



Rapport



ARR
åpenarena
DRAMMEN 12. - 13. JANUAR 2011

Prekonferanse
med forskerblick på arbeidsrettet rehabilitering

Innhold

Program for prekonferansen.....	3
Innledning.....	4
Reduksjon i sykefraværet – mål for sykefravær.....	5
Evalueringsprekonferansen 2011 – med forskerblikk på ARR.....	7
Oppsummering	15
Abstracts	16



Prekonferanse – med forskerblick på arbeidsrettet rehabilitering

Drammen, 11. januar, 2011.

Tema	Implementering av kunnskap i praksis
Moderator	Professor Stein Atle Lie, Uni helse, Bergen
09.00 – 09.45	Registrering med kaffe
09.55 – 10.05	Velkommen v/ Stein Atle Lie, Uni helse og Irene Øyeflaten, AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, Rauland.
10.05 – 11.15	Raskere tilbake
10.05	<i>Vil en tverrfaglig poliklinisk tilnærming kunne redusere sykefraværet for pasienter med muskel/-skjelettlidelser i større grad enn den enklere metoden Brief Intervention?</i> v/ Randi Brendbekken, lege, spes. i arbeidsmedisin, Sykehuset Innlandet/Uni helse.
10.20	<i>Tilbake i jobb etter raskere tilbake tiltak?</i> v/ Dag Brekke, DPH, spes. i arbeidsmedisin og samfunnsmedisin, Sunnaas Sykehus.
10.35	<i>AFEM – psykososial arbeidsretta rehabilitering.</i> v/ Hildfrid Brataas, ph.d., Senter for omsorgsforskning Midt-Norge/HiNT.
10.50	<i>Stressmestringkurs som intervensjon for pasienter med muskel/skjelett plager og lettere psykiske lidelser.</i> v/ Karine Bokerød Hansen, fysioterapeut og mastergradsstudent, Sunnaas Sykehus.
11.05	Samtale i plenum
11.15 – 11.30	Pause med kaffe
11.30 – 13.00	Reduksjon i sykefravær – mål for sykefravær
11.30	<i>"Rapport om tiltak for reduksjon i sykefraværet" Oppsummering av ekspertgruppas anbefalinger og hvordan disse er blitt implementert på et overordnet nivå.</i> v/ Arnstein Mykletun, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet, Bergen og professor ved UiB. Mykletun var leder av den regjeringsoppnevnte ekspertgruppen for reduksjon i sykefraværet som leverte sin rapport i februar 2010.
13.00 – 14.15	Lunsj
14.15 – 15.25	Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak
14.15	<i>Hvem er brukere av arbeidsrettet rehabilitering i Norge – og hva har et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold å si for subjektiv helse, funksjonell status og smertelatert frykt? Med fokus på Hernes Institutt og AiR - Klinikk. En kvantitativ studie.</i> v/ John Strupstad, fysioterapeut, MSc, Hernes Institutt
14.30	<i>Helhetlig arbeidsrettet rehabilitering; sammenligning mellom to ARR-modeller.</i> v/ Linnéa Johansson, FoU-medarbeider, MI, Godthaab Helse og Rehabilitering
14.45	<i>Grønne tiltak for mennesker som er ute av arbeidslivet; effekter på helse og arbeidsdeltakelse.</i> v/ Lina Harvold Dalskau, ph.d. stipendiat, Universitetet for miljø- og biovitenskap
15.00	<i>Gir bedre kondisjon opprettholdelse av fysisk aktivitet og mindre sykefravær hos pasienter med kronisk lungesykdom?</i> v/ Ulla Pedersen, fysioterapeut, stud. MSc, Glittreklinikken.
15.15	Samtale i plenum
15.25 – 15.40	Pause med kaffe
15.40 – 16.35	Funksjonsevne og brukervedvirkning
15.40	<i>Er begrepsapparatet i WHO's Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, ICF helhetlig?</i> v/ Hans Magnus Solli, ph.d., Forskningsenheten, Psykiatrien i Vestfold.
16.55	<i>Sickness absence: The agreement between self-report and a public registry in patients with sciatica</i> (Lars Grøvle) v/ Margreth Grotle, ph.d, NRRK og FORMI, Ullevaal.
16.10	<i>Å leve med uføretrygd: en forandret hverdag og tanker om fremtid og arbeid.</i> v/ Annica E.M. Johansson, spesialergoterapeut, MSc, Sunnaas Sykehus.
16.25	Samtale i plenum
16.35 – 16.45	Pause med kaffe
16.45 – 17.30	Randomiserte kontrollerte studier
16.45	<i>Individuell mestring – fra kollektive til individuelle tiltak for å redusere sykefravær.</i> v/ Liv Magnussen, ph.d., Uni helse / Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB.
17.00	<i>Jobbfast – Forskningspoliklinikk for traumer og psykososiale belastninger i arbeidslivet.</i> v/ Nils Magerøy, ph.d., Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen/UiB.
17.15	Samtale i plenum
17.30	Slutt

Rapport fra Prekonferansen – med forskerblick på arbeidsrettet rehabilitering

ARR Åpen Arena 2011 ble som i fjor tyvstartet med en prekonferanse der det ble satt et forskerblick på arbeidsrettet rehabilitering.

Prekonferansen 2011 var en tematisk oppfølging av prekonferansen til ARR Åpen Arena 2010, Lillehammer. Prekonferansen 2010 hadde fokus på den dagsaktuelle sykefraværsdebatten som da hadde florert i media, - profilerte forskere ble invitert til å holde innlegg og debatten fortsatte i form av en "rundebordskonferanse" mot slutten av dagen. Programkomiteen for prekonferansen 2011 ønsket å ta utgangspunkt i den oppsummerte sykefraværsdebatten. Prekonferansen ble delt i to; et lengre hovedinnlegg ved Arnstein Mykletun (leder av den regjeringsoppnevnte ekspertgruppen for reduksjon i sykefraværet, 2009/2010) og 13 korte innlegg basert innsendte abstrakt.

Program, abstrakt og innlegg er lagt ut på http://www.air.no/?a_id=1025

På prekonferansen 2010 kom det fram at det er mye kunnskap om risikofaktorer for sykefravær og uførhet, men lite viten om hvordan denne kunnskapen brukes på tiltakssiden. Vi ønsket derfor å invitere forskere og andre fagpersoner til å presentere nasjonale prosjekter (store eller små) som omhandlet implementering av kunnskap i form av ulike tiltak i praksisfeltet, der tilbake i arbeid er hovedmålet. Det ble sendt ut invitasjon til å sende inn frie foredrag i form av abstrakts. Både pågående forskningsprosjekt, avsluttede forskningsprosjekt og planlagte prosjekt eller innlegg som dreide seg om valg av metode og design på forskning innen rehabilitering, ble ønsket velkommen. Målet var å få et overblikk over "hva som rører seg" der ute i fagfeltet. Et slikt fokus var også ønsket i evalueringen av "forskerrommet" på selve ARR åpen arena 2010, der ulike prosjekter ble presentert i form av postere og korte presentasjoner. Deltakerne der ønsket å vite mer om nasjonale prosjekter innen ARR.

Programkomiteen for prekonferansen 2010 har bestått 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)
- Erik Werner, lege og forsker, Uni helse, Bergen,
- Irene Øyeflaten, forskningsleder og stipendiat, AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, Rauland.

I denne delen av rapporten vil hovedfokus være på innlegget til Arnstein Mykletun. De øvrige innleggene er dokumentert gjennom utlagte abstrakt og presentasjoner. I etterkant av prekonferansen er det blitt foretatt en evaluering blant deltakerne. Denne evalueringen er oppsummert bakerst i rapporten.

Innledningen til prekonferansen ble gitt ved Irene Øyeflaten, forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. Stein Atle Lie, professor og leder for Forskningscenter for sykefravær og rehabilitering, Uni helse, var leder for prekonferansen og sydde det hele sammen.



Irene Øyeflaten innledet til prekonferansen



Stein Atle Lie ledet dagen

Reduksjon i sykefraværet – mål for sykefravær

Hovedinnlegget under prekonferansen var ved Arnstein Mykletun, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet og professor ved UiB. Mykletun var leder av den regjeringsoppnevnte ekspertgruppa for reduksjon i sykefraværet som leverte sin rapport i februar 2010. Mykletun hadde som overskrift for sin presentasjon *Gradert sykemelding: Hvorfor og hvordan?* Dette var hovedpoenget i presentasjonen, og det som Mykletun argumenterte sterkest for.



Arnstein Mykletun argumenterte sterkt for gradert sykemelding som virkemiddel for redusert sykefravær.

Arnstein Mykletun tok sitt utgangspunkt i arbeidet og deltakelsen i den regjeringsoppnevnte ekspertgruppa. Gruppa ble oppnevnt for å komme med forslag til hvordan sykefraværet kunne reduseres. Mandatet var å finne administrative tiltak for reduksjon av sykefravær.

Det finnes, litt enkelt sagt, tre paradigmer for forståelse av sykefravær og årsaker til sykefravær. I følge *utstøtningsmodellen* er årsakene til sykefraværet å se som ufrivillige prosesser som den enkelte ikke styrer selv. Dette er et grunnleggende sosiologisk perspektiv som ofte er å kjenne igjen på den politiske venstresida.

Attraksjonsmodellen har et motsatt utgangspunkt. Her er det et aktørperspektiv der den enkelte ses som å kunne

velge ikke å jobbe. Dette er et grunnleggende økonomisk perspektiv som ofte er å kjenne igjen på den politiske høyresida.

Sluttlig rommer *den trygdemedisinske modellen* et kurativt perspektiv som vektlegger helse og hvordan den enkeltes helse og diagnose spiller inn på sykefraværet.

- Mykletun fremmer behovet for å jobbe etter alle tre modeller, og vise at de kan alle ha rett avhengig av situasjon.
- Ekspertgruppa la en lang rekke premisser til grunn for arbeidet sitt:
- Vi har veldig høyt sykefravær i Norge
- Målkonflikt mellom inkluderende arbeidsliv og lavt sykefravær (kvinner lider og menn dør)
- Uplausible årsaker til høyt sykefravær (arbeidsmiljøet er trolig bedre enn sitt rykte)
- Sykelønnsordningen: "Egenandel" ved sykefravær reduserer sykefraværet
- Det er ikke noe skarpt skille mellom syk og frisk
- Syk er ikke det samme som sykmeldt
- Sykmelders jobb som portvokter er potensielt krevende. Man uføretrygder oftere pasienter med lidelser som pasientene diagnostiserer selv
- Stort potensial for økt gradering



- Det er viktig å ha et sammensatt syn på helse, sykdom og sykefravær, understreket Mykletun i sitt innlegg.

Ekspertgruppa kom fram til en serie forslag til tiltak for reduksjon av sykefraværet. For å oppnå målet om å øke antallet graderte sykemeldinger, kreves det et kompetanseløft for leger, en informasjonsstrategi rettet mot arbeidstakere, og en aktiviserings- og nærværsreform for arbeidsgivere. Videre er det et behov for kunnskapsbaserte tiltak for redusert sykefravær. Til dette ligger å oppsummere og formidle kunnskap, at det skjer en avvikling av ineffektive og skadelige tiltak, og en generell kompetanseøkning. Mykletun pekte også på bruken av sykemelding i tilfeller der det ikke reelt er snakk om sykdom, noe som viser behovet for en styrking av Navs kontroll- og innkrevingsfunksjoner.

Mykletun understreket flere ganger i sitt innlegg hvor viktig det er å ha et sammensatt syn på helse, sykdom og sykefravær. Bildet er ikke svart/hvitt, og en person er ikke syk eller frisk. Dette sammensatte må også ligge til grunn for arbeidet med å redusere sykefraværet.

Evaluering prekonferansen 2011 – med forskerblikk på ARR

Alle som deltok på årets prekonferanse ble tilsendt en e-post med et evalueringsskjema for konferansen. Det har totalt kommet inn 50 evalueringsskjemaer, noe som gir en svarprosent på 43 prosent. 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.

- 18 personer (37 %) jobbet med forvaltning/ledelse
- 17 personer (35 %) jobbet med forskning/ fagutvikling
- 15 personer (31 %) jobbet med klinisk arbeidsretta rehabilitering
- 6 personer (11 %) jobbet med annet klinisk arbeid, mens
- 4 personer (8 %) hadde annet type arbeid

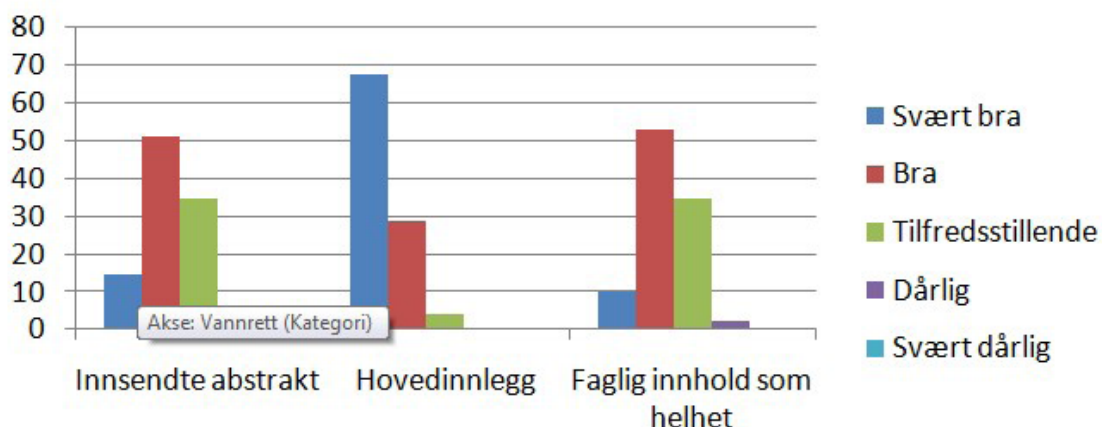
2) Hvordan vil du vurdere det faglige innholdet på prekonferansen?

Deltakerne ble her bedt om å evaluere det faglige innholdet i presentasjonene basert på innsendte abstrakt, det faglige innholdet i hovedinnlegget ved Arnstein Mykletun og det faglige innholdet som helhet, (se figur 1).

- Totalt 65 % mente at faglig innhold i abstraktpresentasjonene 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 under følgende overskrifter:

Figur 1



Generelle kommentarer:

- Det var fint med hovedinnlegg og han var inspirerende, artig og morsom. Imponert over framleggene generelt.
- Helt greit at faglig nivå varierer, fint å slippe til mange.
- Positivt med den faglige bredden i framleggene, gjenspeiler etter min mening en del av det mangfoldet som finnes innen ARR feltet.
- Jeg savner fortsatt brukermedvirkning. Hva er resultatet av all denne forskningen i "real life" Hvordan opplever brukeren at dette "vedkommer" dem?
- Hvilke endringer skjer og hvordan kommer dette brukeren til nytte?

Planlagte versus gjennomførte studier:

- Jeg synes det var litt mye fokus på studier i oppstarts- eller planleggingsfasen.
- Jeg synes det var for mye fokus på forskning som skulle gjennomføres og for lite fokus på forskning som faktisk var gjort.
- Det er mindre interessant med orienteringer om planlagte forsøk enn prosjekter/forsøk som ikke er ferdige med å oppsummere funn/erfaringer.
- Synes at innleggene skulle presentert forskningsresultater, ikke så mange pågående, knapt startede prosjekt. Mulig dette er tanken, og er nyttig for andre. For meg ga det lite relevans for min jobb.

Innhold i presentasjonene:

- Skulle ønske det var mer fokus på konklusjonene i det som ble lagt frem og diskusjon rundt dem, enn fokuset på metode og fremgangsmåte, det kunne vi lese i abstrakts som var delt ut.
- Tiden kan benyttes bedre til å utdype funn/konklusjoner/erfaringer.
- Flere presentasjoner kunne med fordel ha mer mål og mening med budskapet.
- Svært små/begrensede forsøk kunne med fordel vært satt i en større sammenheng.

Faglig nivå på studiene:

- Presentasjon av for mange "lette" studier - likte bedre fjorårets variant der slike studier ble presentert med postere og man kunne diskutere de man fant mest interessante.
- Det er vel et generelt svakhetstrekk at så mange av innleggene baserer seg på masterarbeider og at mye av forskningen er mangelfull og preges av lite tradisjoner generelt i miljøet. En del kvalitetskrav er tilsynelatende tillagt lite vekt.
- Jeg synes at enkelte av framleggene (på masternivå) hadde en del forskningsmessige svakheter, og dermed ga lite utbytte. Tror likevel at studier gjort på masternivå kan ha sin plass i en slik arena, men da kanskje i større grad sikre seg at masteroppgavene innehar høyere standard. Tror også dette vil være en fordel for de som skal legge fram sine masterstudier.

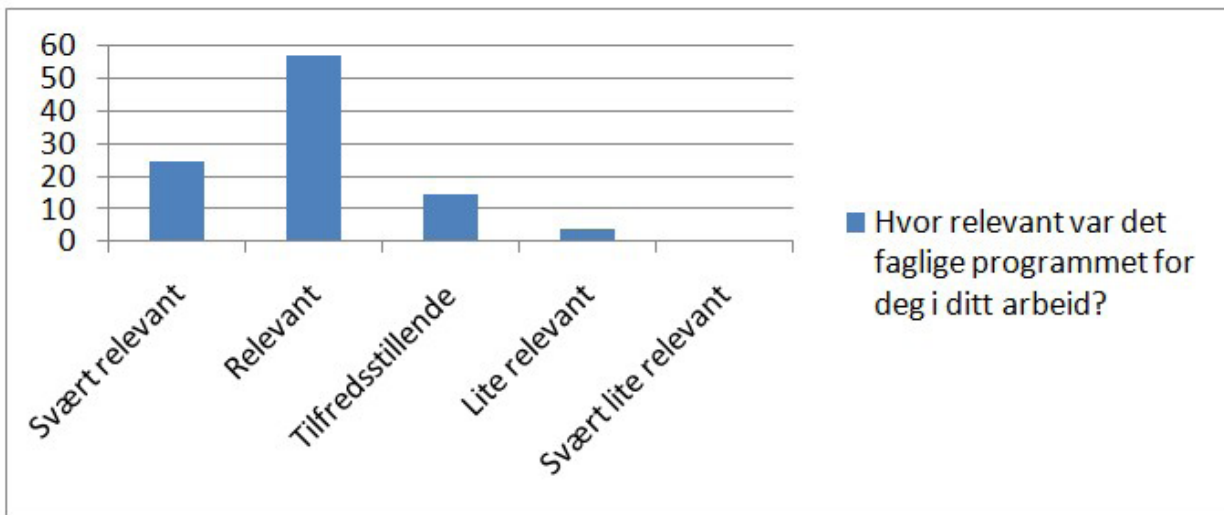
Faglig tema:

- For mye preget av medisinsk rehabilitering og døgntilbud. Dekker ikke ARR-tilbud via Nav/dagtilbud
- Ingenting fra arbeidssida, eller Nav.
- Mer fra arbeidsplassfeltet og Nav.

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

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.

Figur 2



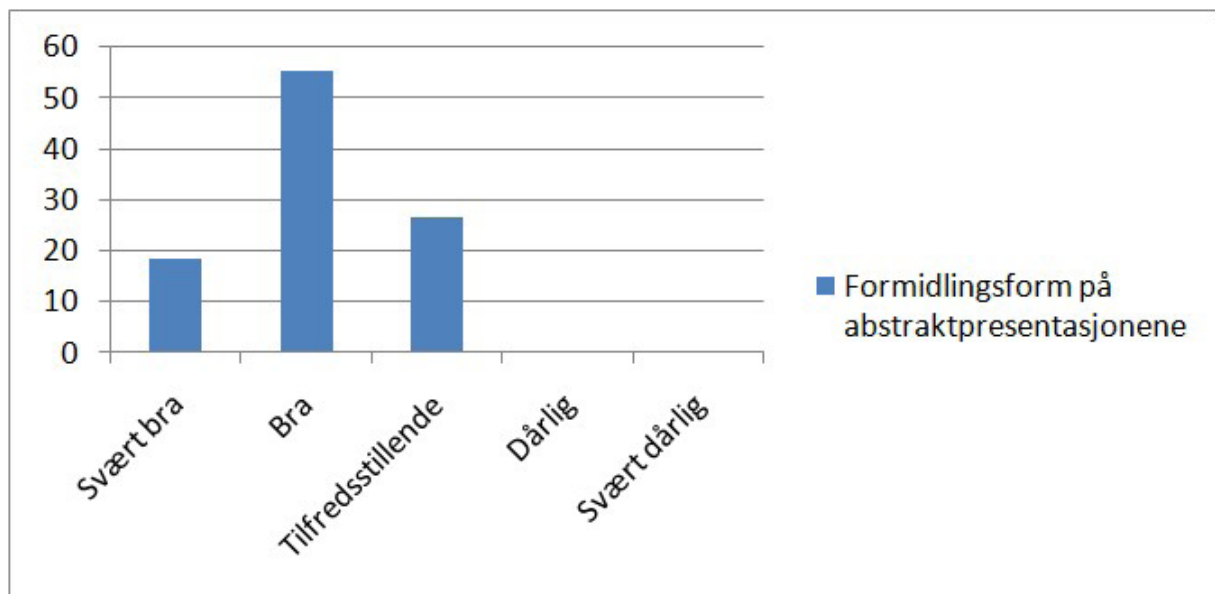
4) Hvordan vil du vurdere organisering og rammer for prekonferansen?

Det var her totalt 7 underspørsmål (a - g) som omhandlet formidlingsform, tidsbruk, mulighet for å stille spørsmål, kommentere og diskutere underveis, ledelse, utdelt program og abstraktheft, samt lokaliteter.

4a)

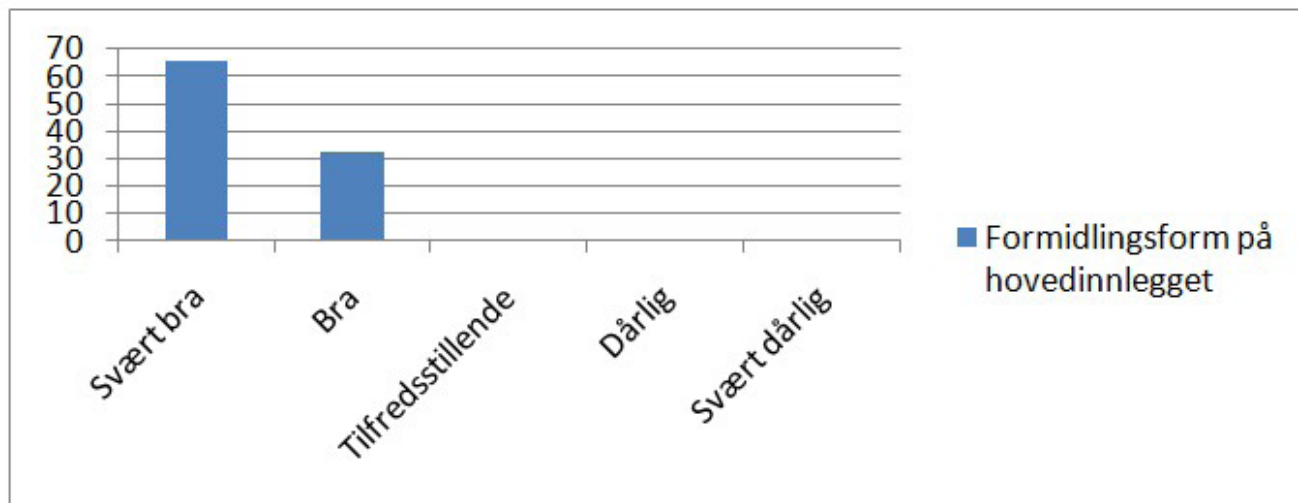
Totalt 74 % mente at formidlingsformen på abstraktpresentasjonene var bra (55 %) eller svært bra (18 %), mens 27 % mente det var tilfredsstillende (se figur 3).

Figur 3

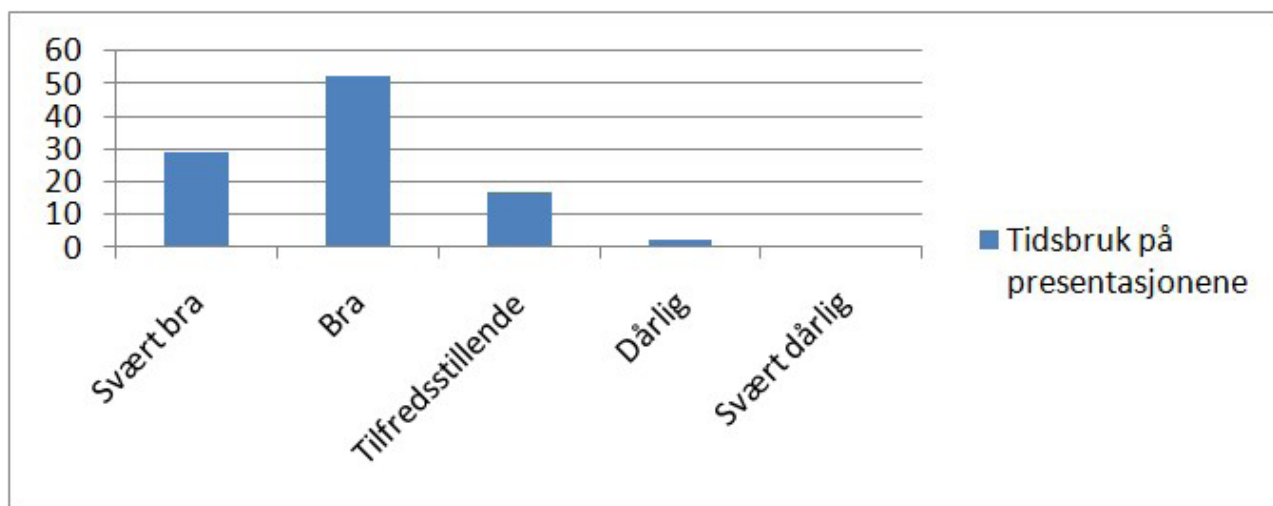


4b)

Totalt 100 % mente at formidlingsformen på hovedinnlegget var bra (33 %) eller svært bra (67 %), (se figur 4).

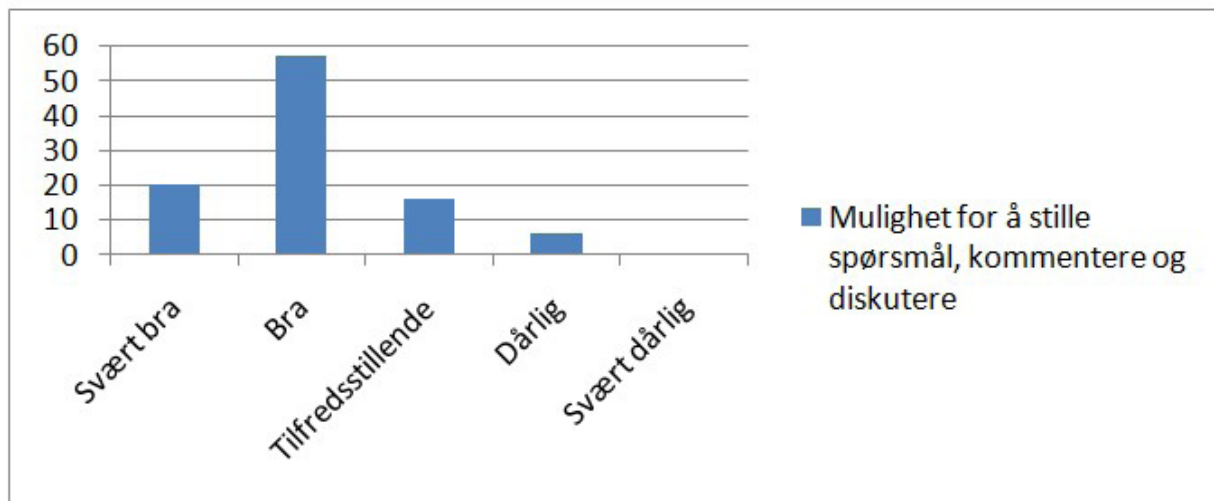
Figur 4**4c)**

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, (se figur 5).

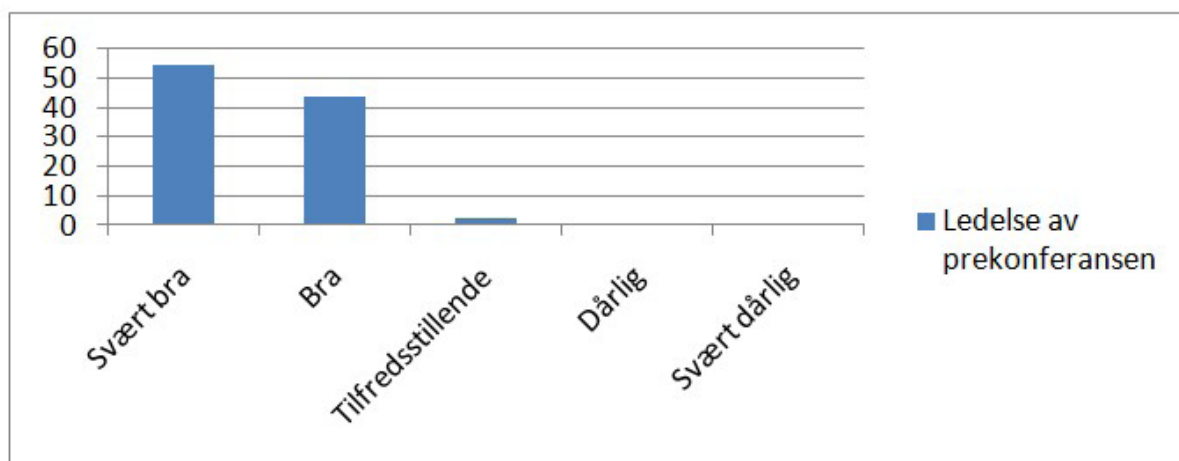
Figur 5

4d)

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, (se figur 6).

Figur 6**4e)**

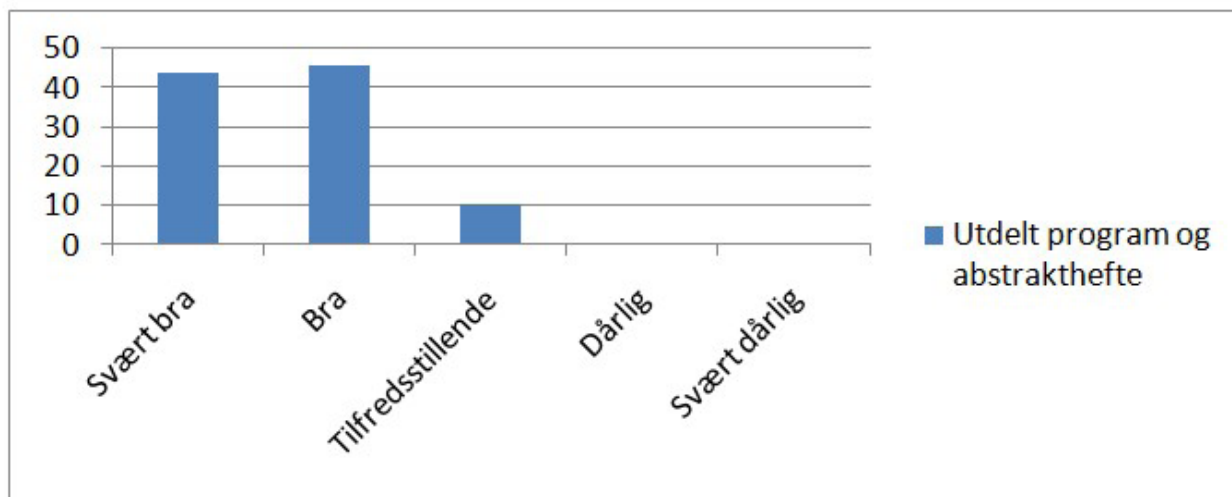
Totalt 98 % mente at ledelse av prekonferansen var bra (44 %) eller svært bra (54 %), mens 2 % mente ledelsen var tilfredsstillende, (se figur 7).

Figur 7

4f)

Totalt 90 % mente at utdelt program og abstraktheft var bra (46 %) eller svært bra (44 %), mens 10 % mente det var tilfredsstillende, (se figur 8).

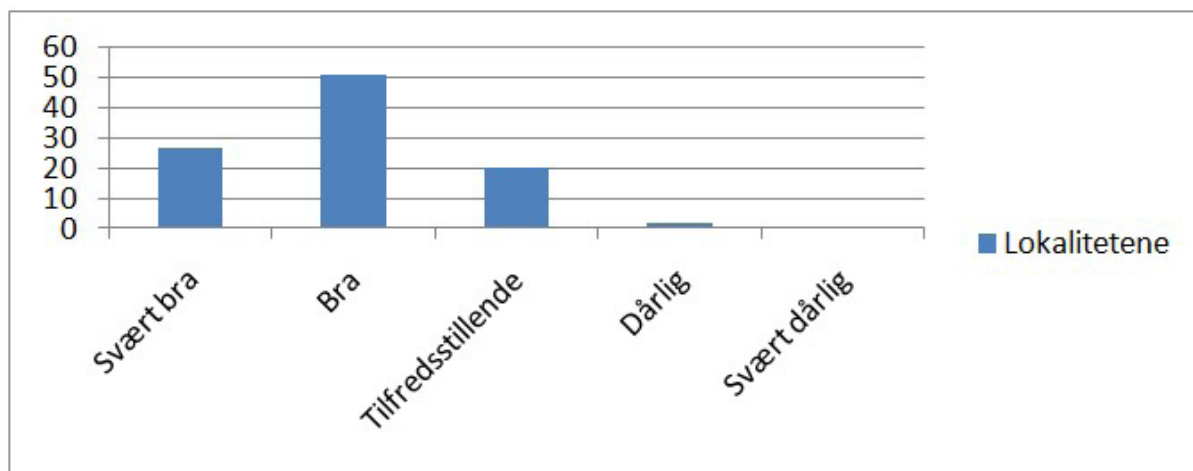
Figur 8



4g)

Totalt 78 % mente at lokalitetene var bra (51 %) eller svært bra (27 %), 20 % mente de var tilfredsstillende, mens 2 % mente lokalene var dårlige, (se figur 9).

Figur 9



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 under følgende overskrifter:

Tidsbruk - mulighet for å stille spørsmål, kommentere og diskutere:

- Tempoet i konferansen var kanskje noe høyt, selv om det var godt tilrettelagt kunne det vært satt av litt mer tid til hvert framlegg. Kanskje færre framlegg med mer tid til framlegget og diskusjonen etterpå.
- Innleggene kunne vært lengre og litt mer tid til å stille spørsmål.
- Skulle ønske det ble mer diskusjon rundt resultatene og hvordan dette påvirker fagfeltet og metodene i arbeidsrettet rehabilitering, mer enn kommentarer på metode og fremgangsmåte i undersøkelsene.
- Alt for lite tid på prekonferansen til diskusjoner og samtaler.
- Kunne vært variasjon mhp presentasjonsform og tidsbruk på innlegga basert på en vurdering av faglig innhold (altså at faglig sterke innlegg og dyktige formidlere får mer tid.)

Lokalene:

- Vi satt ganske langt bak, og til tider kunne det være vanskelig å se foredragsholderne. Men lyden var god:)
- Mange ble sittende slik at talerstolen skygget for skjermen med presentasjonen. Burde vært i amfi.
- Lokalitene - mørke og uten bord, trangt og lite egnet for en forskerkonferanse.
- Det ble i perioder mye støy i lokalene.

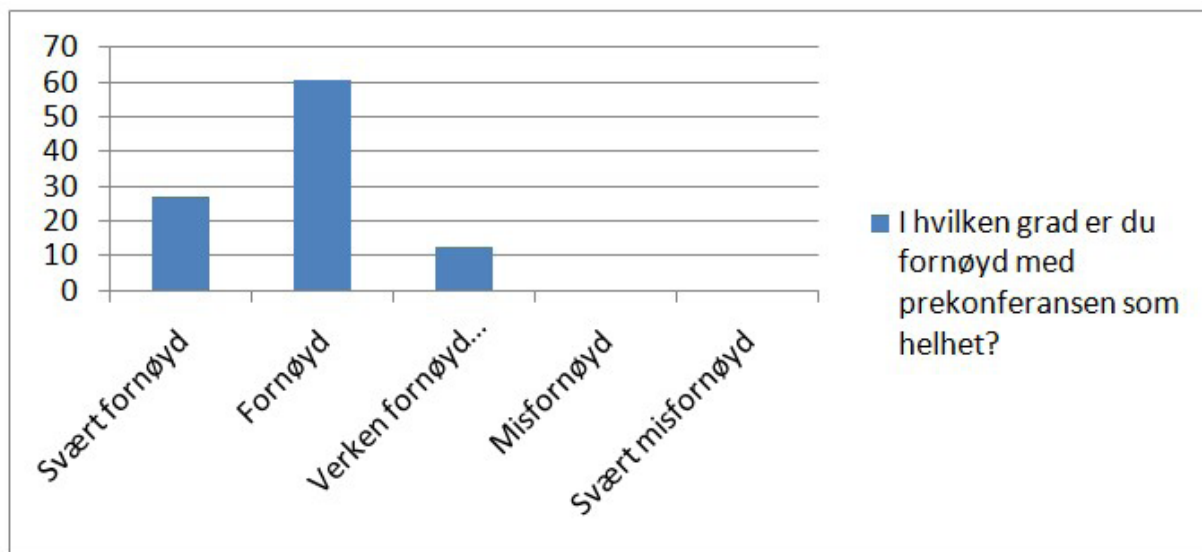
Generelt:

- Verdt å vurdere om det bør være en sterkere prioritering av lokale prosjekter som blir presentert.
- Det vil åpne muligheten for å trekke inn andre store forskningsmiljøer som AFI, FAFO, NOVA, Sintef Helse m.fl.
- Reiseavstand til flyplass gjerdet vanskelig å rekke start uten å overnatte i forkant. Et fordyrende element som alltid må vurderes i en dags seminar. Kunne heller starte seinere og halde på lenger då mange likevel skal delta på neste dag.

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

Totalt 88 % var fornøyd (60 %) eller svært fornøyd (27 %) med prekonferansen som helhet, 13 % var verken fornøyd eller misfornøyd, (se figur 10).

Figur 10



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

- Å kjenne til relaterte forskningsprosjekter og kontakten med den enkelte foredragsholder.
- Ja, innholdsmessig det som ble formidlet av Arnstein Mykletun.
- Behov for bedre forskning med randomisert design!
- Bra at det blir fokus på det som virkelig fører folk tilbake i arbeid, at arbeid i seg selv er helsebringende og at det ikke alltid er entydig sammenheng mellom helse/mestringsmessige aspekter og arbeidsdeltagelse.
- En bedre oversikt over kunnskapsstatusen på feltet. Abstractene vil bli tatt med videre.
- Hva det er forsket på og ikke forsket på. Gir et utgangspunkt for videre forskning.
- Målemetoder innen ARR tiltak.
- Få en oppdatering på hva som "rører seg" innen ARR feltet og forskning knyttet til dette.
- Tilgang på fagstoff som kan være nyttig for egen utvikling i første omgang.
- Innlegget til seniorforsker Merete Labriola var engasjerende, sammenflettende og godt presentert (NB: dette innlegget ble holdt under ARR Åpen Arena, dag 1).
- Arnstein Mykletun - engasjerende og oppkvikkende innspill og fokus.
- Hovedinnlegget fra Mykletun. Ellers lite å ta med.
- Har fått et mer kritisk blikk på forskning ved at jeg har lært litt mer om metoder og dermed hva forskningsresultater viser (og ikke viser)
- Mykletun sin presentasjon av tre paradigmer. Fint at det er lov med variert kvalitet på presentasjonene av forskning.

- Fleire av rapportane og prosjekta ga klare svar.
 - Knyttet ytterligere kontakter med dyktige mennesker som blir viktig å drive frem både lokalt tilbud og et større forskningsarbeid.
 - Stjernediagrammet fra Randi Brendbekken er interessant å se nærmere på.
 - Liv Magnussen, tett kontakt med arbeidsgiver med mer.
 - At hvordan vi behandler våre pasienter er det viktigste, relasjonen viktig.
 - Resultater fra kvalitativ forskning kontra den kvantitative, interessant.
- Hva ønsker vi å vektlegge i ARR, hva ønsker vi å måle?
- Hva vi vet og ikke vet.
 - Kontakt med en rekke personer og institusjoner
 - At det settes større fokus på at syk- frisk er en dimensjon mer enn enten eller.

Er det noe du hadde ønsket annerledes?

- Kanskje fokusert noe mer avsluttende studier hvis mulig.
- Kanskje lagt inn noe internasjonalt? Debatt?
- Nei, ikke for min del!
 - Har prøvd å markere med x som best det gikk. Takk for godt gjennomført prekonferanse.
- Selve evalueringsskjemaet kunne man kanskje løst på en bedre måte? Ellers skulle jeg gjerne hatt en link til det stedet hvor presentasjonene legges ut (eller allerede er lagt ut?)
- Bruk Questback til evaluering! Et håpløst skjema!
 - En noe større bredde fra andre forskningsinstitusjoner.
 - Noe lengre varighet og færre framlegg. Det ble svært mye informasjon i løpet av dagen, og raskt skifte fra et tema til neste. På den ene siden er dette trolig nødvendig for å vise bredde og for at såpass mange framlegg skal få plass. Men på den andre siden, kunne jeg personlig tenke meg å få presentert færre studier, og gått litt mer i dybden av dem.
 - Mer diskusjoner av resultatene av forskningen som ble presentert.
 - Presentasjon av den tunge forskningen som AiR har utført og holder på med.
 - Mer fokus på arbeidsdimensjonen. (Kjem frå attføringsbedrift) og litt signal frå dept. kva nivå i kva retning ARR vil gå framover. Utviklingssignal

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 spesielt fornøyd med hovedinnlegget til Arnstein Mykletun.

Deltakerne har også i stor grad gitt positive tilbakemeldinger på organisering og rammer for prekonferansen, spesielt var tilbakemeldingene på ledelse og utdelt program/abstraktefte gode.

Evalueringen viser imidlertid at det også er flere forbedringspunkter når det gjelder organisering og rammer. Dette kommer spesielt godt fram i kommentarfeltene, der deltakerne har skrevet ned sine vurderinger og innspill til forbedringer. Forbedringspunktene gjelder formidlingsform på abstraktpresentasjonene, tidsbruk på presentasjonene, og mulighet for å stille spørsmål, kommentere og diskutere. I tillegg var det flere som ikke var helt fornøyd med lokalitetene. Dette er innspill som vil bli tatt med i planleggingen av neste års prekonferanse.

Abstracts

Vil en tverrfaglig poliklinisk tilnærming kunne redusere sykefraværet for pasienter med muskel-skjelettlidelser i større grad enn den enklere metoden Brief Intervention?

Randi Brendbekken, lege, spes. i arbeidsmedisin (1), (rbrend@online.no)
Eli Molde Hagen, dr.med. (1) og Hege R. Eriksen, professor, forskningsdirektør (2)
(1) Avd. for fys. med. og rehab., Sykehuset Innlandet HF,
(2) Uni Helse Bergen.

Introduksjon

Muskelskjelettsmerter representerer ca. 50 % av langtidssykefraværet i Norge. De fleste av disse pasientene har vanlige, men plagsomme subjektive helseplager der somatiske funn mangler eller ikke står i forhold til omfanget av plagene. Reduksjonen i livsutfoldelse og livskvalitet kan være betydelig. Psykososiale faktorer er viktige ift. kronifisering av plager. Individuelle faktorer er også av betydning. Det er også vist at forhold på jobben har betydning for psykiske og fysiske subjektive helseplager. Usikkerhet knyttet til forståelse av smertemekanismer og virksomme behandlingsstrategier forsterker problemet. Tidligere studier har vist at en kort intervensjon (Brief Intervention=BI) for pasienter med korsryggsmerter, hadde signifikant effekt på å redusere sykefraværet. Andre studier har vist at tverrfaglig rehabilitering for kroniske korsryggsmerter har effekt på sykefraværet. Fordi sammensatte lidelser ofte har sammensatte årsaksforhold, ønsker vi i vår studie å undersøke om en bredere tverrfaglig tilnærming til sykmeldte pasienter med muskel- skjelettplager i Raskere Tilbake-poliklinikken, kunne være mer effektiv i tilbakeføringen til arbeid enn BI alene.

Metode

Studien er en randomisert kontrollert klinisk studie. Det skal inkluderes 300 pasienter med 150 i hver gruppe: Intervensjonsgruppen får det tverrfaglige Raskere Tilbake tilbudet og Kontrollgruppen får BI. Sykmeldt inntil ett år. Studiens hovedmål er sykefraværstatus etter 1 år (evt 2 år). Delmål er å evaluere jobbtilfredshet, psykososiale forhold, sykdomsforståelse, funksjonsnivå og helseplager/smerter. Vi vil dessuten evaluere om et nytt kartleggingsverktøy benevnt "stjernediagram" kan ha betydning for intervensjonsgruppa som et reliabelt og enklere måleverktøy og pedagogisk hjelpemiddel. Intervensjonspasienten møter på poliklinikken 3 ganger; kontrollpasienten kun 2. De ulike tiltakene som er iverksatt under kontakten med pasienten blir registrert og vil være målbare i begge grupper. Således vil vi få muligheten til å sammenholde grad av yrkesdeltagelse med type tiltak for hver enkelt pasient. Tiltakene er kategorisert i hovedkategorier og underkategorier. Begge pasientgrupper fyller ut spørreskjema ved baseline og 3 og 12 måneder etter sykmelding.

Resultat

De første pasientene ble inkludert i september 2009. Per sept. 2010 har vi inkludert ca. 100 pasienter totalt. Vi har ingen foreløpige resultater.

Diskusjon og konklusjon

Denne studien har gjort det mulig å etablere en utradisjonell poliklinikk via Raskere Tilbake midler, der det i tillegg til diagnostisk avklaring skal rettes fokus mot arbeidsforhold og barrierer for å fungere i jobb. Studien er viktig ikke bare

for å evaluere et nytt poliklinikktilbud, men også fordi det er stort behov for å få mer kunnskap om hvordan komplekse bio-psyko-sosiale problemer kan løses, organiseres, implementeres og være samfunnsøkonomisk lønnsom. Inklusjon av pasienter til studien har gått langsommere enn forventet, og vil nå bli evaluert for å finne årsaker og hva som kan gjøres.

Tilbake i jobb etter raskere tilbake tiltak?

Dag Brekke, lege, DPH, spes. i arbeidsmedisin og samfunnsmedisin, (da-bre@online.no) Sunnaas sykehus.

Introduction

This study investigate individuals on long term sick leave due to musculoskeletal and minor psychiatric diseases, and the effects of a multidisciplinary intervention based on cognitive principles. The group of patients studied was in total 422 persons, all referred to our Rapid Return-OPC from the family doctors in the county in 2008 and 2009. A pilot project is performed.

Problem description and hypotheses

1. We aim to show whether a collective multidisciplinary clinical evaluation alone increases the chance to get back to work again.
2. We want to show whether a team-based intervention out from cognitive and coping-based intervention over several days or weeks increases further the chances of getting back to work. The selection to sub-groups was based on the clinical examination they all went through. A correct randomizing to the groups would be in conflict with the national RR-program.
3. As a control group we want to do a follow-up study of a cohort employees on sick leave due to musculoskeletal and minor psychiatric diseases that receive "treatment as usual" in the community.

Method

All patients are examined clinically on a multidisciplinary basis, and by questionnaires. By follow-up with a questionnaire we have asked whether the patient are still on sick leave, on rehabilitation benefits or disability pension, or is back to work – and if so – what part of a full time job. We have information from those we have examined, 6, 12 and 24 months after they were at our clinic. The matching control group is studied on the same parameters as the study group based on national register information.

Results

So far we do not have any results, but will concentrate on, as a main goal: To bring our patients rapid back to work and to show the benefits of Rapid Return interventions compared with treatment as usual.

As a sub-goal: To improve the knowledge on and the understanding of the health conditions of an employee on sick leave, and the value of assessment and treatment to increase the working capacity.

To see if an additional team-based intervention out from cognitive and coping-based principles, for several days or weeks, increases further the chance for returning to work. And if so, to demonstrate that this system can shorten the time for sick leave and is possible to implement nationwide and will contribute to national profit.

AFEM - Psykososial arbeidsretta rehabilitering

Hildfrid Brataas, ph.d. (1,2), (Hildfrid.Brataas@hint.no)

Aud Evensen, høgskolelektor (2)

(1) Senter for omsorgsforskning Midt-Norge,

(2) Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Introduksjon

Smednes trivselsgård as, tilbyr kognitiv arbeidsretta rehabilitering; "AFEM" (Ansvar For Egen Mestring). Opplegget bygger på gruppebasert kognitiv arbeidsretta rehabilitering med 5 - 7 deltakere pr. kurs. Tilbudet strekker seg over fire uker og omfatter kurs, veiledning/ individuelle samtaler og arbeidsretta trening. Målet er at deltakerne oppnår mestringsopplevelse, nytt pågangsmot og livskvalitet (<http://smednes-trivselsgard.no>). AFEM rehabilitering har vært lagt under spesialisthelsetjenestens "Raskere tilbake" tilbud. Målsettingen med prosjektet er å få kunnskap om årsaksforhold som forklarer deltakelse på gruppebasert kognitiv rehabilitering og kunnskap om hvorvidt og i hvilken grad mestringsressurser før deltakelse er endret etter deltakelse på tilbudet. Et formål er å generere hypoteser om læringseffekter på måter å mestre, tilpasse seg omstendigheter og ta ansvar for egne aktivitetsstrategier. Prosjekt er et oppdrag som er under gjennomføring. Problemstilling: Hva betyr kombinert gruppebasert og kognitiv arbeidsretta rehabilitering for opplevelse av livskvalitet og mestringsressurser for meningsfull arbeidsretta aktivitet?

Metode

Undersøkelsen er beskrivende. Det benyttes spørreskjema og individuelle intervjuer. I den kvalitative delen benyttes tematisk intervjuguide. Intervjuer foretas når rehabiliteringsopplegget avsluttes. Tema er 1) helse- og sosiale forhold ved deltakerens situasjon, 2) årsaksforhold for å søke rehabiliteringstilbudet, 3) mestring av belastninger og eventuelle spesielle livshendelser, 4) oppfatning om egen situasjon før og etter deltakelse på rehabiliteringsopplegget: Hvordan var din situasjon før deltakelse på rehabiliteringsopplegget? Hvordan er aktuell situasjon nå på slutten av AFEM rehabiliteringsopplegget? Intervjuer tas opp på bånd, skrives av og gjøres til gjenstand for tematisk innholdsanalyse. For å få svar på spørsmål om mestringsressurser og livskvalitet benyttes spørreskjema om opplevelse av mestring (OAS), utviklet av Aron Antonovsky og spørreskjema om helserelatert livskvalitet (LK målt med SF36v2) utviklet i regi av Verdens Helseorganisasjon. Skjema besvares før og etter deltakelse på rehabiliteringsopplegget. Det benyttes beskrivende statistikk.

Utvalg

Utvalget er representativt i og med at alle deltakere på rehabiliteringsopplegget i prosjektperioden er valgt. Det gjennomføres rehabiliteringstilbud for fire AFEM rehabiliteringsgrupper i prosjektperioden i 2010. Utvalget vil følgelig bestå av 20 – 28 deltakere på gruppebasert kognitiv rehabilitering. Regional forskningsetisk komité er søkt om godkjenning for prosjektet.

Resultater

Per dato (27. august) kan vi antyde noen få men interessante preliminaire funn basert første steg i analysen av kvalitative intervjuer: Deltakere lært om seg selv, egne sosiale handlemåter og

mestringsmåter og trent på nye måter å mestre sosial og fysisk aktivitet.

Gruppedeltakere gir både speiling på egen adferd og støtte for nye tenke- og handlemåter.

Dimensjoner ved foreldrerelasjonen i barneårene synes å ha betydning for helsemessig situasjon.

Diskusjon og konklusjon

Datasamling og analyse er ikke fullført per dato, men preliminaire funn tyder på at kombinasjonen gruppebasert og individuell kognitiv terapi har positive læringseffekter. Grundigere analyse og analyse av spørreskjema vil gi mer informasjon om eventuell av mestringsressurser og livskvalitet. Undersøkelsen er utført uten sammenligningsgruppe. Det er behov for forskning som omfatter måling av OAS og LK effekter av denne type rehabiliteringsopplegg sammenlignet med andre rehabiliteringstilbud for personer med lignende behov for rehabilitering til meningsfullt sosial og aktivt liv.

Stressmestringkurs som intervensjon for pasienter med muskel/skjelett plager og lettere psykiske lidelser

Karine B. Hansen, fysioterapeut og mastergradsstudent, (KarineBokerod.Hansen@sunnaas.no)
Solveig Greness, psykolog, Birgitta Erixson Halck, sosionom og Sven Conradi, lege, spes. i fysikalsk medisin og rehabilitering, Sunnaas sykehus.

Introduksjon

I perioden 2006 – 2009 ble det avsatt statlige midler til "raskere tilbake" som bestod av ulike prosjekter som hadde til hensikt å hjelpe sykmeldte raskere tilbake i arbeid. Sunnaas sykehus fikk midler til å opprette en poliklinikk som utfører tverrfaglige vurderinger av personer som er helt eller delvis sykmeldt. Prosjektet har foreløpig fått midler ut 2010. Et utvalg av pasientene har gjennomført et omfattende kurs i stressmestring i tillegg til den tverrfaglige vurderingen. Det er gjennomført et klinisk forløpsstudie hvor helserelatert livskvalitet og arbeidsgrad er målt ved kursstart, kursslutt og et år etter endt kurs.

Metode

Skjema Short form health survey (SF 36) ble benyttet for måling av helserelatert livskvalitet innenfor 8 delområder. Eget skjema er brukt for å måle arbeidsgrad. Wilcoxon rank test er utført for å se på eventuell endring i helserelatert livskvalitet. Det har blitt foretatt målinger på 19 deltagere fra fire kurs gjennomført i perioden 2008 – 2009. Siden studiet ikke har noen kontrollgruppe, kan man ikke si noen om en sikker sammenheng mellom intervensjon og resultat. Studiet har likevel en klinisk relevans da den vil beskrive pasientgruppen samt si noe om en mulig sammenheng mellom intervensjon og resultat.

Resultat

Helserelatert livskvalitet viste seg å øke i kursperioden. Et år etter kursslutt hadde helserelatert livskvalitet økt ytterligere noe. Endringen i helserelatert livskvalitet mellom kursstart og kursslutt var signifikant innenfor 3 av 8 delområder i SF 36. Arbeidsgraden gikk ned i kursperioden, men økte mellom kursslutt og et år etter endt kurs. Arbeidsgraden var noe høyere et år etter kursslutt enn ved kursstart.

Diskusjon og konklusjon

Under kursperioden økte den helserelaterte livskvaliteten, mens arbeidsgraden gikk ned. I året etter endt kurs hadde arbeidsgraden økt og var da noe høyere enn ved kursstart. Vi vet ingenting om årsaken til dette, men en hypotese er at deltagerne har trengt tid til å jobbe med mestring av livssituasjon og helse for å komme tilbake i arbeid. For å fastslå noe om effekt av intervensjonen bør det gjennomføres en studie med kontrollgruppe.

Hvem er brukere av arbeidsrettet rehabilitering i Norge – og hva har et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold å si for subjektiv helse, funksjonell status og smerterelatert frykt? Med fokus på Hernes Institutt og Attføringscenteret i Rauland. En kvantitativ studie.

John Henry Strupstad, fysioterapeut med mastergrad i Helsevitenskap (1), (John@hernesinstitutt.no)
Camilla Ihlebæk, professor (2), Irene Øyeflaten, forskningsleder (3) og Geir Arild Espnes, professor (4)
(1) Hernes Institutt,
(2) Universitetet for Miljø- og Biovitenskap.
(3) AiR - nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering,
(4) Norges Teknisk- og Naturvitenskapelige Universitet.

Bakgrunn

Hensikten med denne studien var å beskrive og sammenligne brukere ved Hernes Institutt og Attføringscenteret i Rauland med hensyn til sosiodemografiske faktorer, funksjonsnivå, subjektive helseplager og smerterelatert frykt samt følge disse brukerne tre måneder frem i tid, fra inntak ved institusjonen, via avsluttende opphold til tre måneder etter rehabiliteringsoppholdet.

Metode

Brukere ved Hernes Institutt (HI) og Attføringscenteret i Rauland (AiR) fylte ut spørreskjema vedrørende subjektive helseplager (SHC), funksjonsevne (NF) og smerterelatert frykt (FABQ) ved inntak, avreise og etter tre måneder. Innsamling av data skjedde i perioden sommeren 2007 til våren/sommeren 2008.

Resultater

Brukerne ved HI var kjennetegnet ved overvekt av menn (61 %), få med høyere utdanning (8.9 %) og høy andel av manuelle yrker (72 %). Ved AiR var det flest kvinner (73 %), flere med høyere utdanning (32.6 %) og større variasjon i yrkesbakgrunn. Brukere ved HI rapporterte gjennomgående dårligere fysisk funksjonsevne (gå/stå og løfte/bære) sammenlignet med AiR, mens brukere ved AiR rapporterte dårligere sosial funksjonsevne (mestring/samhandling) sammenlignet med HI. Flere brukere ved AiR rapporterte mentale helseplager enn ved HI, mens det var tilnærmet lik fordeling av muskelskjelettplager i gruppene. Brukerne ved HI rapporterte mer frykt for smerter relatert til arbeid. For begge gruppene var det signifikante endringer i form av bedret funksjonsevne, mindre subjektive helseplager og mindre smerterelatert frykt fra inntak til utreise, og den positive endringen var relativt stabil frem til tre måneders oppfølging.

Konklusjon

Det var forskjeller mellom brukerne på de to institusjonene i demografiske variabler, funksjon, subjektive helseplager og smerterelatert frykt. Begge populasjonene opplevde bedring på flere variabler fra oppstart av rehabiliteringsoppholdet til avsluttet behandling. Systematisk innhentning av denne typen informasjon vil kunne føre til et velbegrunnet valg av intervensjoner og være viktig for videre planlegging og utvikling av tiltak, samt for forskning innen fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering.

Helhetlig arbeidsrettet rehabilitering; sammenligning mellom to ARR modeller.

Linnéa Johansson, FoU medarbeider, (Linnea.Johansson@godthaab.no)
Pascal GE. Lhote og Ketil Berstad,
Godthaab Helse og Rehabilitering.

Bakgrunn

Før arbeidstakere med sykefravær fikk Godthaab Helse og Rehabilitering (GHR) i 2006 støtte fra Helsedirektoratet til prosjektet Tilbake til arbeid (heretter ARR-lang). Prosjektet Arbeid og motivasjon ble igangsatt i 2008, også dette med midler fra Helsedirektoratet, og var rettet mot personer som ikke hadde anledning til å være på kurs i lengre perioder.. Målgruppen for begge prosjektene var personer som er sykmeldte eller står i fare for å bli det og formålet var å føre deltakerne tilbake i jobb og/eller øke individuell grad av arbeidsdyktighet og trivsel på jobb. Deltakerne ble rekruttert gjennom direkte henvendelse, NAV, arbeidsgiver eller lege.

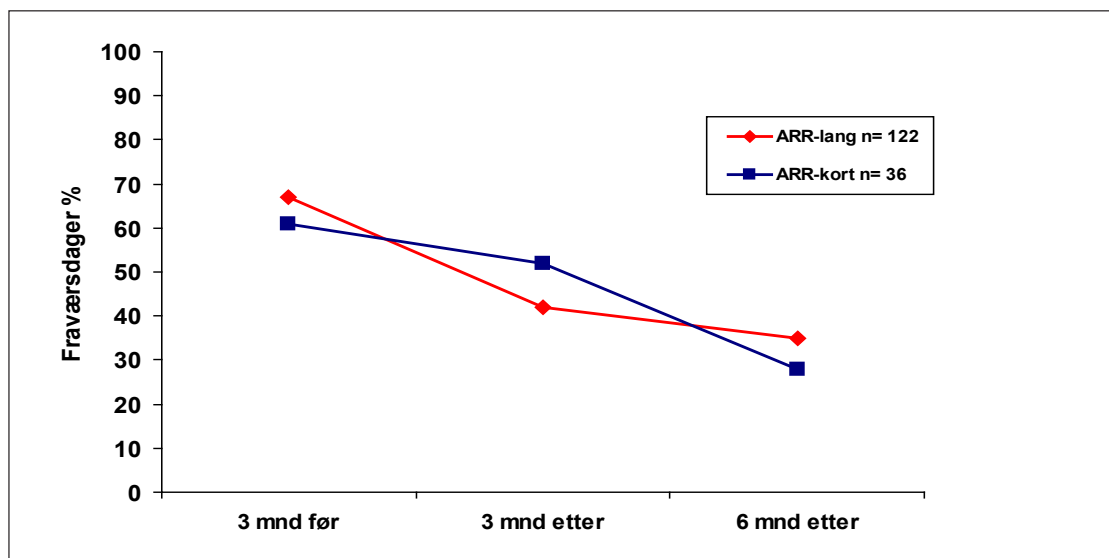
Metode

Kursene har en psykologisk tilnærming med fokus på kognitiv atferdsterapi, analytisk psykologi og selvhypnose. I tillegg legges det vekt på tilpasset fysisk aktivitet, ernæring og kreative aktiviteter som er egnet til å bygge opp kursdeltakernes selvbilde. Til sammen har 177 deltakere gjennomført kurs i Arbeidsrettet rehabilitering ved GHR.

Behandlingsopplegget ARR-lang strakk seg over tre sekvensielle perioder avbrutt av to 6 - 8 ukers opphold i hjemmet (22 behandlingsdager). Modellen er utviklet av GHR basert på tidligere erfaringer/studier. 133 deltakere fullførte kurset, 128 var tilgjengelige ved 3 måneders oppfølging og 122 ved 6 måneders oppfølging. Gjennomsnittsalder var 46 år (spredning 22 - 64 år) og 109 (82 %) var kvinner. Behandlingsopplegget ARR-kort strakk seg over en periode på ca. fem måneder, med en innledende samling over tre døgn etterfulgt av ti enkeltstående oppfølgingsdager annenhver uke (13 behandlingsdager). 44 deltakere fullførte kurset, 43 var tilgjengelige ved 3 måneders oppfølging og 36 var tilgjengelige 6 måneder etter kurs. Gjennomsnittsalder var 49 år (spredning 33 - 62 år) og 38 (84 %) var kvinner. Sykefraværet (andel fraværskdager borte fra jobben) for begge gruppene ble angitt for perioden 3 måneder før kurset (T_0) og 3 (T_2) og 6 måneder etter avsluttet kurs (T_3). Individuell kartlegging av bla. fysisk aktivitet, livskvalitet, mestring samt angst og depresjon ble foretatt ved begynnelsen (T_1) og slutten (T_2) av kurset ved hjelp av standardiserte spørreskjema.

Resultater

Deltakerne i ARR-lang hadde et signifikant lavere utdanningsnivå enn deltakerne i ARR-kort. Deltakerne i ARR-lang hadde en signifikant reduksjon i antall fraværskdager 6 måneder etter endt kurs (T_2) sammenlignet med 3 måneder før kursstart (T_0) ($p=0,000$) (figur 1). Deltakerne i ARR-kort hadde også en signifikant reduksjon i antall fraværskdager 6 måneder etter endt kurs (T_2) sammenlignet med 3 måneder før kursstart (T_0) ($p=0,003$) (figur 1). Det var ingen signifikant forskjell i endring av sykefravær fra T_0 til T_3 mellom gruppene.



Figur 1: Sykefravær 3 mnd før kursstart og 3 og 6 måneder etter avsluttet kurs

Videre fant vi signifikante bedringer av følgende variable hos begge gruppene; økt nivå av fysisk aktivitet (stadiemodellen), forbedring av opplevd livskvalitet på både det mentale og fysiske plan (SF-12), økt mestring (STUM) og økt indirekte målt oksygenopptak (UKK-gåtest) og redusert nivå av angst og depresjonsnivået (HADS). Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i disse endringsvariablene.

Konklusjon

Denne studien viser at Godthaabs ARR-program, ARR-kort og ARR-lang med sekvensiell behandling spredt over 4-5 måneder har signifikant effekt på en rekke variabler. For begge tilbudene ble sykefraværet 6 måneder etter avsluttet kurs om lag halvert sammenlignet med 3 måneder før kurset. Vi fant ingen forskjell i effekten mellom døgnbasert behandling på 22 dager og dagbasert behandling på 13 dager.

Grønne tiltak for mennesker som er ute av arbeidslivet; effekter på helse og arbeidsdeltakelse.

Lina Harvold Dalskau, ph.d-student, (Lina.dalskau@umb.no)
Bente Berget, phd, forsker, og Camilla Ihlebæk, professor,
Universitetet for miljø- og biovitenskap.

Bakgrunn

I Norge i dag er en stor og stadig økende andel av befolkningen permanent eller midlertidig ute av arbeidslivet. Samtidig har synet på sykmeldte og langtidssyke forandret seg fra et ensidig fokus på mennesker som pasienter med diagnoser, symptomer og begrensinger til å se mulighetene for et mer inkluderende arbeidsliv. En rekke norske gårder tilbyr Grønt arbeid, Grønn trapp og andre "Inn på tunet-tiltak", som kan tenkes å ha positive effekter for å få folk tilbake i arbeidslivet. Disse grønne tiltakene baserer seg på gårdens naturlige ressurser og tilbyr et mangfold av aktiviteter, med mulighet for meningsfylte arbeidserfaringer, individuell tilrettelegging, personlig utvikling og fysisk helsefremmende aktiviteter. Ifølge NAV er arbeid på gård hensiktsmessig både i forhold til å komme tilbake til arbeidslivet fordi det kan bidra til en ny start, men også fordi det kan være med å avklare videre arbeidsmuligheter. Selv om erfaringer og evalueringer av grønne tiltak har vist seg lovende, finnes det lite systematisk kunnskap om organisering og innholdet i ulike grønne tiltak. Det er i tillegg lite kunnskap om hvilke faktorer og prosesser i grønne tiltak som oppfattes som nyttige for deltakerne, og om disse tiltakene øker sjansen for komme tilbake i arbeidslivet.

Mål

Hovedmålet med dette prosjektet er å systematisk beskrive tilbudet som finnes av ulike grønne tiltak for mennesker som er ute av arbeidslivet, og å dokumentere hvilke elementer som blir oppfattet som viktige og relevante av deltakerne.

Metode

Den først delen av prosjektet er en kartleggingsstudie i form av en nasjonal spørreundersøkelse blant alle deltakere og tilbydere av grønne tiltak i Norge. Undersøkelsen vil omfatte demografiske spørsmål, spørsmål om aktiviteter og sosiale relasjoner, samt spørsmål som skal avdekke mulige opplevde effekter av tiltaket. Gårdbruker/arbeidsleder vil være med å distribuere undersøkelsen til deltagerne. I denne studien vil vi også ved et oppfølgingstidspunkt benytte oss av NAVs registerdata på deltakerne for å se om registerdataene støtter de selvrapporterte resultatene i studien i forhold til arbeidsdeltagelse. Studiepopulasjonen vil være voksne i yrkesaktiv alder som er ute av arbeidslivet og mottar ulike trygdeordninger fra NAV og som er deltakere i pågående grønne tiltak i hele Norge. Det vil være et inklusjonskrav at deltagerne har vært i tiltaket i minimum 3 måneder. Videre ønsker prosjektet å dokumentere effektene av ulike grønne tiltak på forskjellige helseparametre og arbeidsdeltakelse. Denne delen av prosjektet er fremdeles i en tidlig planleggingsfase, men det vil i hovedsak bli benyttet et longitudinelt studiedesign som skal se på effekter av grønne tiltak på helseparametre som mestring, selvbilde, psykiske problemer og sosial støtte i forhold til arbeidsdeltagelse. Prosjektet vil bidra til økt kompetanse og dokumentasjon på grønne tiltak i forhold til helse og arbeidsdeltagelse, som igjen vil være nyttig for videre kvalitetssikring og utvikling av grønne arbeidsrettede tiltak.

Gir bedre kondisjon opprettholdelse av fysisk aktivitet og mindre sykefravær hos pasienter med kronisk lungesykdom?

Ulla Pedersen, fysioterapeut, stud. MSc (1,2), (Ulla.Pedersen@glittrelinikken.no)
Siri Skumlien, overlege dr.med. (2) Glittrelinikken.
(1) Medisinske Fakultet ved UiO, Institutt for Helse og Samfunn,

Introduksjon

Kronisk lungesykdom medfører for en del pasienter at de står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Lungesyke utgjør en stor populasjon som fortsatt er yrkesaktiv, og som potensielt har mange år igjen i arbeidslivet (Nasjonalt kolsråd 2008). Effektive tiltak for å bedre arbeidsevnen hos disse vil derfor ha stor betydning. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) regnes som en folkesykdom som omfatter omlag 200.000 av den norske befolkningen. Det forventes en økning på ca 20.000 nye tilfeller de neste 10-15 årene. Forekomsten av astma har også økt både for barn og voksne i Norge. Det anslås en prevalens hos voksne på ca 8-10 %, (Nafstad et al 2005). Glittrelinikken har de siste årene utviklet et tilbud om arbeidsrettet lungerehabilitering. Det er holdepunkter for at god etterlevelse av kunnskap, varige livsstilsendringer og gode mestringsstrategier vil være vesentlig for å bedre pasientenes livskvalitet og opprettholde arbeidslivsdeltakelsen. Bedring i fysisk form er et sentralt element innen lungerehabilitering. Som ledd i evaluering av Glittrelinikkens opplegg ønsker vi å undersøke følgende problemstillinger:

Problemstilling

1. Vil et fire ukers tverrfaglig arbeidsrettet lungerehabiliteringsopphold gi en bedring i utholdenhet for pasienter med kols og astma?
2. Er det en sammenheng mellom bedring i utholdenhet etter 4 ukers rehabilitering og opprettholdelse av fysisk aktivitet og/ eller arbeidsdeltakelse/sykefravær 6 og 12 måneder etter avsluttet rehabilitering?

Metode

Det ble utført en prospektiv kohortstudie med en kvantitativ studiedesign. Pasienter med astma og KOLS ble rekruttert via Glittrelinikkens arbeidsrettede lungerehabiliterings-program, kronisk lungesyke i arbeid, (KLAR) fram til november 2009. Totalt ble 199 pasienter inkludert. Av forskjellige årsaker falt 71 ut, slik at analysen er basert på 128 pasienter. Endring i kondisjon ble målt med konstant belastningstest (etter gjennomføring av maksimal arbeidsbelastningstest, på 85 % av maksimal belastning), utført på tredemølle, ved inntak og før utreise. Innsamling av data om fysisk aktivitet og sykefravær ble gjennomført ved innleggelse og henholdsvis 1, 6 og 12 måneder etter utreise, ved hjelp av spørreskjema og telefonsamtaler.

Resultater/konklusjon

Fire ukers tverrfaglig rehabilitering ga en statistisk og klinisk signifikant bedring i utholdenhet. Det var en sammenheng med bedring i kondisjon og mengde fysisk aktivitet etter 6 mnd, men ikke etter 12 mnd. Det var ingen sammenheng mellom bedring i kondisjon og sykefravær etter 6 og 12 mnd. Siden utvalget ble fulgt ett år fremover i tid, er innsamlingen av data nettopp avsluttet og presenteres som preliminaire resultater, med foreløpige analyser.

Er begrepsapparatet i WHO's Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemning og helse, ICF helhetlig?

Solli, Hans Magnus, dr.med. (1), (hmsolli@online.no)

Barbosa da Silva, António (2)

(1) Forskningsenheten, Psykiatrien i Vestfold.

(2) Ansgar Teologiske Høgskole, Kristiansand.

Introduksjon

Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemning og helse, ICF, utgitt av Verdens helseorganisasjon i 2001, er basert på integrasjon av en sosial og en medisinsk modell. ICF forsøker dermed å sette funksjonsevnenes viktigste komponenter sammen til en helhetlig biopsykososial modell. Komponentene i denne helheten er: helsetilstand (sykdom eller lidelse), legemsfunksjoner og – strukturer, aktiviteter, deltakelse, miljøfaktorer, personlige faktorer og helse. Problemstillingen her er om integrasjonen av disse to modellene er gjennomført.

Metode

Metoden er vitenskapsfilosofisk analyse. Et sentralt begrep i analysen er holisme. Holisme defineres slik: Egenskaper til de enkelte komponentene i et kompleks anses for å være bestemt av relasjoner de har til andre komponenter..

Resultat

Det er et problem for integrasjonen av modellene at den medisinske modellen er reduksjonistisk. Det ses klart på hvordan funksjonsnedsettelse er definert. Dette begrepet (i den norske ICF manualen betegnet som avvik) defineres på grunnlag av et statistisk normalitetsbegrep. Men denne definisjonen gjelder kun biomedisinsk sykdom. Det trengs andre definisjoner for å tale meningsfylt om funksjonsnedsettelse ved forskjellige slag psykiske lidelser eller kronisk muskelsmertesyndrom. For å sette ICFs komponenter i rett relasjon til hverandre, foreslås et flerdimensjonalt syn på mennesket der personen har både et individuelt og et omgivelsesmessig aspekt. Sentrale dimensjoner i en revidert ICF modell er a) deltakelse som defineres som et sosialetisk og politisk mål for samfunnet, b) personen som aktør med sine personlige faktorer og sin organisme, c) naturlige, sosial og kulturelle omgivelser og d) den personlige faktor ~~mål~~ som bør framheves.

Diskusjon og konklusjon

Det er utført en vitenskapsfilosofisk analyse av ICFs kompleks av komponenter basert på helhetstenkning. Den har ført til fram til en modell der den handlende person interagerer med naturlige, sosiale og kulturelle omgivelser. Det etiske og politiske målet er alle menneskers deltakelse i samfunnet. For en tverrfaglig og brukerorientert vurdering av funksjonsevne synes denne helhetlige modellen å være nyttig som et felles utgangspunkt. Ved hjelp av den kan man sammen se personen som handlende, med sine evner, i relasjon til sine omgivelser som gir muligheter, og der personens mål er viktige.

Sickness absence: The agreement between self-report and a public registry in patients with sciatica

Lars Grøvle, lege, ph.d. stipendiat (1), (Lars.Groevle@so-hf.no; margreth.grotle@medisin.uio.no)

Anne Haugen (1), Anne Keller (2), Bård Natvig (3,4), Jens Ivar Brox (5) og Margreth Grotle (3,6)

(1) Department of Rheumatology, Østfold Hospital Trust, Fredrikstad,

(2) Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Oslo University Hospital, Ullevaal,

(3) National Resource Centre for Rehabilitation in Rheumatology, Diakonhjemmet Hospital,

(4) Department of General Practice and Community Medicine, ASAM, University of Oslo,

(5) Section for Back Surgery, Phys. Med. and Rehabilitation, Orthopaedic Department, Rikshospitalet,

(6) FORMI, Ullevaal.

Background

Sickness absence data are often obtained by self-report in clinical studies. Little knowledge exists about the validity of such data.

Objectives

To investigate how well the self-report of (i) having been sickness absent or not and (ii) the duration of sickness absence during recall periods of different lengths agrees with data from a public registry among patients with sciatica.

Study Design and Setting

Multicenter observational 2 year longitudinal study among 227 patients with sciatica referred to back clinics at four hospitals in South-Eastern Norway. The self-reports were obtained by postal questionnaires including recall periods of 3, 6 and 12 months and compared with data from the

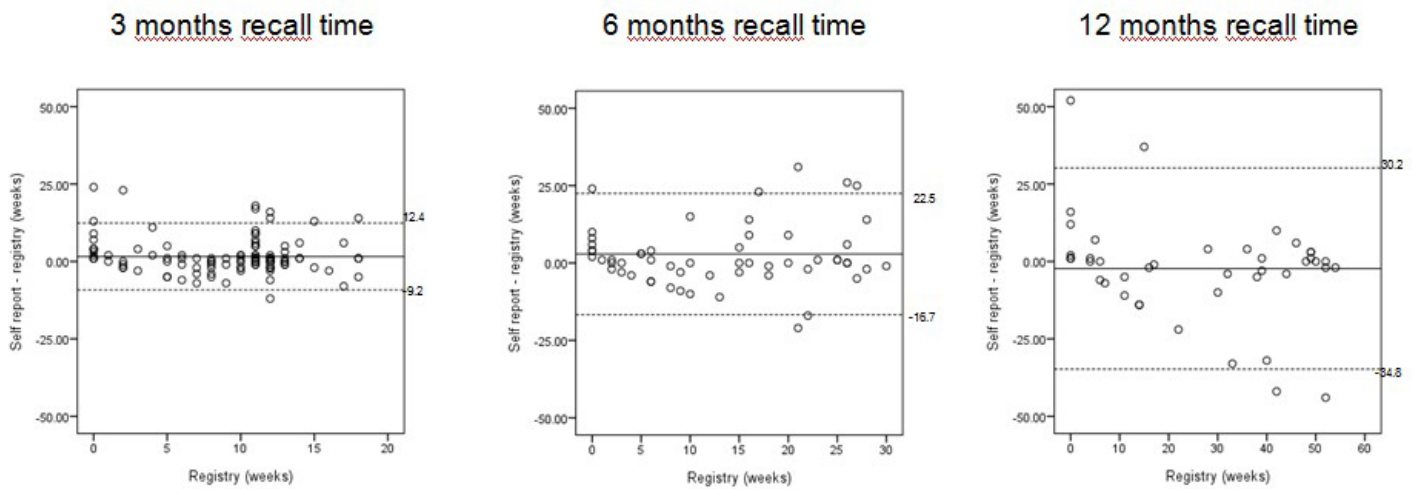
Results

Table 1. The number of patients with any sickness absence according to self-report and registry with values of Kappa for recall periods of different lengths.

		3 months recall n=169		6 months recall n=147		12 months recall n=139	
		Sickness absence according to reg- istry		Sickness absence according to reg- istry		Sickness absence according to reg- istry	
		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Sickness absence according to self- report	Yes	111	14	40	8	29	7
	No	8	36	9	90	8	95
Kappa		0.68		0.74		0.72	

In the analyses of sickness absence duration only respondents who according to self-report or registry had been absent during the actual recall period were included. Compared to the registry, the patients overestimated the duration of their SA by 1.6 (SD 5.5) weeks ($p=0.005$) and 2.9 (SD 10.0) weeks ($p=0.22$) during the 3 and 6 month recall periods respectively, and underestimated by 2.3 (SD 16.6) weeks ($p=0.27$) during the 12 month recall period. The SD of the mean difference (self-report minus registry) increased from 5.5 weeks for the 3 month period to 16.6 weeks for the 12 month period. For the 3 month recall period 49.2 % of the patients reported a SA duration that differed at most ± 1 week from the registry. For the 6 and 12 month periods the corresponding numbers were 30.4% and 27.9%.

Figure 1. The difference between self-reported and registry reported sickness absence duration plotted against the registry. The central horizontal line represents the mean difference; the flanking lines represent the 95% limits of agreement.



Conclusion

The agreement between self-report and registry regarding the occurrence of sickness absence was acceptable. The agreement on the duration of SA was poor for the shortest recall period of 3 months and became worse as the length of the recall time increased. The use of self-reported data of sickness absence duration can severely reduce statistical power of clinical trials and the accuracy of cost estimates of SA in sciatic

Disability pension and everyday life: a period of transition and subjective aspects of future occupational life

Annica E. M. Johansson, OTR, MSc (1, 2), (Annica.Johansson@sunnaas.no)
Ulla Johansson, OTR, ph.d. (2)
(1) Sunnaas Rehabilitation Hospital, Norway,
(2) Centre for Research and Development, Uppsala University, County Council of Gävleborg, Sweden.

Objective

The purpose was to explore and describe the everyday life experiences among people with a disability pension and their expectations for future occupational life.

Participants

A purposeful sample of 14 men and women were interviewed. Of these, ten people received full-time disability pension and four people were on partial disability pension while working part time.

Methods and Results

A content analysis approach revealed three themes: strategies for handling a changed life situation, adaptations to remaining functional capacity, and expectations on future occupational life. Initially, leaving the work market entailed a period of emotional discomfort. To help handle this discomfort, structures for participation and performance came to signify a balanced everyday life.

Conclusions

The central conclusion drawn is that the informants with full-time disability pension reconciled themselves to their situation, changing their conception of what life on a disability pension means, while those informants who worked part-time saw their future role as that of worker. Thus, being employed constitutes one factor that promotes a future work career. Another factor related to work capacity is the need for balance between paid work and domestic work reported by disability pensioners working part-time. This area could serve as a point of departure for work rehabilitation.

Individuell mestring – fra kollektive til individuelle tiltak for å redusere sykefravær

Liv H. Magnussen, ph.d. (1, 2), (Liv.Magnussen@uni.no)
Torill H. Tveito, ph.d. (1, 3)
(1) Uni helse, Bergen,
(2) Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen
(3) Hemilsenteret, Psykologisk Fakultet, Universitetet i Bergen

Introduksjon

Sogn og Fjordane fylkeskommune er en IA-bedrift og ønsket å sette fokus på oppfølgingen av langtidssykmeldte i fylkeskommunen gjennom prosjektet Individuell mestring – fra kollektive til individuelle tiltak for å redusere sykefravær. Prosjektet hadde som mål å hjelpe langtidssykmeldte til bedre å mestre helseplagene sine, spesielt i arbeidet. Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom Sogn og Fjordane fylkeskommune, NAV (Farve), Selje hotell ved psykolog Thomas Bickhardt, Idrettssenteret AS og Uni helse.

Metode

Til sammen 30 ansatte (25 kvinner) i alderen 34 til 63 år (gjennomsnittsalder=51 år) som var eller hadde vært sykmeldt i minst 6 uker i løpet av siste år ble inkludert i studien. Studien var designet som en randomisert kontrollert studie, og deltakerne ble trukket til enten å delta i en intervensjonsgruppe eller en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen (n=15) fikk tilbud om Seljeprogrammet som besto av kognitiv terapi i gruppe og individuelt, treningsveiledning og thalassoterapi. Seljeprogrammet var lagt opp med 2 samlinger på Selje hotell, hver på 5 dager, og med 5 måneder mellom hver samling. Mellom samlingene skulle deltakerne følge et tilpasset treningsopplegg og det var regelmessig kontakt mellom den enkelte deltaker og psykolog i perioden. Kontrollgruppen (n=15) fikk et todagers opplegg inkludert thalassoterapi på Selje hotell. Standardiserte spørreskjema som inneholdt spørsmål om demografi, mestring, helse relatert livskvalitet, fysisk form, fysisk aktivitetsnivå og subjektive helseplager ble benyttet for å evaluere effekt.

Resultat

Resultatene fra spørreskjema viste at Seljeprogrammet ikke hadde dokumentert effekt på mestring, funksjon, fysisk form og subjektive helseplager. Programmet hadde heller ingen effekt på tilbakeføring til arbeid. Det var en tendens til at intervensjonsgruppen hadde økt sitt fysiske aktivitetsnivå sammenlignet med deltakerne i kontrollgruppen. Det var også statistisk signifikant flere i intervensjonsgruppen som rapporterte at de følte seg generelt bedre etter Seljeprogrammet sammenlignet med kontrollgruppen (p=0.029).

Diskusjon og konklusjon

Vi kan ikke ut fra den kvantitative evalueringen hevde at Seljeprogrammet hadde noen effekt verken på deltakernes funksjon, mestring, helse eller på tilbakeføring til jobb. Det lave deltakerantallet kan ha vært en viktig årsak til at vi ikke kunne dokumentere effekter av Seljeprogrammet. Det var tendenser til effekt på enkelte variabler i spørreskjemaet i favør av intervensjonsgruppen, men forskjellene var ikke store nok til at resultatet ble statistisk signifikant. Til tross for den manglende effekten av Seljeprogrammet er det viktig å understreke at deltakerne i intervensjonsgruppen rapporterte i større grad å ha blitt bedre etter Seljeprogrammet sammenlignet med deltakerne i kontrollgruppen. Det var en tendens til at de som rapporterte bedring etter Seljeprogrammet hadde lavere scorer på aktiv mestring og fysisk form før oppstart, og har derfor hatt større potensial for bedring. For å kunne si noe sikkert om nytteverdien av denne typen tiltak bør studien gjentas i større skala og med flere deltakere.

Jobbfast – Forskningspoliklinikk for traumer og psykososiale belastninger i arbeidslivet

Nils Magerøy, dr.med. (1), (nils.mageroy@helse-bergen.no)

Ståle Einarsen (2) og Tor Aasen (1)

(1) Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen,

(2) Avdeling for samfunnspsykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen.

Jobbfast – forskningspoliklinikk for traumer og psykososiale belastninger i arbeidslivet skal utrede, behandle og rehabilitere pasienter med nedsatt helse som følge av konflikter, mobbing, seksuell trakassering og varsling. Forskning tilknyttet poliklinikken skal gi kunnskap om det som er til hjelp for pasientene, og spre kunnskapen til andre aktører i helsevesenet og arbeidslivet. Det er et uttalt delmål at pasientene står i arbeidslivet lengre og færre overføres til trygdesystemet. Jobbfast blir en enhet ved Yrkesmedisinsk avdeling på Haukeland universitetssjukehus og skal ta i mot pasienter etter henvisning fra bedriftsleger og allmennleger. Pasientenes arbeidssituasjon blir kartlagt og det gjøres en vurdering av pasientenes helsetilstand med diagnostisering. Behandling vil bli gitt i form av individuell terapi, gruppeterapi og fysisk aktivisering. En opplæringsdel om konflikter, mobbing et cetera vil inngå i gruppebehandlingen. Yrkesmedisinsk behandling kjennetegnes også ved et samspill med virksomhetene pasientene er ansatt i. Et slikt samspill vil bli etablert ved Jobbfast, i tillegg til samarbeid med NAV. Det mangler kunnskap om hvordan man skal behandle og

rehabiliterer pasienter som er blitt syke etter de tidligere nevnte belastningene og pasientene inkluderes i forskningsprosjekt. For forskningen ved Jobbfast vil det vil være to hovedendepunkt: Symptomendring og tilbakeføring til arbeid. Som mål på symptomer vil veletablerte psykometriske instrument kunne anvendes som for eksempel Becks depresjonsskala. For tilbakeføring til arbeid vil sykemeldingsdata være viktige. Etter diagnostisering og matching vil pasientene bli randomisert til en av to behandlingsarmer og være sin egen kontroll i en ventetid. Den ene gruppen får en kombinasjon av individuell kognitiv terapi med gruppeterapi, og den andre får individuell kognitiv terapi kombinert med fysisk aktivitet. Etter en behandlingspause skifter man om behandlingstilbudet. Dette krever en longitudinell tilnærming med en rekke målepunkt, også en tid etter at behandlingen er avsluttet. I en planleggingsfase av et nytt forskningsarbeid vil innspill til forskningsmodellen være viktig. Presentasjonen vil legges fram med tanke på diskusjon av modellen. En mulig forskningsmodell er illustrert her:

