalitative funn.

Resultat

Elleve elever slet i et eller flere av fagene norsk, engelsk og matematikk. Åtte av disse oppgav dette, kombinert med det å være skolelei og lite motivert som hovedårsak til skoleavbruddet. To elever framholdt henholdsvis somatisk og psykiatrisk diagnostisert sykdom som årsak til avbruddet. Mens seks mente det var for mye teori i skolen, syntes én det var for mye praksis i skolen. Ni fant seg ikke til rette i klassemiljøet og over en tredel hadde opplevd mobbing i skolen. En historie med psykiske plager eller konsentrasjonsvansker kom fram i intervju med fire av hvert kjønn. Tre var henvist til hjelpeapparatet. Negative faktorer som søvnproblemer, ensomhetsfølelse og bekymring for fremtiden ble ofte nevnt, mens én erkjente tidligere rusproblem. Dagpendling med lang skolevei var stor ekstrabelasting for fire. Alle så nær som én, mente utdanning var viktig for framtidig yrkeskarriere, men bare syv var

innstilt på å søke vgs neste skoleår. To hadde fast jobb, to var korttidsengasjert, en gikk på NAV-jobbsøkerkurs, mens resten var helt ledig.

Diskusjon og konklusjon

Hovedsakelig synes det som om tidlig sluttet ikke klarer å tilpasse seg dagens skolesystem, mens skolen på sin side heller ikke klarer å gi denne gruppen elever et tilbud som de kan mestre og dermed fullføre vgs. Undervisningsprosesser i praksisnære rom og rammer var ønsket. Elever med flere avbrudd bak seg gav i større grad uttrykk for motløshet og bekymring for fremtiden. Tidlig innsats ved å kommunisere spesielle lærevansker, kunnskaps- og ferdighetsnivå i overgangen fra ungdomskole for dermed å tilpasse opplæringen i starten på vgs, kan - som et supplement til kartleggingsprøvene - være med å forebygge frafallet og bedre adgangen til arbeidslivet.

3) Presentasjon av de første erfaringene fra kurs om arbeid og meningsfylt aktivitet ved Montebello-senteret, Senter for livsmestring ved kreft.

Sævar Berg Gudbergsson, berg-g@online.no
Ellen Ruud og Hilde Bakken, Montebello-senteret. Senter for livsmestring ved Kreft, 2610 Mesnali.

Bakgrunn

Montebello-Senteret (MBS) er en institusjon innen spesialisthelsetjenesten som fra 1990 har gitt tilbud om tverrfaglige kurs og rekreasjonsopphold for kreftpasienter og deres nærmeste. Målgruppen er alle som har eller har hatt kreft, med eller uten pårørende. Kurskategorier er; "Mestringskurs for diagnosegrupper", "Temakurs", "Inspirasjons- og rekreasjonskurs", "Familiekurs" og "Lær og leve med kreft", "lymfødembehandlingskurs". I 2010 ble det utviklet et nytt temakurs "Arbeid og meningsfylt aktivitet under og etter kreftbehandling". Alle som hørte med til målgruppen ble invitert.

Det har vært arrangert 5 slike kurs hvert med en varighet av en uke.

Målgruppe

Kreftpasienter 65 år og yngre, som er i en yrkesrelasjon og enten sykmeldte eller i fare for å bli det eller er i et tidlig attføringsløp. Til nå har deltatt 27 kvinner og 5 menn på 4 kurs. Gjennomsnittsalder er 49,8 år. 22 har en arbeidsrelasjon og er enten sykmeldte eller med arbeidsavklaringspenger. 10 er i en mer uavklart arbeidsrelasjon.

Intervensjon

Informasjon, undervisning, individuell veiledning og bistand til å vurdere egen arbeidssituasjon gjennom en bevisstgjøring av hvor problemer og løsninger ligger. Epikrise sendes fastlege og kursdeltager som selv kan informere NAV og arbeidsgiver.

Ukens tematikk

Hvordan planlegge med sikte på aktiv deltakelse i samfunns- og arbeidsliv ved bruk av:

- En aktivitetsplan der arbeids- og sosialaktivitet er det overordnede målet, oppfølgingsplan og aktivitets-/funksjons- og arbeidsevnevurdering og oppfølgingsvedtak hos NAV
- Samarbeid med kommunale tjenester, arbeidsgiver, fastlegens og NAV. Formålet er at deltakere har utarbeidet sin egne skriftlige plan å arbeide ut fra etter ukens opphold

Oppfølging - evaluering

Kursdeltagerne som faller inn under målgruppen for spesialkurs hvor aktiv sosial deltagelse og yrkeskarrierer etter

kreftbehandling er hovedtema, inviteres til dette kurset som et trinn 2.

Posterpresentasjonen

Gjennom posterpresentasjon vil vi presentere resultater fra første telefonoppfølging etter oppholdene. Telefonintervju med deltakerne foretas 6 til 12 mnd etter avsluttet kurs for tilbakemelding om det i hvilken grad de opplever å ha hatt "nytte" av oppholdet og den planen de har laget selv, og deres tanker om mangler ved oppholdet.

4) Effekten av systematisk oppfølging: Design av en randomisert kontrollert studie

Karen W. Hara, Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU & Hysnes Helsefor, St. Olavs hospital. Trondheim, kwhara@online.no
Henrik B. Jacobsen, Tore C. Stiles, Marius S. Fimland, Astrid Woodhouse, Sigmund Gismervik, Roar Johnsen, Ottar Vasseljen og Petter C. Borchgrevink, NTNU & Hysnes Helsefor, St. Olavs hospital.

Bakgrunn

Arbeidsrettet rehabilitering er i stor grad rettet mot å styrke individets arbeidsevne. Parallelt med kartlegging av individuelle faktorer som fremmer eller forhindrer tilbakeføring til arbeid, må det også settes fokus mot de muligheter og begrensninger som ligger i det eksterne hjelpeapparatet som skal bistå pasienten. Geografiske forhold, kapasitet og kvalitet på både kommunehelsetjenesten og lokalt NAV-tilbud vil spille inn. Forhold hos arbeidsgiver og på arbeidsplassen er av klar betydning. Spesielt med tanke på holdninger og praksis vedrørende arbeidsinkludering. Internasjonale studier vektlegger oppfølging som et suksesskriterium for å returnere og forbli i arbeid og effekten av strukturert oppfølging etter tverrfaglig rehabilitering med arbeid som mål bør derfor evalueres. Vi ønsker i dette forskningsprosjektet å finne ut om institusjonens systematiske oppfølging av pasient, NAV, fastlege og arbeidsgiver kan bedre resultater for tilbakeføring til arbeid.

Metode

Populasjonen (N=200) er pasienter mellom 18-59 år som i over 8 uker har mottatt sykepenger eller arbeidsavklaringspenger fra NAV, og er henvist av sin fastlege til et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold ved Hysnes Helsefor. Pasientene må være motivert til å nå et selvdefinert mål om å øke deltakelse i arbeidslivet innen en periode på maks 6 måneder.

Det vil dreie seg om pasienter med sammensatte lidelser, herunder muskelskjelett-plager, andre kroniske smertetilstander og kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) og lettere psykiske lidelser. Disse svarer først på et nettbasert spørreskjema og blir så vurdert av lege, psykolog og fysioterapeut på en inklusjonspoliklinikk.

Pasientene får et 3,5 ukers rehabiliteringsopphold der både mental og fysisk opptrening samt telefonisk kontakt med fastlege, bedrift og NAV rettes inn mot at pasientene skal komme tilbake i jobb innen et halvt år. En egenkomponert variant av Acceptance and Commitment Therapy, ArbeidsACTiv, benyttes sammen med den dynamiske arbeidsinklusionsrapporten DAIR, som det arbeides for å få konsensus om og som sendes ut til høring til fastlege etter to uker. Etter endt opphold vil pasientene randomiseres enten til 6 måneder systematisk oppfølging med en kontaktperson fra Hysnes Helsefor, eller ordinær utskrivning med epikrise til fastlege. Den aktive armen innebærer konkret at en fagkoordinator ringer pasienten minst en gang i måneden og gjør nødvendige tiltak hvis arbeidsinkluderingsplanen ikke følges.

Diskusjon

Dersom en strukturert oppfølging øker andelen pasienter som kommer ut/tilbake i jobb, vil det gi en føring på hvorvidt dette

bør inkluderes i alle arbeidsrettede tiltak. Hvis ikke, vil våre funn kunne påvirke designen av arbeidsrettet rehabilitering gjennom å hindre fordryende tiltak som ikke gir økt effekt.

5) Parental socioeconomic status and choice of education among Danish adolescents – The Influence of personal and family childhood conditions.

Trine Nøhr Winding, Department of Occupational Medicine, Herning Regional Hospital, Denmark, TRIWIND@RM.DK
Merete Labriola and Johan H. Andersen, Dep. of Occ. Med., Herning Regional Hospital.
Ellen Nøhr, Department of Clinical Epidemiology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark.

Background

Socioeconomic status is strongly linked to educational attainment. One of the most consistent predictors of children's level of educational attainment is their parents' level of educational attainment.

It has previously been shown that personal determinants as well as family determinants are connected to educational attainment among adolescents, but it is unclear to what degree it is maintained in a Danish youth population and to what degree personal and family determinants can explain a possible association between parental socioeconomic status and choice of education after public school.

The primary aim of this study is to examine the association between parental socioeconomic status measured as parental educational level and income and educational attainment after public school among Danish adolescents. The secondary aim is to investigate to what degree this association is influenced by parental disability pension, whether a child was brought up by one or two adults, and intellectual performance when finishing public school.

Methods

Study participants are all adolescents born in 1989 (n=3687) living in Ringkøbing County, Denmark. Information will be collected through linkage between different national registers ('Statistics Denmark' and DREAM- a register of all public transfer payments). The primary outcome is choice of education after public school.

Data will be analysed with use of appropriate regression methods.

Results

The poster presentation will include results from prospective analyses on the above mentioned follow-up data on educational attainment.

6) Is multidisciplinary treatment more beneficial for sick-listed employees because of low back pain with no improvement in symptoms? A subgroup analysis of randomized controlled trial

David Høyrup Christiansen, Danish Ramazzini Center, Department of Occupational Medicine, Regional Hospital Herning and Department of Internal Medicine, Spine Centre, Regional Hospital Silkeborg, Denmark, David.Christiansen@vest.rm.dk
Ole Kudsk Jensen², Claus Vinther Nielsen^{2,3}, Chris Jensen^{2,3}

¹ Danish Ramazzini Center, Department of Occupational Medicine, Regional Hospital Herning.

² Department of Internal Medicine, Spine Centre, Regional Hospital Silkeborg.

³ Department of Clinical Social Medicine, Centre of Public Health, Central Denmark Region and Department of Clinical Social Medicine and Rehabilitation, Institute of Public Health, University of Aarhus.

Introduction

Multidisciplinary intervention is recommended for rehabilitation of (LBP). However, comparison of a brief and a multidisciplinary intervention in a randomised comparative trial of sick-listed

employees showed similar return to work (RTW) rates. An explanation for the lack of difference of RTW may be that a brief clinical intervention is sufficient for some people. Others may need more extensive and coordinated rehabilitation to insure a successful RTW. The aim of this study was to investigate if participants with no clinical important improvement in symptoms the first two weeks would benefit more from the multidisciplinary intervention than from the brief intervention.

Methods

A total of 344 employees sick-listed for 3-16 weeks due to LBP received a brief or a multidisciplinary intervention. Both interventions initially comprised a clinical intervention, including a thorough clinical evaluation and reassuring advice on a gradual return to normal activity by a rheumatologist and a physiotherapist. All patients were scheduled for a control visit with physiotherapist after 2 weeks. In addition to the clinical intervention, the multidisciplinary intervention also comprised assignment of a case manager, who made a rehabilitation plan in collaboration with the patient and a multidisciplinary team. At baseline and control visit data on pain and disability were collected by questionnaire. A 30% improvement from baseline has been proposed as a cut-off value for minimal important change (MIC) in LBP patients. Using this threshold the change in pain scores at two weeks was dichotomized into "not improved" and "improved". One-year RTW was estimated by data from a national database of social transfer payments.

Results

Data on all measuring points was available for 326 patients. A total of 208 patients were not improved at two weeks and 118 patients were improved. Improvement at two weeks were highly associated with RTW rates; Hazard Ratio 1.7 (95% confidence interval [CI]: 1.3 - 2.2) in favour of patients improving. The median time to RTW was 21 weeks and 11 weeks in participants not improved and improved, respectively. However, the effects of the interventions were not moderated by whether participants had improved or not. Sensitivity analysis for the cut-off value, analyzing the change in pain scores as a continuous variable or adjusting for potential confounder did not change the results.

Conclusion

Participants who improved at two weeks had a quicker RTW than participants not improved. Although, it was hypothesized that participants who did not improve during the first two weeks of clinical intervention would benefit from a more extensive rehabilitation, we found no evidence that multidisciplinary treatment improved RTW in this subgroup.

7) Work status, health and functioning three years after participation in an interdisciplinary occupational rehabilitation program

Inger Johanne Midtgarden, AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, inger.johanne.midt garden@air.no

Liv Heide Magnussen og Silje Mæland, Uni helse, UiB.

Irene Øyeflåtten, AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering

Hege R. Eriksen Uni helse og Hemil-senteret, UiB

Bakgrunn

Personar med uspesifikke og samansette muskel- og skjelettplager og lettare psykiske plager utgjør hovuddelen av det legemeldte sjukefråværet i Noreg og andre vestlege land. I Noreg er døgnbasert arbeidsretta rehabilitering (ARR) eit av behandlingstilboda til langtidssjukemeldte som har slike plager.

Mål

Studien er ein tversnittstudie der målet er å analysere arbeidsstatus blant deltakarar i eit arbeidsretta rehabiliterings

program (AiR –Klinikk) tre år etter avslutta opphald. I studien ser me på kva som kjenneteiknar dei som er tilbake i arbeid og dei som ikkje er tilbake i arbeid 3 år etter eit ARR-opphald.

Metode

Eit spørreskjema vart sendt til 2004-populasjonen tre år etter at dei deltok i eit ARR-program. Skjemaet inneheldt spørsmål om demografiske data og arbeidsstatus, og tre standardiserte spørreskjema (Subjective Health Complaints Inventory, Norsk funksjonsskjema og Utrecht Coping List).

Resultat

Tre år etter eit ARR-opphald arbeide 55 % av deltakarane i 50 % eller større stilling (definert som i arbeid). 24 % mottok uførepensjon i 50 % eller meir (definert som ikkje i arbeid) og 16 % mottok ulike former for tidsavgrensa stønader (sjukmeldt, skule, arbeidsavklaringspengar etc). Dei som ikkje arbeidde og dei som mottok ulike former for tidsavgrensa stønader rapporterte signifikant meir subjektive helseplager, dårlegare funksjonsevne og mindre grad av aktiv problemløysing samanlikna med dei som var i arbeid 3 år etter eit ARR-program.

Konklusjon

Arbeidsdeltaking tre år etter arbeidsretta rehabilitering synast å vera relatert til betre funksjonsevne og meistring samt mindre grad av rapporterte helseplager. Oppfølging i etterkant av rehabilitering bør fokusere på slike forhold for å hjelpe enno fleire tilbake i arbeid.

8) Tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering og arbeidsdeltakelse blant personer på langvarige helserelaterte ytelser

Tore Norendal Braathen, AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for samfunnsmedisin, tore.braathen@air.no

Monica Eftedal, Inger Johanne Midtgarden, Irene Øyeflaten, Liv Haugli og Merete Labriola¹,

Gunnar Tellnes², Søren Brage³, Karianne Thune Hammerstrøm⁴

¹ Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering – AiR

² Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for samfunnsmedisin

³ Arbeids- og velferdsdirektoratet

⁴ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Bakgrunn

Tidligere kunnskapsoppsummeringer på effekt av tverrfaglig rehabilitering har i liten grad undersøkt arbeidsdeltakelse som utfallsmål, har ofte fokusert på enkeltdiagnoser, eller de har ikkje fulgt de systematiske metodene som kreves av Cochrane/Campbell. Det er derfor fortsatt usikkerhet omkring effekten av tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering på arbeidsdeltakelse blant personer på langvarige helserelaterte ytelser.

Mål

Å undersøke effekten av tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering på arbeidsdeltakelse blant personer på langvarige helserelaterte ytelser.

Metode

Studien er en systematisk kunnskapsoppsummering i regi av Campbell Collaboration. Tittelregistreringen er tilgjengelig på <http://www.campbellcollaboration.org/library.php>. Kriterium for inklusjon av studier er:

1. Studiedesign: Randomiserte kontrollerte forsøk med minimum tre måneders oppfølging etter intervensjon.
2. Populasjon: Personer i yrkesaktiv alder (18-65) på langvarige helserelaterte ytelser (mer enn åtte uker) med helseplager som har stor utbredelse på uførepensjonsstatistikken.
3. Intervensjonskomponenter: a) Tverrfaglige intervensjoner: Minimum to ulike fagpersoner involvert. b) Multimodal intervensjon: Minst to komponenter. c) Intervensjon eller intervensjonskomponent skal rettes mot arbeidsdeltakelse. d) Involvering/koordinering av sentrale aktører (arbeidsgiver, Nav, helsetjenesten).
4. Utfallsmål: Ulike mål for deltakelse i lønnet arbeid eller helserelaterte ytelser (som sykefravær, uførepensjon)

Stadier i reviewarbeidet

Litteratursøk, lesing og inklusjon av artikler, dataekstraksjon, vurdering av studiekvalitet (risk of bias), datasyntese (metaanalyse hvis data tilsier det), konklusjon og rapport.