



Arbeidsrettet rehabilitering og forskning ved Hysnes Helsefort

Sluttrapport

Denne rapport-serien består av flere selvstendige rapporter som beskriver ulike deler av Hysnes-prosjektet

Fra St. Olavs Hospital:

Sluttrapport for prosjektet ved Hysnes Helsefort

Del 1. Prosjektrapport: Beskrivelse av prosjektet

Del 2. Metoderapport: Hvordan ble rehabiliteringen gjennomført

Fra forskere ved NTNU – Fakultet for medisin og helsevitenskap:

Forskning ved Hysnes Helsefort

Del 1. Randomisert studie med helseøkonomisk og kvalitativ følgeforskning

Del 2. Studier om karakteristika av og rehabilitering for langtidssykmeldte med sammensatte symptomlidelser

Mer detaljert omtale av de ulike forskningsartiklene og relatert materiale finnes på: www.stolav.no/hysnes-helsefort

Sluttrapport for prosjektet ved Hysnes Helsefort

Del 1. Prosjektrapport: Beskrivelse av prosjektet

Sammendrag

Hysnesprosjektet var et oppdrag gitt av Helse og - omsorgsdepartementet til Helse Midt - Norge og var unikt i sitt slag i Norge. Hovedmålet var å etablere rehabiliteringssenteret Hysnes Helsefort, som skulle tilby arbeidsrettet rehabilitering til ulike pasientgrupper i fraflyttede militærbygninger på Hysnes i Rissa kommune. Hysnes Helsefort skulle driftes i prosjektperioden (2010 – 2014) samtidig som det skulle gjennomføres forskningsevaluering i et omfang som aldri før hadde blitt gjort innen dette fagfeltet i Norge. St. Olavs Hospital HF fikk hovedansvaret for prosjektet og NTNU - Det Medisinske Fakultet skulle gjennomføre forskningen. Byggene ble totalrenovert av Rissa kommune og ble overlevert St. Olavs Hospital HF den 1.9.2010. Administrasjon og fagpersonell ble ansatt og Hysnes Mottakspoliklinikk ble opprettet ved St. Olavs Hospital i Trondheim for å utrede aktuelle pasienter.

Prosjektet ble delt inn i tre hoveddeler: 1. Hysnes Helsefort, 2. Hysnes Mottakspoliklinikk og 3. Forskning. Hovedmålet med prosjektet ble nådd: byggene ble totalrenovert av Rissa kommune i tråd med formålet, og i løpet av 2011 lyktes det å etablere et kunnskapsbasert arbeidsrettet rehabiliteringssenter med godt kvalifiserte fagfolk. Prosjektet ble forlenget etter ekstra bevilgning fra departementet. Rehabiliteringssenteret var i drift fra oktober 2010 til juni 2016, og ca. 1400 pasienter mottok et rehabiliteringstilbud i denne perioden. I driftsfasen av prosjektet ble det kliniske tilbudet videreutviklet, og det ble samlet inn store mengder forskningsdata.

Hysnesprosjektet har bidratt til å løfte fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering i Norge. For første gang har det blitt dokumentert at et 3 ½ ukers senterbasert arbeidsrettet rehabiliteringsprogram kan øke tilbakeføring til arbeid, og at et mindre omfattende 8 dagers rehabiliteringsprogram ikke hadde tilsvarende effekt. Med utgangspunkt i innsamlet datamateriale pågår det nå flere forskningsprosjekter som vil generere mer kunnskap de neste årene. I tillegg har det blitt gjennomført mange studier som også internasjonalt har økt kunnskapsnivået innen feltet. Selve effekt-evalueringen av Hysnes Helsefort tok, av ulike årsaker, lengre tid enn angitt i oppdraget.

Prosjektet ble avsluttet i henhold til instruks fra oppdragsgiver. Prosjektet ble løst godt innenfor den økonomiske grunnrammen. Alle faste ansatte som ønsket det fikk nytt arbeid i St. Olavs Hospital. Prosjektet oppfattes i all hovedsak å være løst i henhold til bestilling og instruks fra oppdragsgiver.

Denne delrapporten er utarbeidet av Prosjektleder Vidar Johansen og Forsker Marius Steiro Fimland.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	4
Oppdraget	4
Prosjektstyring.....	5
Styringsgruppen.....	6
Prosjektansvarlig.....	6
Prosjektleder.....	6
Øvrige roller	7
Rapportering	7
Prosjektbeskrivelse	7
Prosjektets aktiviteter	8
Sentrale mål i prosjektet	9
Måloppnåelse	11
Måloppnåelse for Delprosjekt 1 - Hysnes Helsefort.....	11
Måloppnåelse for Delprosjekt 2 - Hysnes Mottakspoliklikk	12
Måloppnåelse for Delprosjekt 3 - Forskningsprosjektet	13
Milepæler i prosjektet.....	16
Økonomi	17
Utdypende beskrivelse av prosjektets gjennomføring	19
Etableringsfasen (2010 - 2012)	19
Driftsfasen (2012 - 2015)	20
Avslutningsfasen (2015 - 2016).....	21
Konklusjon.....	22

Innledning

Gjennom en årrekke har det vært en målsetting å redusere det helserelaterte fraværet i Norsk arbeidsliv, og mange tiltak har blitt iverksatt. Det finnes likevel svært få rehabiliteringstilbud som kan dokumentere effekt på reduksjon av sykefravær. En type tiltak vi ikke kjenner effekten av er senterbasert arbeidsrettet rehabilitering som har blitt tilbudt i mer enn 30 år i Norge og som tilbys flere steder i landet. Hysnesprosjektet skulle etablere et kunnskapsbasert arbeidsrettet rehabiliteringstilbud ved Hysnes Helsefort for å hjelpe folk med helseplager til å kunne stå i arbeid. Rehabiliteringstilbudet skulle følges med forskning av høy kvalitet. I del 2 av rapporten presenteres detaljerte beskrivelser av rehabiliteringstilbudene. I del 3 presenteres forskningsrapportene fra forskere ved NTNU.

Oppdraget

I foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Helse Midt-Norge RHF (HMN) av 16.4.2008 ble det fattet vedtak om å gjennomføre et forprosjekt med sikte på å etablere et rehabiliteringstilbud på Hysnes i Rissa kommune. Prosjektets oppdragsgiver var HOD og HMN, mens prosjektet var eid og ble gjennomført av St. Olavs Hospital HF (Stolav). Forprosjektet ble gjennomført og rapporten ble oversendt HOD den 3.11.2008. Rapporten anbefalte etablering av et rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten på Hysnes i Rissa. Byggene skulle rehabiliteres og leies ut av Rissa kommune (Foretaksmøte 18.12.2008).

Hovedoppdraget var å etablere et rehabiliteringstilbud innrettet mot ulike pasientgrupper med sikte på tilbakeføring til arbeid med kapasitet til 40 pasienter per måned (bestemt i Foretaksmøte HMN 16.4.2008). Målgruppen ble nærmere spesifisert til å være personer ute av arbeid med smerte, utmattelse, muskel-skjelettlidelser eller psykiske lidelser, eller kombinasjoner av disse tilstandene. Det var opprinnelig også tenkt at en skulle ta imot pasienter med diagnosen CFS/ME, noe som etter dialog med oppdragsgiver og pasientforeninger ble gått bort fra.

Styret i HMN vedtok 27.11.2008 følgende punkter:

- 1. Styret for HMN beslutter at prøveprosjektet ved Hysnes Helsefort detaljprosjekteres videre og deretter gjennomføres i tråd med de forslag som ligger i forprosjektrapporten og i det videre prosjektarbeidet.*
- 2. Styret ber administrerende direktør ferdigstille en intensjonsavtale mellom Stiftelsen Hysnes og HMN om leie av lokaler med tilhørende tjenester. Intensjonsavtalen skal godkjennes av styret før den inngås. Det er en forutsetning at stiftelsen kan fullføre nødvendige ombygninger.*
- 3. Styret vil be Stolav ta ansvar for videre prosjektering, iverksetting og gjennomføring av prøveprosjektet.*

4. *Styret er imidlertid skeptisk til å etablere nye tilbud som vil være kostnadsdrivende uten at det er utredet om tilbudet med fordel kan legges til allerede etablerte funksjonsområder i spesialisthelsetjenesten*
5. *Styret forutsetter at man i den videre detaljplanleggingen av prøveprosjektet, utarbeider og kvalitetssikrer en detaljert forskningsprotokoll slik at man etter 3,5 år har et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere om videre drift ved Hysnes Helsefort er faglig og økonomisk forsvarlig.*
6. *Dersom det ikke kan dokumenteres resultater som står i forhold til ressursinnsatsen vil HMN vurdere sitt engasjement ved Hysnes Helsefort*

(Styremøte HMN 27.11.2008)

Styret i HMN ba Stolav om å ta ansvar for videre prosjektering, iverksetting og gjennomføring av prosjektet (Møteprotokoll HMN den 27.11.2008). Det ble etter dette utarbeidet en intensjonsavtale vedrørende etablering av et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud på Hysnes mellom HMN og Rissa kommune (jfr. punkt 2 ovenfor). Denne avtalen regulerte intensjonene om å få til en ombygningsavtale, en leieavtale og en avtale om bruksrett på området på Hysnes. Styret i HMN vedtok intensjonsavtalen den 18.12.2008 (Møteprotokoll HMN 18.12.2008).

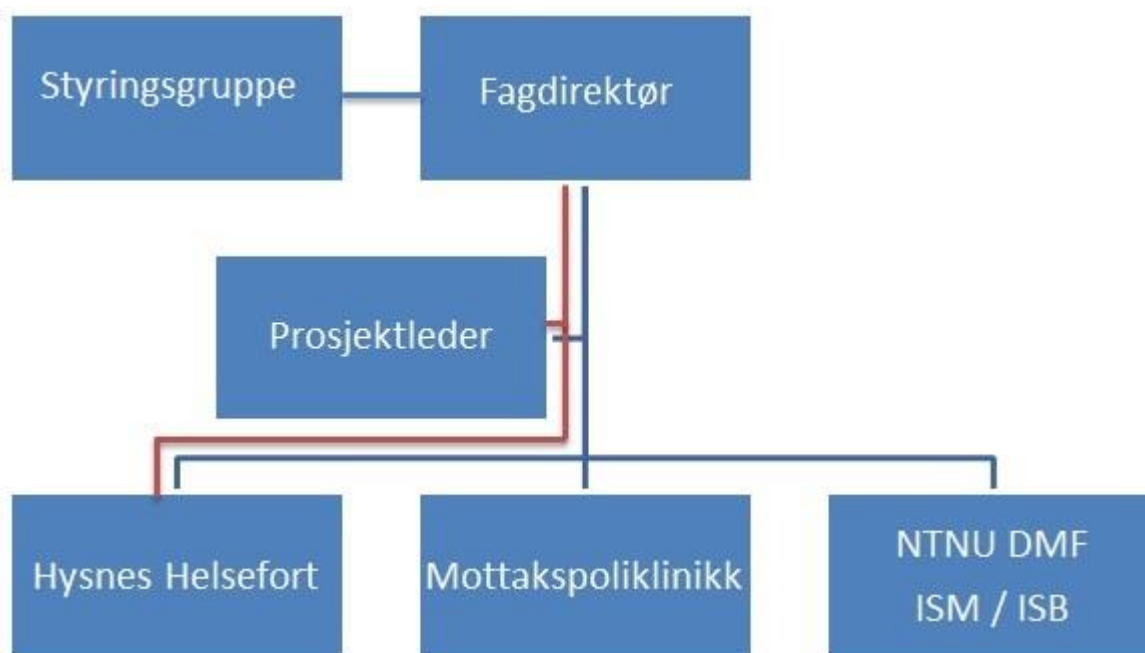


Figur 1: Hysnes Helsefort i Rissa

Prosjektstyring

Prosjektet har gjennom hele perioden vært organisert sentralt i Stolav, under Sentral stab – Fagavdelingen, blant annet for å sikre tilgang til kompetanse ved sykehusets klinikker og for å ha den

nødvendige forankringen i sykehusets ledelse. Hysnes Helsefort har forholdt seg til Stolav sine faglige og administrative rammevilkår. Prosjektet er underlagt «Forskrift for internkontroll» (1994). Nedenfor omtales sentrale aktører, dokumenter og aktiviteter.



Figur 2 viser prosjektets organisering. Rød strek viser linje for personalansvar i prosjektet.

Styringsgruppen

Styringsgruppen var prosjektets høyeste beslutningsorgan. Premissene for gruppens sammensetning har blitt noe endret gjennom prosjektet. Styringsgruppen ble etterhvert sammensatt slik at medlemmene organisatorisk befant seg på et nivå over andre aktører i prosjektet. Direktør i Helse Midt - Norge RHF har representert eier i styringsgruppen gjennom hele prosjektperioden. Prosjektansvarlig har vært leder. Brukerutvalget ved Stolav har vært representert i styringsgruppen.

Prosjektansvarlig

Prosjektansvarlig ble utnevnt av oppdragsgiver og har gjennom hele perioden vært leder for styringsgruppen. Fagdirektør Gudmund Marhaug var prosjektansvarlig i starten av prosjektperioden. Helge Haarstad ble konstituert som fagdirektør den 1.3.2012 og har siden da hatt dette ansvaret.

Prosjektleder

Prosjektleder hadde det operative ansvaret for prosjektet og for å iverksette beslutninger tatt av prosjektansvarlig og styringsgruppen. Ved prosjektets start var Karin Viken Sumstad prosjektleder. Da Sumstad sa opp sin stilling tidlig i 2012 ble Vidar Johansen konstituert og deretter fast ansatt i stillingen. Johansen var prosjektleder til prosjektets slutt.

Øvrige roller

Den medisinsk-faglig ansvarlige i prosjektet har vært overlege/professor Petter C. Borchgrevink. Siden januar 2012 har lege Hanne Tenggren vært seksjonsleder, og hun har hatt personal- og fagansvar for rehabiliteringstilbudene ved Hysnes Helsefort.

Rapportering

Prosjektansvarlig har blitt løpende orientert av prosjektleder. Møter i styringsgruppen har som hovedregel vært gjennomført fire ganger i året, og hyppigere ved behov. Prosjektleder har rapportert om aktuelle saker i tillegg til faste saker som fremgang i de ulike forskningsprosjektene, pasientflyt og økonomi. Styringsgruppemøter er referatført og arkivert. Prosjekteier (HMN) har blitt orientert gjennom styringsgruppemøter og ved behov. Det er også rapportert til HOD på forespørsel. Representanter fra HOD har også besøkt Hysnes Helsefort ved flere anledninger.

I tillegg til styringsgruppemøter ble det i en periode avholdt statusmøter hvor prosjektansvarlig, prosjektleder og ledere for delprosjektene deltok. Dette ble etterhvert gjort om til regelmessige fagmøter som ble avholdt hver fjortende dag. Intensjonen med disse møtene var å holde oversikt over status i prosjektet og å gjøre nødvendige justeringer underveis. Ukentlig ble det avholdt prosjektmøter hvor prosjektleder og seksjonsleder deltok.

Prosjektbeskrivelse

Den gjeldende prosjektbeskrivelsen har gjennom hele perioden vært det førende dokumentet i prosjektet. Det har blitt utarbeidet to slike prosjektbeskrivelser; en for "Etablering og pilotering" og en for "Drift, forskning og avvikling". Disse kan leses i sin helhet på www.stolav.no/hysneshelsefort, men hovedtrekkene er skissert nedenfor,

Etablering og pilotering

Prosjektbeskrivelsen hadde som formål å beskrive etablerings- og piloteringsfasen av prosjektet og ble godkjent av styringsgruppen den 15.2.2010. I beskrivelsen ble arbeidet med etableringsaktivitetene delt inn i fire delprosjekter som ble gjennomført parallelt, men med stor avhengighet til hverandre:

1. Evaluering (forskning)
2. Tilbud til pasientene
3. Etablere enhet for diagnostisering/seleksjon av pasienter
4. Administrasjon og drift

Drift, forskning og avslutning

Da det ble ansatt ny prosjektleder ble det utarbeidet en ny prosjektplan for resterende fase av prosjektet, gjeldende fra den 1.10.2012. I denne beskrivelsen ble prosjektet delt opp i tre delprosjekter:

1. Hysnes Helsefort
2. Hysnes Mottakspoliklinikk
3. Forskningsprosjektet

Beskrivelsen presenterer blant annet prosjektets oppdaterte mål og rammer, organisasjonsstruktur, milepælsplan og planene for gjennomføring av den resterende delen av prosjektet.

Prosjektets aktiviteter

Hovedaktivitetene i prosjektet har vært rehabilitering og forskning. Rehabiliteringsaktiviteten ble i all hovedsak gjennomført på Hysnes Mottakspoliklinikk og Hysnes Helsefort, mens forskningen ble gjennomført i regi av forskere ved NTNU - Det Medisinske Fakultetet. I det følgende vil hovedaktivitetene i prosjektet presenteres i korte trekk.

Hysnes Mottakspoliklinikk

Pasientene ble henvist fra fastlegen eller rekruttert via NAV. De svarte på spørsmål om sin helse og arbeidssituasjon via internettbasert kartlegging, og de ble deretter kalt inn til en tverrfaglig undersøkelse av henholdsvis lege, psykolog og fysioterapeut på Hysnes Mottakspoliklinikk ved Stolav. Pasienter som tilfredsstilte kriteriene for deltakelse ble senere tilbudt arbeidsrettet rehabilitering. For utdypende informasjon om den kliniske virksomheten ved Hysnes Mottakspoliklinikk - se delrapport 2.

Hysnes Helsefort

Det har blitt gjennomført tre ulike rehabiliteringsprogram på Hysnes Helsefort.

1. 3 ½ uker rehabilitering, med eller uten oppfølgingsamtaler på telefon i 6 måneder (i forbindelse med et randomisert klinisk forsøk)
2. 4 + 4 dager rehabilitering med to uker hjemme i mellom, der det kunne gjennomføres besøk på arbeidsplass sammen med rehabiliteringsterapeut ved Hysnes Helsefort.
3. 2+1 uker rehabilitering, med en uke hjemme i mellom, med eller uten en strukturert arbeidsplassintervensjon (i forbindelse med et randomisert klinisk forsøk).

For å evaluere effekten av rehabiliteringsprogram 1 og 2 ble det også etablert et poliklinisk sammenligningstilbud ved Stolav - Klinikk for Fysikalsk medisin og rehabilitering (Fysmed). Rehabiliteringsprogram 1 ble tilbudt fra oppstart frem til februar 2015. Program 2 i perioden april 2012 til januar 2015. I mars 2015 ble program 1 og 2 avløst av program 3 på grunnlag av de på den tiden tilgjengelige forskningsresultatene og erfaringene fra de foregående programmene.

Samtlige rehabiliteringsprogram på Hysnes Helsefort besto av tre hovedkomponenter: 1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)- en nyere form for kognitiv atferdsterapi, 2. fysisk trening og aktivitet og 3. arbeidsrelatert problemløsning, inkludert en plan for varig tilbakeføring til arbeid. Deltakerne hadde fulle "arbeidsdager", der det både var gruppebaserte

og individuelle timer. For utdypende informasjon om det kliniske tilbudet ved Hysnes Helsefort, se delrapport 2.

Forskning og evaluering

Forskningen og evalueringen av Hysnes Helsefort ble gjennomført av Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM) og Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk (ISB), begge under Det medisinske fakultetet, NTNU. Resultatene fra forskningsprosjektene er presentert i en egen forskningsrapport (delrapport 3). Professor Roar Johnsen og deretter Forsker Marius Fimland ledet forskningsprosjektet ved ISM. Professor Petter Borchgrevink var leder for forskningsprosjektet ved ISB.

Det ble også gjennomført en “Underveis-evaluering” av Ernst & Young sommeren 2011 for å kvalitetssikre om prosjektet var organisert på en hensiktsmessig måte i forhold til planlagt måloppnåelse, samt at rapporten skulle komme med konkrete forslag til forbedringer (Internt dokument).

Sentrale mål i prosjektet

Hovedformålet med prosjektet ble fremlagt i bestillingen av forprosjektet og var beskrevet slik:

“(..) etablere et rehabiliteringstilbud innrettet mot ulike pasientgrupper med sikte på tilbakeføring til arbeid.” (Foretaksmøte 16.4.2008).

Rehabiliteringstilbudet skulle lokaliseres på Hysnes i Rissa kommune. I HMN sin styrebehandling etter fullført forprosjekt ble det vedtatt at en skulle:

- Detaljprosjektene videre og gjennomføre prosjektet i tråd med de forslag som lå til grunn i forprosjektet og detaljprosjekteringen.
- Ferdigstille en intensjonsavtale mellom HMN og Rissa kommune vedrørende leie av lokaler.
- Utarbeide og kvalitetssikre en detaljert forskningsprotokoll slik at en etter 3,5 år kunne vurdere om Hysnes Helsefort var faglig og økonomisk forsvarlig.

I styremøtet for HMN den 18.12.2008 vedtok styret at Hysnes Helsefort skulle etableres, herunder at man skulle:

- Inngå avtaler med Rissa kommune om ombygging, leie, kantinedrift og bruk av friluftsområder og andre nødvendige avtaler for driften.
- Ha en kapasitet på rehabiliteringstilbudet på 40 døgnplasser.
- Sette tiltaket i drift innen 14.9.2010
- Løse oppdraget innenfor den gitte økonomiske rammen

Forprosjektet ga i tillegg en rekke anbefalinger. På bakgrunn av disse anbefalingene og den videre detaljplanleggingen ble målene videre konkretisert og vedtatt av styringsgruppen. Prosjektet deles i det følgende inn i tre delprosjekter: 1. Hysnes Helsefort, 2. Hysnes mottakspoliklinikk og 3. Forskningsprosjektet.

Delprosjekt 1 - Hysnes Helsefort hadde følgende sentrale mål:

- Tilby arbeidsrettet rehabilitering til personer med sammensatte lidelser, smerte- og utmattelsestilstander, muskel-skjelett-plager og/ eller lettere psykiske lidelser.
- Tilby rehabiliteringsprogram som er evidensbasert og kostnadseffektive.
- Gi tilbud til tilstrekkelig antall deltakere innen definerte pasientgrupper, og dermed skape et grunnlag for forskning
- Påse at deltakernes funksjonsevner ble i fokus snarere enn diagnoser.
- Styrke deltakernes mulighet og evne til å komme tilbake i arbeid gjennom en terapeutisk intervensjon som omfatter kognitiv terapi, veiledning og fysisk aktivitet etter individuelt utformet treningsprogram samt livsstyrketrening mv.

Delprosjekt 2 - Hysnes mottakspoliklinikk hadde som mål å:

- Utrede tilstrekkelig antall pasienter slik at Hysnes Helsefort får fullt belegg.
- Utrede tilstrekkelig antall pasienter slik at forskningsprosjektene kan gjennomføres. Dette innebærer 60 pasienter i ordinære driftsmåneder for forskningsprosjekt A og B i en 1(A):2(B) ratio.
- Utarbeide en tverrfaglig rapport vedrørende hver enkelt pasient for å sikre overføring av relevant kunnskap til Hysnes Helsefort og det polikliniske sammenligningsprogrammet ved Stolav-Fysmed, som ble opprettet for effekt-evalueringen.

Delprosjekt 3 - Forskningsprosjektet

Mål for forskningsprosjektet ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM)

Forskningsprosjektet ved ISM hadde som hovedmål å undersøke effekt på sykefravær og retur til arbeid av de arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammene (kort og langt) ved Hysnes Helsefort versus det polikliniske opplegget.

Etter at det var rekruttert tilstrekkelig antall deltakere i ovennevnte prosjekt vedtok styringsgruppen å sette i gang et nytt forskningsprosjekt for å undersøke effekten av arbeidsplass-intervensjon som tillegg til rehabilitering ved Hysnes Helsefort på sykefravær.

Sekundære mål i forskningsprosjektene var å undersøke:

- Effekt på helserelaterte endepunkt
- Effekt på tid til bærekraftig retur til arbeid
- Om tilbudene var kostnadmessig fornuftige i et samfunnsperspektiv

- Hvilke faktorer som fremmer og hindrer tilbakeføring til arbeid
- I hvilken grad rehabiliteringsprogrammet ble implementert etter hensikten

Mål for Forskningsprosjektet ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk (ISB) var å:

- Undersøke gjennomførbarheten ved rehabiliteringsopplegg for pasienter med ulike diagnoser
- Undersøke hva som har virket og ikke virket i programmet
- Undersøke hva som kjennetegner de som har gunstige utfall og ikke har gunstige utfall
- Undersøke effekten av et halvt års utvidet oppfølging etter rehabilitering

Måloppnåelse

Nedenfor presenteres måloppnåelsen i de tre delprosjektene.

Måloppnåelse for Delprosjekt 1 - Hysnes Helsefort

I 2011 ble hovedmålet om å etablere et fullverdig rehabiliteringstilbud ved Hysnes Helsefort nådd. Rehabiliteringsprogrammene ved Hysnes Helsefort ble utviklet med utgangspunkt i føringene fra Forprosjektet i samarbeid mellom klinikere og forskere. Gjennom hele perioden har det vært sterkt fokus på evidens, kvalitet og utvikling. Dette er det redegjort for i detalj i beskrivelsen av det kliniske tilbudet, (delrapport 2). Forskningsprosjektet har dokumentert at det Korte rehabiliteringsprogrammet ikke bør implementeres i ordinær senterbasert rehabilitering, men at det Lange programmet har betydelig effekt på reduksjon av sykefravær, som kan stå i rimelig samsvar med merkostnaden, selv om det siste ikke enda er helt avklart (delrapport 3).

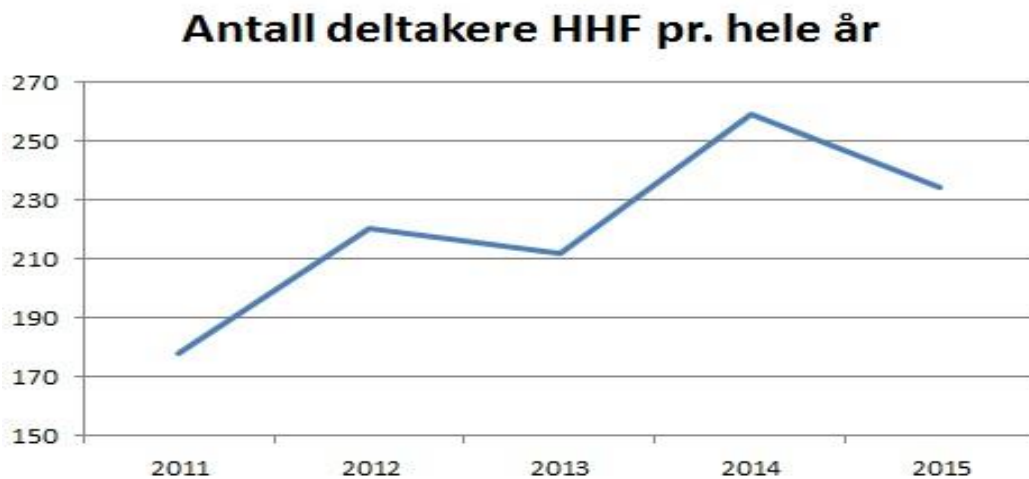
En føring ved prosjektets start var at Hysnes Helsefort skulle ha en kapasitet på 40 pasienter per måned (Styremøte HMN den 18.12.2008). En slik kapasitet har Hysnes Helsefort hatt, både når det gjelder antall rom og ansatte. Det har imidlertid vært flere faktorer som har vært medvirkende til at ikke så mange deltakere har vært på Hysnes Helsefort i prosjektperioden. De viktigste er:

- Tilgang på pasienter
 - Det viste seg utfordrende å få formidlet tilbudet til henvisende instanser
 - Den første tiden måtte flere henvisninger returneres grunnet liten kjennskap til programmet og henvisningskriteriene.
- Forskningsprosjektene
 - Forskningsprosjektene krevde visse inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette medførte både utfordrende utredninger, feilhenvisinger og en mindre pasientpopulasjon enn det ellers kunne vært.
 - Det ble valgt å benytte brev fra NAV som rekrutteringsmetode i effekt-evalueringen av Hysnes Helsefort. Det var bare rundt 1 av 20 deltakere som ble tilsendt brevet som faktisk deltok i rehabilitering på Hysnes Helsefort.

- Da forskningsprosjektene ble prioritert ble det besluttet å ikke markedsføre tilbudet generelt i utstrakt grad for deltakere utenfor forskningskriteriene.
- Kapasitet ved mottakspoliklinikken. Dette vil bli drøftet nærmere under Måloppnåelse for delprosjekt 2

En skulle også gi tilbud til et tilstrekkelig antall studiedeltakere slik at en kunne gjennomføre alle de planlagte forskningsprosjektene. En lyktes med å rekruttere tilstrekkelig antall deltakere til alle påbegynte forskningsstudier. Noen studier tok lengre tid å fullføre både på grunn av utfordringer i oppstartsfasen og på grunn av lav rekruttering av deltakere. Dette gjaldt i all hovedsak effektevalueringen.

På tross av utfordringer knyttet til pasientflyt mottok 1397 (1280 ved HHF og 117 ved Fysmed) pasienter et rehabiliteringstilbud i prosjektet. I den siste delen av prosjektet var tilbudet blitt betydelig mer kjent, og en hadde, grunnet fullført rekruttering av deltakere til effekt-studiene, større anledning til å markedsføre tilbudet. I det siste driftsåret hadde Hysnes Helsefort tilnærmet fulle grupper i hele perioden.



Figur 3: Oversikten viser antall deltakere/pasienter ved Hysnes Helsefort pr år. Årene 2010 og 2016 vises ikke i oversikten da de ikke er fulle driftsåre. Årene 2013 og 2014 ble det gitt to tilbud på Hysnes Helsefort med ulik varighet (kort og langt tilbud). I 2015 ble det kun gitt et tilbud, som var en variant av det Lange programmet.

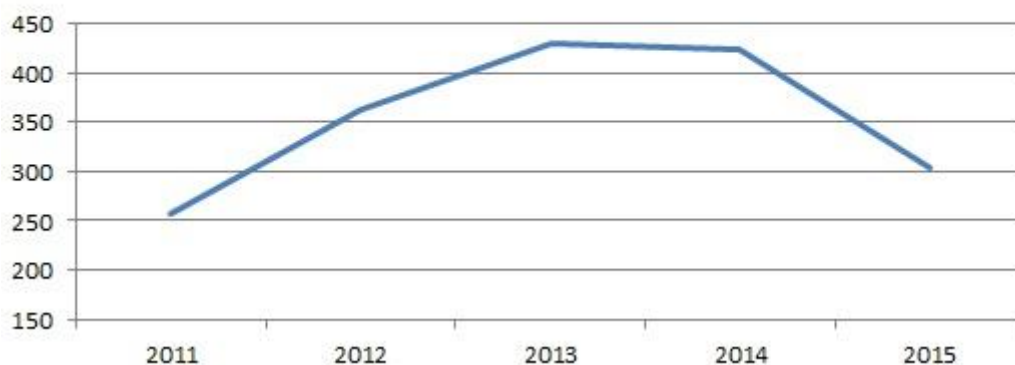
Måloppnåelse for Delprosjekt 2 - Hysnes Mottakspoliklinikk

I første del av prosjektet ble det ikke henvist så mange pasienter at utredningskapasiteten representerte en utfordring. Ved gjennomføring av effektstudien oppsto i enkelte perioder utfordringer knyttet til utredningskapasiteten. Dette skyldtes flere forhold. Det viste seg vanskeligere enn antatt å innhente tilstrekkelig pasientinformasjon om de som var rekruttert via brev-invitasjon fra NAV. Det viste seg også at det var sårbart å ha én ansatt per yrkesgruppe (én lege, én psykolog, én fysioterapeut), for eksempel ved sykdom.

Poliklinikken har lyktes i å utarbeide en tverrfaglig rapport for hver enkelt pasient som har blitt inkludert i Hysnesprosjektet. Denne rapporten har overført relevant informasjon og dannet mye av grunnlaget for det videre arbeidet på Hysnes Helsefort.

Poliklinikken har utredet ca. 2000 pasienter i prosjektperioden. De som har kommet til Hysnes Helsefort har alle blitt vurdert av både lege, psykolog og fysioterapeut. Den jobben som er blitt gjort av poliklinikken, har av klinikerne på Hysnes Helsefort blitt beskrevet som meget viktig og en forutsetning for å gi det rehabiliteringstilbudet en har gjort.

Antall nye pasienter Mottakspoliklinikk pr. hele år



Figur 4. Oversikten viser antall nye pasientkonsultasjoner ved Hysnes Mottakspoliklinikk pr. År. Årene 2013 og 2014 ble det gitt to tilbud på Hysnes Helsefort med ulik varighet (kort og langt tilbud). I 2015 ble det kun gitt et tilbud som var en variant av det lange programmet (2+1 uke).

Måloppnåelse for Delprosjekt 3 - Forskningsprosjektet

I delrapport 3 presenteres en detaljert forskningsrapport fra NTNU - Det Medisinske Fakultet. Nedenfor presenteres måloppnåelse og hovedfunnene.

Måloppnåelse for forskningsprosjektet gjennomført av forskere ved ISM

I dette prosjektet ble det gjennomført to randomiserte, kontrollerte studier for å evaluere et Kort (4+4 dager) og et Langt (3 ½ uker) arbeidsrettet rehabiliteringsprogram på Hysnes Helsefort sammenlignet med et ukentlig poliklinisk tilbud (6 uker). Alle som deltok i studiene var sykemeldt på grunn av muskel- og skjelettsmerter, lettere psykiske lidelser eller uspesifikke lidelser. De fleste deltakerne hadde vært sykmeldt i mer enn 200 dager ved oppstart.

Etter planen skulle evalueringen være klar i løpet av 3,5 år. Dette var ikke mulig å gjennomføre da rehabiliteringstilbudet ble bygd opp fra bunnen og tilstrekkelig antall deltakere skulle rekrutteres og følges opp i et år etter rehabilitering. Effekt-resultatene ble for første gang rapportert på avslutningsmarkeringen på Hysnes Helsefort i juni 2016.

Studiene viste at sykemeldte med muskelskjelett-, psykiske- eller uspesifikke lidelser hadde betraktelig mindre sykefravær i året etter det Lange (delrapport 3, s23-25) men ikke det Korte rehabiliteringsprogrammet på Hysnes Helsefort (delrapport 3, s18-20), sammenlignet med det polikliniske sammenligningsprogrammet. De døgnbaserte programmene hadde betydelig høyere kostnad enn det polikliniske programmet (delrapport 3, s20,25). Det var ingen vesentlige forskjeller mellom programmene på somatisk eller psykisk helse (delrapport 3, s20, 25).

De kvalitative studiene har så langt vist at deltakerne har forstått og tilegnet seg mye av hovedintensjonen i ACT. Det er tydelig at mange av deltakerne har opplevd verdifulle endringsprosesser. Deltakere sier de har en økt bevissthet omkring egen helse- og arbeidssituasjon og at de har tilegnet seg flere teknikker for å mestre helseplagene sine. I tillegg har deltakere beskrevet det som gunstig å delta i grupper hvor personer med ulike diagnoser er blandet. Å ha en egen rehabiliteringsterapeut gjennom hele programmet ble også omtalt som viktig og positivt (delrapport 3, s20-21, 25-26).

Forskerne anbefaler ikke at det korte programmet implementeres i ordinær rehabilitering. Hvorvidt det lange programmet bør implementeres i ordinær rehabilitering vil være en helsepolitisk avveining av effekten på den økte arbeidsdeltakelsen for de sykmeldte og deres familier, bedriftene og samfunnet mot tilleggs kostnadene et slikt tilbud innebærer (delrapport 3, s30). Det vil være viktig med ytterligere oppfølging for å undersøke varigheten av effekten av det lange programmet, og det er i første omgang planlagt enda et års oppfølging i sykefraværsregister. En pågående studie undersøker om en variant av det lange programmet på Hysnes Helsefort kan ha ytterligere effekt når et strukturert arbeidsplassmøte legges til.

Måloppnåelse for forskningsprosjektet ved ISB

De tolv ferdige studiene fra Hysnes Helsefort utgått fra Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk ved NTNU, har bidratt til mer kunnskaper om de sammensatte symptomlidelsene som ligger til grunn for svært mange langtidssykemeldinger. Når det ble gjennomført en strukturert vurdering av langtidssykemeldte, viste både diagnostikken gjort av lege og psykolog i fellesskap samt deltakernes egen vurdering at et stort flertall hadde mer enn én svært plagsom symptomlidelse, kronisk utmattelse, langvarige smerter og lettere psykiske lidelser. Flere av studiene viste at også søvnproblemer, konsentrasjons- og hukommelsesproblemer samt dårlig stressmestring er uttalte plager hos langtidssykemeldte.

Den mest uttalte plagen hos langtidssykemeldte på Hysnes Helsefort var kronisk utmattelse, en lidelse som i liten grad kommer med i de offisielle NAV-statistikkene. I en egen til nå upublisert studie ble det sett på hvilke diagnoser deltakerne på Hysnes var blitt sykemeldt for i offisielle rammer. Ikke uventet fikk verken kronisk utmattelse eller langvarig smerte noen viktig plass, og kompleksiteten i de langtidssykemeldtes lidelser kom ikke til syne. Det var enten psykiske lidelser eller muskel-skjelett-lidelser som dominerte, noe som bare forteller en liten del av sannheten.

Flere av studiene viste at det er mulig å gjennomføre et virksomt diagnoseuavhengig, arbeidsrettet rehabiliteringsprogram som kan inkludere pasienter med muskel-skjelett-

lidelser, langvarige smerter, kronisk utmattelse og lette, psykiske lidelser i samme aksept- og forpliktelsesterapi grupper (ACT). Da Hysnes Helsefort ble etablert, var dette ikke undersøkt, og det en kjenner fortsatt ikke til andre undersøkelser som har vist dette.

I tillegg viste en randomisert studie at langtidssykemeldte som fikk en oppfølgingssamtale over telefon en gang i måneden det første halvåret etter rehabiliteringsoppholdet, i større grad kom tilbake i jobb det første året sammenlignet med kontrollgruppen. Videre oppfølgingsstudier bør utføres for å avgjøre om denne positive utviklingen fortsetter over år. Det ble også utført en annen kontrollert studie som viste at kognitiv minnetrening i tillegg til det arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammet (ARR) forbedrer eksekutive funksjoner vesentlig.

Kognitive funksjonsforstyrrelser som hukommelses- og oppmerksomhetsproblemer har tidligere i liten grad blitt undersøkt systematisk blant personer som er langtidssykemeldte. Det ble funnet at både subjektiv og objektiv kognitiv dysfunksjon var uttalt hos langtidssykemeldte. At disse plagene i tillegg har sammenhenger med utmattelse, angst og maladaptive metakognisjoner (uhensiktsmessige tanker om egne tanker), er ny kunnskap og kan i neste omgang trekkes inn i behandling og oppfølging av personer som er sykemeldte på grunn av sammensatte symptomidelser.

Resultatene viste at de fleste pasienter tilfredsstilte kriterier for klinisk insomni eller subterskel insomni og at insomni var signifikant assosiert med redusert arbeidsminne. Det ble også funnet at søvnforbedring under arbeidsrettet rehabilitering førte til signifikant reduksjon i utmattelse ved oppholdets slutt. Det ble videre funnet at søvnforbedringen førte til signifikant mer normalisert cortisolrespons, noe som antyder at søvnforbedring skaper reduksjon i utmattelse via normalisering av kroppens biologiske stress-system. Funnet gir viktige indikasjoner for tiltak som kan forbedre rehabilitering av pasienter med utmattelse ved å gi adekvat søvnbehandling større oppmerksomhet, særlig hos pasienter med uttalte søvnproblemer som er kartlagte før rehabiliteringen starter.

Når man gjennomfører en randomisert, kontrollert, psykologisk orientert rehabiliteringsstudie er det viktig å undersøke om de psykologiske variablene som påvirkes under rehabiliteringen, kan forklare behandlingsresultatet ved endt opphold. Siden den aktuelle rehabiliteringen var basert på en tredjegerasjons kognitiv terapi, nemlig aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), er det teoretisk antatt at endring i psykologisk fleksibilitet er endringsmekanismen i rehabiliteringen. Resultatene viser at det ikke er endring i psykologisk fleksibilitet som fører til symptomreduksjon, men vi fant at en reduksjon i frykt-unngåelses-tenkning var assosiert med redusert utmattelse.

Siden det ble funnet en betydelig reduksjon i frykt-unngåelses-tenkning og subjektiv kognitiv funksjon hos en del, men ikke alle deltakerne, ble det gjennomført undersøkelser av blodprøver med tanke på to spesifikke genetiske varianter som kan tenkes å ha betydning for dette. Det var holdepunkter for at en variant av henholdsvis FKBP5- og COMT-genet kan ha betydning for hvor fleksibel man er for slike endringer. Dette er studier som bør gjennomføres på nytt i et større materiale.

Det må til slutt understrekes at studiene som har sett på hvilke faktorer som har virket positivt inn, så langt bare har undersøkt effekt fra begynnelse til slutt under oppholdet. De viktigste studiene i denne sammenhengen, nemlig å se på hvilke komponenter og faktorer i det arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammet som har størst betydning for tilbakeføring til arbeid, er under utarbeidelse.

Milepæler i prosjektet

Av liste nedenfor fremkommer prosjektets milepæler, dato de ble nådd og eventuelle utdypende kommentarer.

Dato nådd	Milepæl
Forprosjektering	
16.04.2008	Beslutning om gjennomføring av forprosjekt vedtatt i foretaksmøte
03.11.2008	Forprosjekt oversendt til HOD
27.11.2008	Oppstart og gjennomføring av prosjektet vedtatt i styremøte HMN
18.12.2008	Intensjonsavtale mellom Rissa kommune og HMN vedtatt og ansvar for prosjektet ble overført Stolavs i styremøte HMN
01.01.2009	Avtale vedrørende leie og FDV signert mellom Stolav og Rissa kommune
31.08.2009	Offisiell markering av byggestart v/ statsråd Bjarne H. Hansen
Prosjektstart – etableringsfase	
16.11.2009	Prosjektleder ansatt
15.02.2010	Prosjektbeskrivelse godkjent i styringsgruppe
15.02.2010	Plan for bemanning i prosjektet godkjent i styringsgruppe
01.05.2010	Plan for markedsføring og kommunikasjon godkjent i styringsgruppe
27.05.2010	Forskningsprosjekt ved ISB - NTNU blir godkjent av Regional Etisk komitè
01.09.2010	Renovering av bygningsmassen ferdigstilt
02.09.2010	Bygg overlevert fra Rissa kommune til Stolav
14.09.2010	Avtale for leveranse av mat signert med Rissa kommune
04.10.2010	Første ordinære pasientgruppe mottatt på Hysnes Helsefort
13.10.2010	Kontrakt om bidragsforskning signert mellom Stolav og NTNU (18,6 mill)
01.01.2011	Pilotering av forskningsprosjekter startet
24.03.2011	Hysnes Helsefort ble offisielt åpnet - v/ Statsminister Jens Stoltenberg
13.10.2011	Underveisevaluering av prosjektet overlevert SG
Driftsfase og innsamling av data	
17.01.2012	Innsamling av data blir startet i forskningsprosjekt ISB - NTNU
01.02.2012	Det blir åpnet for at sykemeldte i Stolav kan henvises til HHF
28.08.2012	Forskningsprosjektet ved ISM - NTNU blir godkjent av Regional Etisk komitè
01.01.2013	Enighet om samarbeid rundt det polikliniske sammenligningsprogrammet ved Fysmed
26.02.2013	Det blir avholdt møte i Oslo med prosjektledelse, HOD og AID, ang. videreføring av HHF
17.06.2013	Avtale om vakt hold ved Hysnes Helsefort signeres med Securitas
30.09.2013	HOD v/ statsråd Jonas Gahr Støre gir et års tilleggsfinansiering av prosjektet
30.06.2014	Datainnsamling for forskningsprosjekt ISB – NTNU fullføres

30.09.2014	HOD v/ statsråd Bent Høie informerer i møte om at finansiering av prosjektet ikke videreføres
Avslutningsfase	
21.11.2014	Avtale med Rissa om leie og FDV for 2015 signert
03.12.2014	Utlånsavtale vedr. treningssal inngått med Hasselvika idrettslag
05.12.2014	Avtale for vakthold med Securitas signert for 2015
01.01.2015	Hysnes overtar og drifter matleveranse i egen regi
12.02.2015	Vedtak om å drifte Hysnes Helsefort til medio juni 2016
12.02.2015	Nytt forskningsprosjekt for å undersøke effekten av arbeidsplassintervensjon vedtatt etter søknad fra ISM.
	Signert endringsbilag for leie t.o.m august 2016
10.06.2016	Offisiell avslutningsmarkering i Hysnes-prosjektet - «Oppdrag utført».
17.06.2016	Rekruttering av deltakere til "Effekt av arbeidsplassintervensjon" fullført
17.06.2016	Siste pasient reiser fra Hysnes Helsefort
1.9.2016	Bygg tilbakeleveres til Rissa kommune og prosjektet avsluttes offisielt
05.12.2016	Avsluttende møte i styringsgruppen

Økonomi

Hysnesprosjektet ble finansiert via ordningen «Raskere tilbake» og var en øremerket bevilgning via statsbudsjettet. Den opprinnelige finansieringsperioden løpte fra 1.1.2009 til 31.12.2013. Siste opprinnelige år med bevilgning fra statsbudsjettet var i 2013. På grunn av ombygging av bygg/anlegg ble prosjektfasen forskjøvet med ett år i forhold til finansieringsperioden. Prosjektperioden løpte fra 1.1.2010 til 31.12.2014. Den opprinnelige prosjektsummen var på ca 186 millioner kroner. Av dette ble 10 % - totalt 18,6 millioner kroner - avsatt til forskning/evaluering av virksomheten ved Hysnes Helsefort. I 2014 ble det bevilget ytterligere 41,1 millioner til prosjektet, og prosjektperioden ble forlenget til sommeren 2016. I tillegg besluttet prosjektets styringsgruppe å øke bevilgningen til forskning med 7,2 mill kr.

Det ble i perioden fra 2008 - 2014 bevilget totalt 247,5 millioner kroner øremerket Hysnesprosjektet.

Oversikten viser hvilke tilskudd som ble mottatt (1) og hva prosjektet har benyttet (2) pr år siden oppstart. Oversikt er oppdatert iht. slutfaktura fra Stolav til HMN mars 2017.

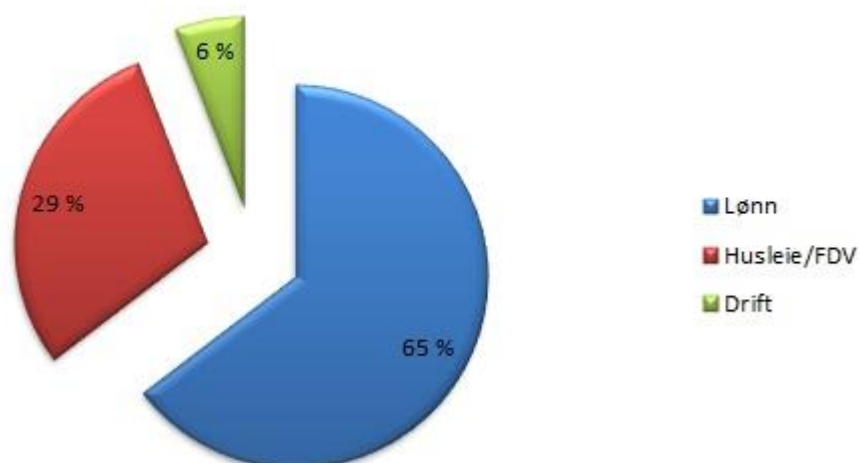
År	Bevilget tilskudd (1)	Benyttet tilskudd (2)
2008	20 000 000	0
2009	35 000 000	1 463 000
2010	36 100 000	13 259 000

2011	37 258 000	26 704 000
2012	38 400 000	32 381 000
2013	39 675 000	37 733 000
2014	41 058 000	39 680 000
2015		33 968 000
2016		32 971 000
Sum 2009 - 2016	247 492 000	218 118 159

Oppsummering

Samlet tilskudd	247 500 000
Benyttet tilskudd	224 100 000
Gjenstående midler etter prosjektet	29 300 000

Oversikt forbruk



Figur 5: En noe forenklet fordeling av utgifter i prosjektet i driftsåret 2015, eksklusive forskning. Utgiftene dette året gir et relativt representativt bilde av helheten i prosjektet. Lønn utgjør den største andelen av midlene (65%, ca 20 mill). Husleie og utgifter knyttet til Forvaltning, Drift og Vedlikehold (FDV) utgjør 29 % (ca 9,2 mill) av de totale utgiftene. Hovedsakelig omfatter dette husleie til Rissa kommune, inkl. avtale med Rissa kommune om FDV. Drift utgjør 6 % (ca 1,8 mill) og omfatter reiseutgifter, mat og kjøkken, telefon, annet utstyr og kontorkostnader.

Driften ved Hysnes Helsefort har fulgt de retningslinjer og normer som gjelder for lønn og drift som resterende avdelinger ved sykehuset. Det har imidlertid vært nødvendig å benytte noe mer ressurser i oppstarts og avslutningsfasen av prosjektet samt ved rekruttering og opplæring av de som skulle drifte tilbudet på Helsefortet. Styringsgruppen har vært orientert om og/eller vedtatt alle større investeringer i prosjektet.

Utdypende beskrivelse av prosjektets gjennomføring

I det følgende vil beskrivelser fra prosjektets gjennomføring presenteres. Beskrivelsene er i hovedsak observasjoner og erfaringer fra prosjektledelsen i de ulike prosjektfasene. I korte trekk kan prosjektet deles inn i tre hovedfaser: 1) Etableringsfasen, 2) Driftsfasen og 3) Avslutningsfasen.

Etableringsfasen (2010 - 2012)

Den første fasen av prosjektet handlet om rehabilitering av bygningsmassen på Hysnes, bemanning, etablering av Hysnes Mottakspoliklinikk, oppbygging av rehabiliteringsprogrammene og å sørge for at tilbudene kunne evalueres med forskning.

Militæret hadde flyttet fra bygningene på Hysnes i perioden 2001 - 2003. Det ble tidlig konkludert med at bygningsmassen skulle totalrenoveres av Rissa kommune. Selv om forprosjektet ga flere føringer og anbefalinger for rehabiliteringsvirksomheten, var det fortsatt mange forhold som måtte avklares rundt bygningsmassen. Det var tett dialog mellom utbygger og leietaker i hele planleggings- og rehabiliteringsfasen. Etter overtakelsen var det fortsatt en del utfordringer knyttet til selve byggene. Dette omfattet blant annet låsesystemet, oppvarmingen og datasystemene. Dette opptok mye tid i administrasjonen. Også senere i prosjektet var det utfordringer knyttet til bygningene, særlig oppvarmings-systemet. Ut over dette har både ansatte og deltakere (vist gjennom spørreskjema) vært meget godt fornøyde med fasilitetene og nærområdet.

Flere stilte seg tvilende til om en ville lykkes i å ansette kompetente fagfolk på Hysnes i Rissa, og dette arbeidet ble prioritert. Det ble først ansatt en liten administrasjon med prosjektleder og administrasjonskonsulent. To personer ble ansatt i miljøavdelingen med ansvar for hoteldrift og miljøtilbud. Et spesialist-team bestående av psykolog, lege, manuellterapeut/ph.d. og treningsfysiolog/ph.d. hadde mye av ansvaret for å etablere rehabiliteringstilbudet. Ti fagkoordinatorer ble ansatt for å utøve hovedmengden av den kliniske virksomheten. Prosjektet lønnet også fire stillinger på Hysnes Mottakspoliklinikk og i underkant av en stilling for medisinsk faglig ansvarlig (40 %) og veileder (50 %). Til 10 fagkoordinatorstillinger var det mer enn 200 søkere, og til enkeltstillinger har det vært høy innsøking med opp mot 70 søkere. Det har også vært en relativt stabil arbeidsstokk i prosjektet. En faktor som kan ha bidratt til dette er at båt-turen på 50 minutter tur-retur Trondheim-Hysnes ble definert og brukt som arbeidstid.

Rehabiliteringsprogrammet ble utformet i flere faser. Forprosjektet ga en rekke anbefalinger som i stor grad ble gjennomført og/eller videreutviklet i hovedprosjektet. De nyansatte

fagfolkene deltok videre i utviklingen og påvirket i stor grad det som etterhvert ble kjent som Hysnesmodellen. En grundig beskrivelse av Hysnesmodellen finnes i Hysnesboken (vedlegg 1).

Forskningsaktivitet var en forutsetning i prosjektet fra start. Dette la føringer også for prosjektet forøvrig. Blant annet måtte rehabiliteringstilbudet tilpasses forskningsaktiviteten, det ble utarbeidet strenge inklusjons- og eksklusjonskriterier, manualbasert rehabilitering og ansatte fikk nødvendig opplæring. I etableringsfasen ble det gjennomført testing og pilotering for flere av forskningsprosjektene.

Driftsfasen (2012 - 2015)

Det ble mot slutten av etableringsfasen gjennomført en underveisevaluering av prosjektet (Ernst & Young 2011). Denne evalueringen konkluderte med at hovedorganiseringen var riktig, men at det var behov for forbedring og videreutvikling. På bakgrunn av rapporten og andre erfaringer ble blant annet:

- Styringsgruppen reorganisert
- Rapporteringsstrukturen i prosjektet forbedret
- Referansegruppen avviklet
- Møtestrukturen i prosjektet gjort tydeligere og mer forutsigbar
- Stilling som seksjonsleder/klinisk leder for Helsefortet opprettet

Med bakgrunn i ovennevnte, samt bytte av prosjektleder, ble det i 2012 også gjennomført en omstrukturering på Helsefortet. Klinisk leder ble ansatt, og det ble utnevnt teamledere for hvert av de to teamene med fagkoordinatorer. Denne strukturen erstattet ordningen med spesialist-team.

Det ble i denne fasen av prosjektet viet mye oppmerksomhet til å tilby et rehabiliteringstilbud fulgt med forskning som begge skulle være av svært høy kvalitet. Veileder ble ansatt, og alle ansatte fikk veiledning innen den kognitive atferdsterapeutiske retningen som var valgt på Hysnes (ACT). Ansatte fikk ansvar for ulike fagområder for å sikre utvikling og fremdrift. Det ble lagt ned mye arbeid i å utarbeide dokumentasjon og prosedyrer for virksomheten som var i tråd med det resten av sykehuset hadde.

Hele driftsfasen var preget av at Hysnes Helsefort skulle være et forskningslaboratorium for arbeidsrettet rehabilitering. En opplevde mange positive ringvirkninger av forskningen både for deltakere og ansatte. På grunn av tilknytningen til forskningsmiljøene ved NTNU og et skandinavisk forskningsnettverk innen arbeid, rehabilitering og helse, fikk Hysnes Helsefort tilgang på forskningskompetanse som ga kunnskapsoppdatering og høy status i rehabiliteringsmiljøene. Imidlertid var det også noen utfordringer. Den største var knyttet til pasientflyten i prosjektet. Rekruttering av pasienter gjennom invitasjon i brevform ble valgt for å kunne si noe om generaliserbarheten til funnene, men viste seg å være en ustabil rekrutteringsform. Det skapte også utfordringer for mottakspoliklinikken som fikk mindre informasjon om hver enkelt pasient, enn når henvisninger kom fra fastleger. Det ble også forsøkt igangsatt en studie som skulle undersøke effekten av arbeidsrettet rehabilitering for unge (18-30 år) under risiko for å falle ut av arbeidslivet. Dette prosjektet ble imidlertid avsluttet pga. lav rekruttering. En rekke tiltak ble iverksatt for å øke antallet pasienter i de

pågående studiegruppene. Blant annet ble det gjennomført ulike markedsføringstiltak, som at det ble gjort endringer i brevets utforming, økt antallet utsendinger, samt drevet oppsøkende virksomhet mot fastlege og NAV kontor, med mer.

Det ble i 2013 bevilget ytterligere midler til drift av Hysnes Helsefort. Dette la i første omgang grunnlag for et ekstra år med drift. Avtalene med Rissa kommune hadde en løpetid til utgangen av 2014, og det ble tidlig samme år startet et arbeid med å se på hvilke avtaler som skulle videreføres. Det ble besluttet at leie- og FDV-avtaler skulle videreføres men at avtalen knyttet til leveranse av mat skulle utløpe. Det skulle videre opprettes og driftes eget kjøkken på Hysnes Helsefort. Det ble laget en konseptskisse i samarbeid med Mat og Café på Stolav. Hovedintensjonen med å gjøre dette i egen regi, var å kunne integrere kosthold som en mer naturlig del av rehabiliteringstilbudet. Det ble ansatt to personer med ernæringsfaglig utdanning som i løpet av noen få måneder opprettet et kostholdstilbud som sikret pasientene god og næringsrik mat samtidig som kosthold ble mer integrert i rehabiliteringen. Kostnader knyttet til kjøkkendrift ble betydelig redusert som en konsekvens av dette.

Avslutningsfasen (2015 - 2016)

I oktober 2014 besluttet Helse- og omsorgsminister Bent Høie at finansieringen av prosjektet ikke skulle videreføres. Det ble raskt gjennomført fellesmøter og enkeltsamtaler med alle ansatte i prosjektet samt informasjonsmøte med tillitsvalgte. Prosessen ble forankret i styringsgruppen og sykehusets ledelse. Prosedyrer for omstilling og nedbemanning ble fulgt. Det ble også iverksatt andre tiltak for å, så langt det var mulig, sikre en god gjennomføring av siste fase i prosjektet. Tiltakene ble basert på innspill fra ansatte og omfattet faglig påfyll, arbeidsmiljøtiltak og tydeliggjøring av rammene for avslutningsfasen.

Det ble i februar 2015 besluttet at Helsefortet skulle driftes fram til sommeren 2016. I resterende periode skulle det gjennomføres et randomisert forsøk for å undersøke om å tilføre en arbeidsplassintervensjon til rehabiliteringstilbudet kunne øke tilbakeføring til arbeid ytterligere. Basert på erfaringene og de tilgjengelige forskningsresultatene ble inklusjonsmetoder og rehabiliteringsprogram revidert. Det ble også iverksatt betydelige markedsføringstiltak for å kunne rekruttere tilstrekkelig antall studiedeltakere. Hele det siste driftsåret hadde høy innsøking, fulle grupper, og rekrutteringen av deltakere til det nye forskningsprosjektet ble gjennomført før skjema.

Det ble ordnet en endringsmelding til leieavtalen som regulerte det siste halve året av driften. Det ble her lagt føringer for hvordan bygningsmassen skulle leveres tilbake til Rissa kommune. Siste dag med rehabilitering på Hysnes var 17.6.2016. Pasientrelatert informasjon (journaler, dokumentasjon, instruksjer, filmer etc.) var fjernet før 1.7. I løpet av sommeren ble resterende utstyr kartlagt, ryddet, katalogisert og kastet. Det ble ordnet en egen avtale som regulerte avhenting av utstyr / løsøre etter overlevering av bygg. Overleveringen fant sted 1.9.2016.

Avslutningsmarkeringen fant sted den 10.6.2016 i kinosalen på Hysnes Helsefort. Her ble prosjektet, rehabiliteringstilbudet og forskningen, inkludert effektresultatene presentert offentlig. Den 6.9.2016 ble forskningsresultatene presentert på den Nordiske arbeidsrettede rehabiliteringskonferansen i Reykjavik på Island.

Det avsluttende styringsmøtet i prosjektet ble avholdt 5.12.2016.

Konklusjon

Hovedmålet med prosjektet ble nådd; byggene ble totalrenovert av Rissa kommune i tråd med formålet, og i løpet av 2011 lyktes det å etablere et kunnskapsbasert arbeidsrettet rehabiliteringssenter med godt kvalifiserte fagfolk. Senteret var i drift fra oktober 2010 til juni 2016, og ca. 1400 pasienter mottok et rehabiliteringstilbud i denne perioden. I driftsfasen av prosjektet ble det kliniske tilbudet videreutviklet, og det ble samlet inn store mengder forskningsdata.

Hysnesprosjektet har bidratt betydelig til å løfte fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering i Norge. For første gang har det blitt dokumentert at et 3 ½ ukers senterbasert arbeidsrettet rehabiliteringsprogram kan øke tilbakeføring til arbeid, og at et mindre omfattende 8 dagers rehabiliteringsprogram ikke hadde tilsvarende effekt. Med utgangspunkt i innsamlet datamateriale pågår det nå flere forskningsprosjekter som vil generere mer kunnskap de neste årene. I tillegg har det blitt gjennomført mange studier som også internasjonalt har økt kunnskapsnivået innen feltet. Selve effekt-evalueringen av Hysnes Helsefort tok, av ulike årsaker, lengre tid enn angitt i oppdraget.

Prosjektet ble forlenget med et og et halvt år og avsluttet i henhold til instruks fra oppdragsgiver. Prosjektet ble løst godt innenfor den økonomiske grunnrammen. Alle faste ansatte som ønsket det fikk nytt arbeid i St. Olavs Hospital. Prosjektet oppfattes i all hovedsak å være løst i henhold til bestilling og instruks fra oppdragsgiver.

Sluttrapport for prosjektet ved Hysnes Helsefort

Del 2. Metoderapport: Hvordan ble rehabiliteringen gjennomført?

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	2
2. Prosjektet.....	2
3. Faglig etablering	2
4. Hysnes-metoden.....	4
4.1 Rehabiliteringsprogrammene	5
5. Tilbudet ved Hysnes mottakspoliklinikk	7
6. Rehabiliteringstilbudet på Hysnes Helsefort	10
6.1 Acceptance and Commitment Therapy (ACT).....	10
6.1.1 Mindfulness-meditasjon.....	19
6.2 Fysisk aktivitet og trening.....	20
6.3 Mat og kosthold	27
6.4 Strukturert arbeidsplassmøte.....	30
6.5 Legefunksjonen	33
6.6 Miljøavdelingen	35
6.7 Undervisningstimer	37
7 Evaluering	40
8. Implementering av Hysnes-metoden	41
Bidragstyttere	42
Referanser	42

1. Introduksjon

Metoderapporten, sluttrapportens del 2, er utarbeidet av ansatte i Hysnes-prosjektet. Den beskriver hvordan rehabiliteringen ble gjennomført på Hysnes Helsefort. Metoderapporten er én av tre delrapporter. Sammen med del 1, selve prosjektrapporten og del 3, NTNUs forskningsrapport, er den tilgjengelig på www.stolav.no/hysneshelsefort. Der ligger også alle dokumenter, vedlegg og annet relevant materiale.

Delrapport 2 søker å forklare hvordan rehabiliteringstilbudet på Hysnes Helsefort ble utviklet og gjennomført. Forskning av høy kvalitet har vist at det ene rehabiliteringstilbudet som ble gitt på Hysnes Helsefort svært effektivt reduserte sykefravær hos målgruppen, sammenlignet med et poliklinisk tilbud. Metoderapportens ambisjon er gi detaljert og grundig dokumentasjon som kan komme til nytte under en eventuell ny oppstart av tilbudet, på Hysnes Helsefort eller andre steder.

Rapporten gir innledningsvis en kort, overordnet forklaring av prosjektet og oppdraget som resulterte i at Hysnes Helsefort ble etablert. Deretter blir rehabiliteringstilbudets grunnleggende metode, som vi har kalt Hysnes-metoden, presentert. Så beskrives det konkrete kliniske arbeidet som ble gjennomført ved mottakspoliklinikken og Helsefortet. Avslutningsvis blir viktige perspektiver ved en eventuell igangsetning av metoden presentert.

2. Prosjektet

For utfyllende informasjon om selve prosjektet henvises det til sluttrapportens del 1. I korte trekk var Hysnes-prosjektet et oppdrag gitt av Helse og- omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge. Hovedmålet var å etablere rehabiliteringssenteret Hysnes Helsefort, som skulle tilby arbeidsrettet rehabilitering til ulike pasientgrupper – hovedsakelig mennesker med muskel- og skjelett plager, smerter, utmattelse og/eller lettere psykiske lidelser. Prosjektet var rammefinansiert direkte fra statsbudsjettet og 10 % av midlene var øremerket forskning. Hysnes Helsefort var i drift fra oktober 2010 til juni 2016, og ca. 1400 pasienter mottok et rehabiliteringstilbud i denne perioden. Forskere ved NTNU - Det Medisinske Fakultet gjennomførte forskningen, som er presentert i delrapport 3.

3. Faglig etablering

Da arbeidet med å etablere et rehabiliteringstilbud på Hysnes Helsefort startet, ble det jobbet intensivt med å undersøke eksisterende kunnskap knyttet til tilbakeføringstiltak for sykmeldte. Rapporten fra forprosjektet (www.stolav.no/hysneshelsefort) som var utarbeidet sammen med viktige aktører innen helse, arbeid, forskning og arbeidsrettet rehabilitering, dannet et godt grunnlag for det videre arbeidet. Rapporten presenterte en rekke anbefalinger, som:

- en vinkling mot funksjon snarere enn diagnoser. Så vel lettere psykiske lidelser, som CFS/ME og lidelser i muskel/skjelettsystemet kan skyldes eller medføre at pasienten står utenfor arbeidslivet
- at fokus skal settes på mestring, livsstyrketrening og individuelt tilrettelagte forløp som også styrker deltakerens kompetanse om egenhelse og funksjonsnivå, og gir økt livskvalitet.
- at virksomheten ved HHF skal være evidensbasert. Der evidens ikke foreligger, skal det arbeides etter protokoll. Forskningsaktiviteten skal skje i hele virksomhetsperioden.

Rapporten fra forprosjektet hadde ikke til hensikt å være uttømmende og det ble i tillegg gjennomført litteratursøk av publisert forskning. Dette arbeidet viste at de fleste arbeidsrettede rehabiliteringsprogram, beskrevet i den vitenskapelige litteraturen, var laget for spesifikke diagnosegrupper. Dette gjaldt særlig for personer med korsryggsmerter, som er den største gruppen blant sykmeldte, men også for vanlige psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Denne diagnosespesifikke tenkningen sto imidlertid i motsetning til den økende dokumentasjonen på at personer som er sykmeldt for muskel-skjelettlidelser i stor grad også har mentale helseplager, og motsatt, og at forskning tyder på at nyere rehabiliteringsprogrammer for retur til arbeid for personer med korsryggsmerter også kan være nyttige for personer med vanlige psykiske plager. I Norge har det også vært vanlig på arbeidsrettede rehabiliteringssenter, for eksempel ved AiR - Rauland, å inkludere pasienter med ulike helseplager i det samme rehabiliteringsprogrammet.

Det fantes ingen studier som benyttet strenge vitenskapelige kriterier for å evaluere arbeidsrettede rehabiliteringsprogram for pasienter sykmeldt for somatiske eller psykiske lidelser i det samme programmet. En randomisert kontrollert studie anses som gullstandarden for evaluering av rehabiliteringsopplegg, og det ble derfor valgt å legge opp mye av forskningen på Hysnes Helsefort etter denne standarden.

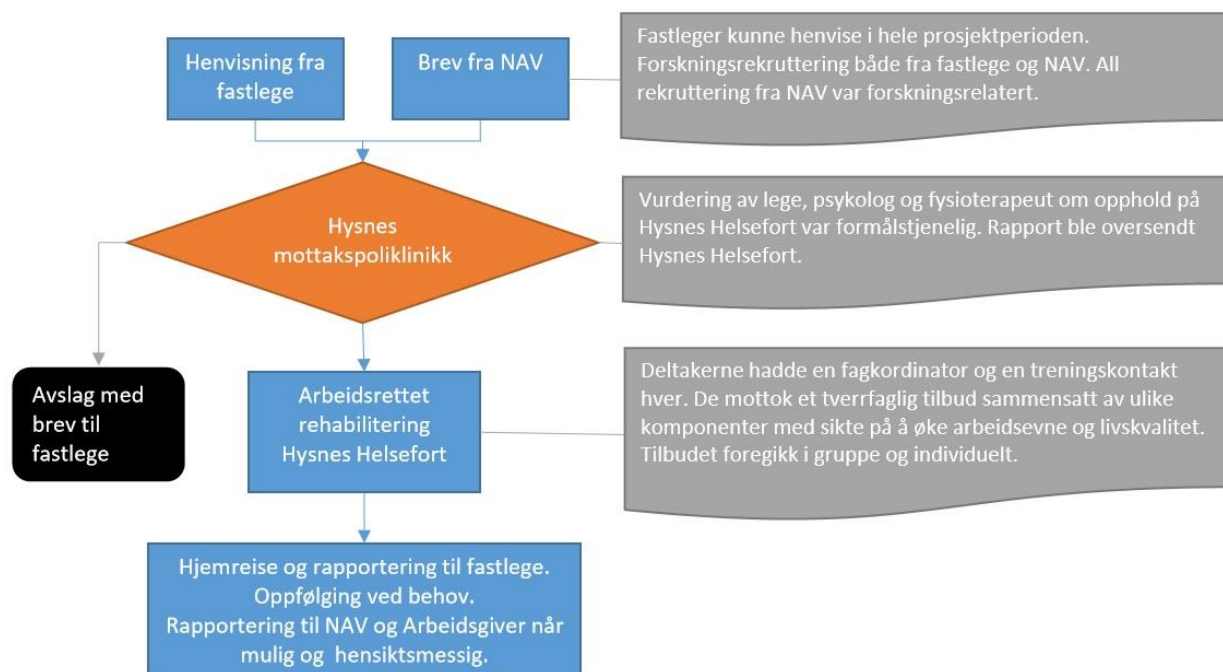
Arbeidsrettet rehabilitering i Norge har i stor grad vært preget av fysisk aktivitet/trening og kognitive atferdsterapeutiske terapiformer for mestring av helseplager, uten særskilt involvering av arbeidsplassen. For at forskningen på Hysnes Helsefort skulle ha relevans for andre lignende rehabiliteringssenter, ble det derfor bestemt at fysisk aktivitet og kognitiv terapi skulle være hoveddeler i rehabiliteringstilbudene også på Hysnes Helsefort. På bakgrunn av at den internasjonale forskningen også pekte på at involvering av sentrale personer som familie, fastlege og arbeidsplass var betydningsfullt, og dette ble også inkludert i rehabiliteringsprogrammene. De overordnede hoveddelene i Hysnes-metoden ble dermed kognitiv terapi, fysisk aktivitet og samhandling med nøkkelaktører.

Senterbaserte, arbeidsrettede rehabiliteringsopplegg i Norge har vanligvis hatt en varighet på ca. fire uker, og pasientene bor på senteret i denne perioden. Imidlertid har dette valget vært basert på erfaring og bekvemmelighet, ikke på forskningsbasert kunnskap. Det ble derfor vurdert som viktig å teste ut program med ulik varighet.

4. Hysnes-metoden

Hysnes-metoden er en overordnet betegnelse på den faglige metoden som er benyttet på Hysnes Helsefort. Kognitiv atferdsterapi, fysisk aktivitet/trening, og samhandling var viktige elementer i metodikken. Den kognitive atferdsterapiformen som ble valgt på Hysnes Helsefort var *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), aksept- og forpliktelsesterapi. I Hysnes-metoden var ACT en faglig grunnplattform for all annen aktivitet, og alle ansatte var skolert og ble jevnlig veiledet i denne metodikken. En grundig gjennomgang av det faglige innholdet på Hysnes presenteres senere.

Rehabiliteringen ble gjennomført på dagtid. Helsefortet hadde ikke bemanning på kvelder og i helger, men alle fasiliteter kunne benyttes og deltakerne fikk tilbud om ulike fritidsaktiviteter. I figur 1 nedenfor presenteres et overordnet deltakerforløp fra inklusjon til gjennomført rehabilitering.

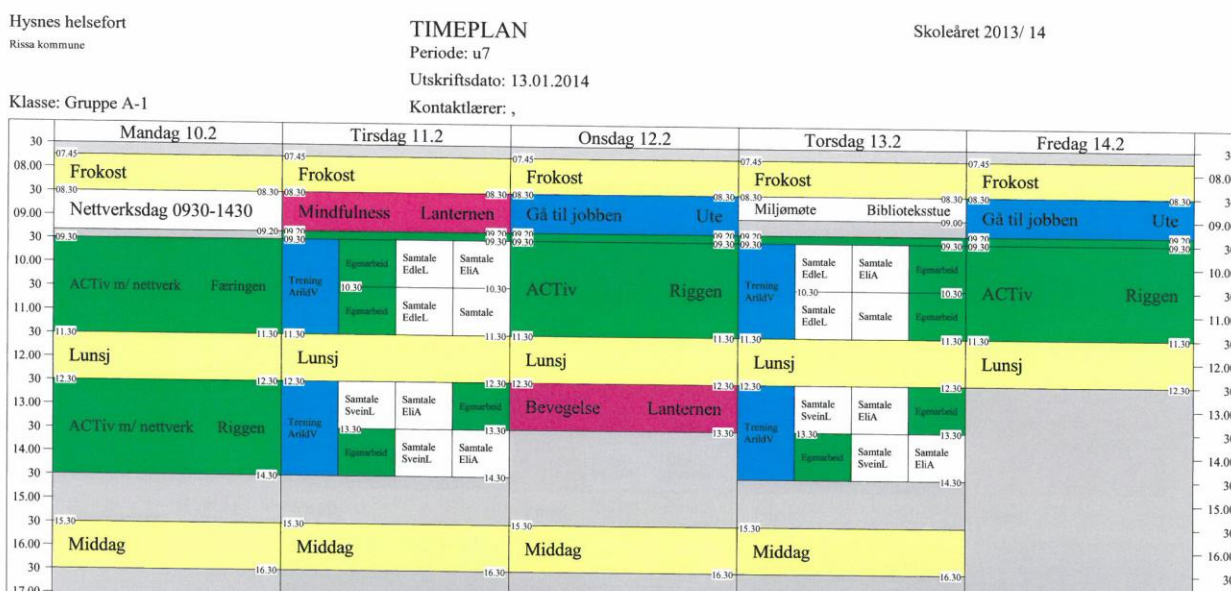


Figur 1: Flytskjema — oversikt over deltakerforløp i Hysnes-prosjektet.

Deltakerne kom til Hysnes i grupper på opp til 16 personer. Disse gruppene ble ved ankomst delt opp i to mindre grupper på opp til åtte personer. Inntak skjedde hver fjortende dag.

Hver enkelt deltaker fikk tildelt en fagkoordinator og en treningskontakt som fulgte dem gjennom hele rehabiliteringsopplegget. Fagkoordinatoren var primærkontakten og deltakerens hovedterapeut i rehabiliteringen, med ansvar for å gjennomføre individuelle samtaler og rapportering. Treningskontakten hadde ansvar for den individuelle oppfølgingen i tilknytning til fysisk aktivitet og livsstil.

Rehabiliteringsoppholdets innhold ble beskrevet gjennom en detaljert personlig timeplan som hver enkelt deltaker fikk utlevert. Nedenfor vises et eksempel fra en overordnet timeplan for en uke i et rehabiliteringsopphold over 3,5 uker.



Figur 2: Timeplan for en uke i rehabiliteringen ved Hysnes Helsefort.

4.1 Rehabiliteringsprogrammene

Det har blitt tilbudt tre ulike rehabiliteringsprogram ved Hysnes Helsefort gjennom prosjektperioden. Varigheten og utformingen av programmene var forskjellige og beskrives kort i det følgende.

Langt program (3 ½ uker): 2010 - 2015

Langt program hadde en varighet på 3 ½ uke, inkludert en langhelg som deltakerne tilbrakte hjemme. I de resterende helgene var det valgfritt om man ville være på Hysnes eller dra hjem. Deltakerne ankom Hysnes onsdag morgen, og begynte med en oppstartsdag med velkomstmøte og introduksjon til opphold på Hysnes. Resten av denne første uken hadde deltakerne individuelle samtaler med fagkoordinator, treningskontakt og legetime samt en gruppetime i ACT, der hovedhensikten var å identifisere de største hindringene for at deltakerne skulle kunne returnere til arbeid. Den andre uken var det ny individuell samtale med fagkoordinator, flere gruppetimer i ACT, fysisk aktivitetstilbud med gruppetimer og individuell oppfølging fra deltakernes treningskontakt for å utarbeide et opplegg for hensiktsmessig fysisk aktivitet/trening. I tillegg var det undervisningstimer og turdag. Fokuset ble gradvis endret fra å identifisere hindringer til å akseptere situasjonen, og etterhvert identifisere hensiktsmessige løsninger. Uke nummer tre satte ytterligere søkelys på å finne funksjonelle løsninger for tilbakeføring til arbeid. Deltaker og fagkoordinator jobbet sammen om en arbeidsinkluderingsplan med sikte på bærekraftig tilbakeføring til arbeid. Den siste uken ble arbeidsinkluderingsplanen og treningsplanen fastsatt. Det var også gruppebasert pasientundervisning om ulike temaer gjennom oppholdet, f.eks. hvordan forstå og håndtere stress og smerter. I en periode mellom 2012-2013 fikk halvparten av deltakerne i tillegg oppfølging etter oppholdet. Dette var en del av en studie som undersøkte effekten av oppfølging på arbeidsdeltakelse. Utenom denne studien ble det ikke tilbudt standardisert oppfølging etter oppholdet.

Kort program (4+4 dager): 2012-2014

Kort program varte i fire dager på Hysnes med to påfølgende uker i hjemmemiljøet. Deretter returnerte deltakerne til Hysnes i fire dager. Prinsippene i rehabiliteringen var de samme som i det lange programmet, men omfanget var betydelig mindre, særlig med hensyn til deltakerundervisning. I løpet av de første fire dagene var deltakerne blant annet med på en individuell samtale med sin fagkoordinator og sin treningskontakt, de hadde to gruppetimer med ACT, undervisningstime i stress og stressmestring eller symptomforelesning og fysisk aktivitet i gruppe. I hjemmeukene hadde deltakerne to samtaler med sin fagkoordinator på telefon. Fagkoordinatorene skulle, der det var mulighet for det, delta på møter med arbeidsgiver, og eventuelt fastlege eller NAV. Deltakerne returnerte så til Hysnes for fire dager med individuelle samtaler, gruppetimer i ACT samt fysisk aktivitet/trening i henhold til et opplegg som ble utarbeidet sammen med treningskontakten.

Langt program (2+1 uker) med arbeidsplassbesøk: 2015-2016

I dette programmet var intensjonen å kombinere det beste fra det korte og det lange tilbudet, samt gjennomføre en studie for å undersøke effekten av et strukturert arbeidsplassmøte. Tilbudet besto av to uker på Hysnes Helsefort, én uke hjemme og én uke på Hysnes Helsefort. De to

første ukene på Hysnes var tilnærmet like det første lange programmet (3,5 uker). I mellomuken skulle deltakerne ta med seg erfaringene og praktisere det de hadde lært i hjemmesituasjonen. Som del av en randomisert studie gjennomførte halvparten av deltakerne i tillegg et strukturert arbeidsplassmøte (beskrevet i detalj senere) sammen med sin fagkoordinator. I forkant forberedte deltaker og fagkoordinator seg i fellesskap. Alle deltakerne returnerte så til Hysnes for en siste uke, hvor de jobbet videre med erfaringene fra hjemmeuken og ferdigstilte en arbeidssinkluderingsplan og fysisk aktivitetsplan sammen med henholdsvis fagkoordinator og treningskontakt. For de som hadde arbeidsplassmøte, dannet dette en sentral del i arbeidet med arbeidssinkluderingsplanen.

5. Tilbudet ved Hysnes mottakspoliklinikk

Hysnes mottakspoliklinikk var lokalisert ved St. Olavs Hospital, Avdeling for smerte og sammensatte lidelser - Smertesenteret. Her foregikk tverrfaglige vurderinger av potensielle deltakere til Hysnes Helsefort. Utredningsteamet besto av lege, psykolog, fysioterapeut og pasientkoordinator. Utredningen skulle avklare om potensielle deltakere oppfylte inntakskriteriene, samt å overføre relevant klinisk informasjon til Helsefortet om den enkelte deltaker som skulle delta i rehabilitering.

Planlegging og forberedelser

Hysnes mottakspoliklinikk mottok henvisning fra fastleger og fikk overlevert kontaktinformasjon til sykemeldingsregistrerte personer som hadde respondert positivt på brevinvitasjon fra NAV. Sistnevnte ble vurdert av forskningskoordinator fra NTNU med bakgrunn i et kort spørreskjema, før vurderingen ble oversendt til poliklinikken. Gjennom ukentlige inntaksmøter ble det vurdert hvorvidt en deltaker skulle videre til tverrfaglig drøfting eller ikke. Videre fikk deltakeren enten en innkalling til tverrfaglig drøfting, eller et faglig begrunnet avslag. Dersom det ble fattet et vedtak om at deltakeren skulle ha tilbud om tverrfaglig vurdering, ble det sendt informasjon og et internettbasert spørreskjema (CheckWare) som deltaker besvarte før oppmøte. Resultatene fra deltakerens spørreskjema ble innhentet før konsultasjonen. Etter samtykke kunne det tverrfaglige teamet innhente ytterligere informasjon fra fastlege eller andre instanser.

Omfang og gjennomføring

Det ble satt av én time til konsultasjon hos både lege, psykolog og fysioterapeut. Videre møttes disse tre, samt pasientkoordinatoren, til tverrfaglig drøfting. Dersom det ble vedtatt at deltakeren skulle få et rehabiliteringstilbud, ble det sendt et velkomstbrev med nødvendig informasjon. Dersom deltakeren fikk avslag, ble en faglig begrunnelse sendt til fastlegen. Deltakeren selv mottok et avslagsbrev med oppfordring om å kontakte sin fastlege for eventuell ytterligere begrunnelse.

Formålet med konsultasjonene var hovedsakelig å avklare hvilken behandling som var forsøkt tidligere, for å vurdere om et opphold ved Hysnes Helsefort ville være hensiktsmessig for deltakeren i henhold til kriteriene for deltakelse i prosjektet. Videre ble det gjennomført grundige anamneser (pasientens egen redegjørelse for sin sykehistorie) og relevante undersøkelser.

Alle timer ble avsluttet med en oppsummering og avklaring vedrørende deltakerens målsetning for et eventuelt opphold ved Hysnes Helsefort. Som en del av prosessen og for å vurdere grad av endringsvillighet, fikk deltakeren en utfordring eller oppgave å jobbe med hjemmefra før et opphold.

Legens utredning

Legen undersøkte om det forelå bruk av rusmidler av en slik art at vedkommende måtte ekskluderes. Graviditet ble også definert som en eksklusjonsgrunn, da vedkommende ville gått ut i permisjon i oppfølgingsperioden. Det ble tatt en standard inntakstjournal fra lege. Det ble lagt ekstra vekt på å kartlegge punktene utdanning/arbeidsanamnese og aktuelle forhold av særskilt betydning. Når det gjelder utdanning og arbeidsanamnese ble sykemeldingsforløp, ytelser fra NAV, videre plan for sykemeldingsperioden, dialogmøter, tilrettelegging og oppfølgingsplan relevant å utforske. Under posten *aktuelt* ble pasientens egen vurdering av nedsatt arbeidsevne, beskrivelse av jobbsituasjon, de største utfordringene med tanke på retur til arbeid, tidligere behandling/opplegg, opplevd nytte, erfaringer fra arbeidspraksis, forventninger til et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold og motivasjon for rehabilitering og arbeidsdeltakelse kartlagt. Også pasientens tanker rundt sine egne plager, om han eller hun følte seg ferdig utredet og fordeler/utfordringer med å være i arbeid/på sin arbeidsplass ble tatt opp. Eventuelle feiloppfatninger ble korrigert. Videre ble utmattelse, smerte og søvn kartlagt med utgangspunkt i resultater fra det internettbaserte spørreskjemaet.

Psykologisk utredning

Psykologen undersøkte hva deltaker selv mente var til hinder for å stå i arbeid og hvordan vedkommende opplevde at disse hindringene påvirket livssituasjonen. Deretter undersøkte psykologen pasientens sykdomshistorie for å avklare bakgrunn og for å få en dypere forståelse for tanke- og atferdsmønster. Herunder ble oppvekst og familiebakgrunn, skolegang, sosialt nettverk og interesser kartlagt. Eventuelt belastende hendelser/traumer ble etterspurt. Sivilstatus/familie, sosialt nettverk, hva det betyr å stå i jobb, hvordan arbeid oppleves, tidligere eller nåværende depresjon og/eller angst og eventuell suicidalitet ble kartlagt. Eventuelle kognitive utfordringer eller sosial angst kunne være til hinder for deltagelse i gruppebehandlingen. Personlighet ble ikke utredet, men terapeuten hadde muligheten for at personlighetstrekk medvirket til funksjonsvansker i bakhodet.

Deltakers verdier, og i hvilken grad deltaker levde i tråd med sine verdier, ble utforsket. Mestringsstrategier og erfaringer med disse, ble nøye kartlagt for å få et bilde av deltakers atferd. Deltaker ble inkludert i undersøkelsen ved at det ble tilrettelagt for dialog rundt deltakers plager, mestring og erfaringer med disse samt hva som er viktig i livet (verdier). Dette for å igangsette noe av det deltakeren ville jobbe videre med på Hysnes.

Fysioterapeutens utredning

Fysioterapeuten startet sin utredning med å ta frem sykehistorien med fokus på å avdekke pasientens fysiske funksjon i hverdagen og hindringer i jobbsammenheng. Hovedutfordring og forventninger til et eventuelt opphold ved Hysnes Helsefort ble kartlagt. Det ble også spurt om hva pasienten satt igjen med etter psykolog- og legetime, og om pasienten opplevde å være ferdig utredet. Det ble rettet spesielt oppmerksomhet mot aktivitetsregulering og hvordan balansen mellom belastning - avlastning opplevdes. Det ble foretatt en standardisert undersøkelse av bevegelsesmønster, avspenningsevne og pustemønster. Ved mistanke om akutte tilstander utførte fysioterapeuten spesifikke undersøkelser og tester.

Etter undersøkelsen ble timen oppsummert og fysioterapeut og pasient samtalte om tiltak som kunne iverksettes, eksempelvis bevisstgjøring, avspenning, aktivitetsregulering, øvelser, aktivitetseksponering eller tilrettelegging. Pasienten ble utfordret til å prøve nevnte tiltak. Muligheten for andre tiltak i form av fysioterapi, oppfølging eller andre rehabiliteringstilbud ble drøftet. Det ble informert om treningskontaktordningen på Hysnes Helsefort.

Samhandling og etterarbeid

En tverrfaglig rapport ble utarbeidet etter hver konsultasjon, av de tre fagpersonene som hadde undersøkt deltakeren. Rapporten ble brukt som et arbeidsdokument for fagkoordinatorerne ved Hysnes Helsefort, med tilgang til de tverrfaglige journalene som ble opprettet fortløpende for nye deltakergrupper ved poliklinikken. Videre ble det holdt et overføringsmøte ved poliklinikken hvor fagkoordinatorerne kunne få utfyllende informasjon før neste gruppeinntak. Her var det rom for å ta opp tema etter behov, og stille spørsmål om kontraindikasjoner.

Det var også mulig å gi tilbakemeldinger til mottakspoliklinikken etter avsluttende gruppebehandlinger.

Kompetanse

Det tverrfaglige teamet ble satt sammen på bakgrunn av relevant erfaring og kunnskap. I tillegg ble personlige egenskaper tillagt stor vekt. Smertesenteret sto for opplæring av de som utredet aktuelle kandidater til Hysnes-prosjektet, og det tverrfaglige inntaksteamet deltok på flere kurs. I løpet av siste driftsår deltok inntaksteamet ved poliklinikken i månedlig ACT-veiledning sammen med ansatte fra Hysnes. Dette for å styrke overføringspotensialet og samhandling.

6. Rehabiliteringstilbudet på Hysnes Helsefort

Presentasjonen av innholdet i rehabiliteringen starter med en beskrivelse av evidensgrunnet for komponentene, deretter følger gjennomgang av mål, nødvendige forberedelser, gjennomføring og omfang, samt hva som kreves av samhandling og hvilken fagkompetanse som ligger til grunn. Avslutningsvis gjennomgår vi hvordan de ulike delene utviklet seg underveis.

6.1 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)/ aksept- og forpliktelsesterapi er en nyere kognitiv atferdsterapeutisk behandling som vektlegger aksept og åpenhet i forhold til følelser, tanker og kroppslige sensasjoner, samtidig med bevisst atferdsendring i tråd med personlige verdier. ACT er en helhetlig og transdiagnostisk tilnærming basert på empirisk støttede atferdsprinsipper, med bedret funksjonsnivå som sentralt mål (Hayes et. al, 2012). I randomiserte kontrollerte studier har ACT vist effekt i forhold til en rekke psykiske lidelser og helseplager, redusere utbrenthet på jobb, samt det å øke sjansen for gjennomføring av andre evidensbaserte behandlingsformer, deriblant fysisk aktivitet (Hooper et al., 2015., Mofitt et. al, 2015). ACT regnes i dag som en empirisk støttet terapiform (APA, Div.12), med særlig støtte for blant annet kronisk smerte, depresjon og angst, noe flere metaanalyser understøtter (Davis et. al, 2014., Hacker et. al, 2016). Atferdsendring og/eller opprettholdelse var sentralt for alle de faglige komponentene valgt i rehabiliteringen på Hysnes (Hayes et. al, 2006), og ACTs modell som både bygger på anerkjente prinsipper for atferdsendring, helhetlig tydelig definert kontekstuell forståelse og personlig meningsfullhet, syntes å være et godt valg for et integrert tverrfaglig sammensatt behandlingsprogram. Den sentrale plassen atferdsendring/oppretholdelse hadde i alle de faglige komponentene i Hysnesprogrammet gjorde det naturlig å benytte ACT som en base for alle komponentene.

Mål

Målet med bruk av ACT ved Hysnes Helsefort var å styrke deltakernes psykologiske fleksibilitet, særlig med tanke på å kunne fungere bedre i arbeid og/eller til å finne mer verdi i det å arbeide. Med psykologisk fleksibilitet menes å forholde seg hensiktsmessig til ens egne tanker, følelser og kroppslige sensasjoner, mens en samtidig tar konkrete personlig verdifulle handlingssteg. En annen hensikt med bruk av ACT i rehabiliteringen på Hysnes var at det skulle bidra til å styrke deltakelse og engasjement i de andre faglige intervensjonene i programmet, og til å skape en rød tråd og en opplevelse av sammenheng for både deltakere og ansatte. ACT sikter seg inn mot 6 definerte psykologiske prosesser, som til sammen utgjør psykologisk fleksibilitet (Figur 3):



Figur 3: Psykologisk fleksibilitet — 6 definerte psykologiske prosesser.

Omfang og gjennomføring

ACT utgjorde en vesentlig del av oppholdet ved Hysnes Helsefort. Det besto både av:

- Manualbasert 8 sesjoners gruppeterapi (dobbeltimer med pause),
- 5 individuelle samtaler (à 45 minutter),
- mindfulness-meditasjonssesjoner annenhver dag.

I tillegg ble ACT brukt som en felles plattform for det tverrfaglige arbeidet.

Denne seksjonen gir en oversikt over og beskrivelse av hver enkelt individuelle samtale og gruppesesjon. Både gruppemanual og mal for individuelle samtaler ble utviklet i henhold til ACT som funksjonell prosessbasert terapimodell, det vil si at terapeuten jobbet med de ACT-prosessen terapeuten anså som egnet i hvert enkelt møte med deltaker, selv om manualen satte noen hovedrammer.

Planlegging/forberedelse

Hver deltaker hadde en fagkoordinator som hadde ansvar for å følge opp deltakerens prosess i gruppe- og individuelle sesjoner. Åtte deltakere ble fordelt på to-tre fagkoordinatorer i forkant av

oppholdet, og hver fagkoordinator hadde ansvar for inntil fire deltakere. I forkant av deltakers oppstart i Hysnesprogrammet forberedte fagkoordinator seg ved å lese tverrfaglig rapport fra Hysnes mottakspoliklinikk, delta på overføringsmøte med Hysnes poliklinikk, og ved behov innhente ytterligere informasjon fra fastlege eller andre relevante aktører. I løpet av oppholdet foretok fagkoordinator videre forberedelser ved å lese seg opp til hver enkelt gruppesesjon i ACT-manualen, delta i veiledning og teammøter. Fagkoordinator kommuniserte aktivt med gruppens øvrige fagkoordinatorer og eventuelt andre fagpersoner på Hysnes, om gruppa og enkeltpersoners status og utvikling for å sikre hensiktsmessig fokus i hver enkelt sesjon.

ACT gruppesesjoner

Den manualbaserte ACT-gruppeterapien besto av åtte gruppesesjoner, som skulle fasilitere et forløp der alle seks delprosessene i ACT ble jobbet grundig med. Manualen bygde på forskningsstøttede publiserte ACT-manualer, men var tilpasset og videreutviklet i henhold til konteksten i Hysnes-programmet. Se www.stolav.no/hysneshelsefort for detaljert manual.

Gruppeopplegget var utarbeidet blant annet for å gi deltakerne en bredere erfaringsbase og mulighet til å lære av andre i en gruppesituasjon. Det var ønskelig å bidra til å skape en åpen og vennlig gruppedynamikk med rom for å jobbe med egne prosesser for den enkelte deltaker. Ved å oppfordre til bruk av personlige erfaringer og gjennom å belyse fellestrekk oppnådde man også generalisering og overføringseffekter i gruppa. For mange deltakere på Hysnes Helsefort utgjorde dette en viktig del av den sosiale læringen, samtidig som det ga en naturlig form for eksponering. Gruppesesjonene ble gjennomført under ledelse av en eller to fagkoordinatorer og ble lagt opp med hensyn til at det skulle jobbes med alle seks ACT-prosessene gjennom oppholdet.

Manualen var bygd opp slik at den enten kunne brukes «*steg for steg*» med utvalgte øvelser, formuleringer og metaforer for å fremme hver enkelt prosess, eller den kunne brukes mer fleksibelt som en ressursbank med utgangspunkt i hensikt og ønsket ideell observerbar deltakeratferd, der fagkoordinator tok i bruk egne øvelser og metaforer ut fra egen vurdering. Det ble lagt stor vekt på at deltakelse i øvelser og refleksjoner var selvvalgt og at den enkelte på ethvert tidspunkt kunne velge et annet nivå av deltakelse, eller å trekke seg helt ut.

Gruppesesjonene i manualen var bygd opp på en strukturert måte med anbefalt innhold som retningslinjer for fagkoordinator, men skulle alltid gjennomføres med utgangspunkt i hvor den enkelte sto i sin prosess, og hvor gruppa som helhet befant seg. Ideelt sett skulle alle gruppesesjoner avrundes med en invitasjon til egenarbeid, enten i form av arbeidsark som ble delet ut, eller at fagkoordinator inviterte deltakerne til å legge merke til noe som var blitt tatt opp i sesjonen.

Gruppesesjon 1

I praksis var denne sesjonen en introduksjonstime første dag på Hysnes, der deltakerne for første gang ble kjent med sin gruppe og sin fagkoordinator, og også ble introdusert for timeplanen og de store trekkene i oppholdet. Allerede her ble det lagt vekt på å bygge allianse rundt en ACT-basert måte å jobbe på, ved å invitere til å ta ansvar for sin egen prosess og introdusere eksempler på øvelser eller metaforer som ga et innblikk i ACT som tilnærming.

Gruppesesjon 2

Hovedintensjonen med denne sesjonen var å fremme bevissthet om hva deltakerne konkret strevde med (både av eksterne ting som for eksempel økonomi, og ikke minst interne ting: tanker, følelser og kroppslige sensasjoner), og i hvor stor grad de var opptatt av å kontrollere, fikse eller fjerne sine plager (hva de hadde de prøvd for å få til dette, og opplevde de at disse strategiene fungerte – enten opp mot målet om å få mindre plager, eller opp mot det livet de ønsket å leve). *Kreativ håpløshet* betegnet en fase der deltaker innså at det de hadde prøvd ikke hadde fungert (“håpløst”) og uttrykte at de ikke ville fortsette med dette, men ikke visste hva de da skulle gjøre (en åpning for å se kreativt på veien videre). Fagkoordinator kunne avrunde sesjonen med å invitere hver enkelt deltaker til å beskrive sin egen versjon av det som var tatt opp i sesjonen – det vanskelige og det verdifulle, og å vurdere for seg selv hva de ønsket at oppholdet skulle handle om.

Gruppesesjon 3

I denne sesjonen brukte fagkoordinator noe tid på å belyse hjernens evne til å løse problemer og hvordan dette kan være ekstremt nyttig i enkelte situasjoner, mens det i andre sammenhenger kan bli til hinder for å leve det livet vi ønsker å leve. Gjennom konkrete øvelser der deltaker ble kjent med sin egen evne til problemløsning (mattestykke, skape orden, bilhavari) søkte fagkoordinator å belyse at de samme strategier som fungerer på praktiske problemer ikke er like nyttige når det gjelder indre opplevelser som vanskelige tanker, følelser og kroppslige plager. Fagkoordinator inviterte deltakerne til å utforske hva de hadde mulighet til å kontrollere av tanker, følelser, kroppslige fornemmelser og handling. Videre introduserte fagkoordinator metaforer og øvelser som belyste et alternativ til problemløsning eller kontroll gjennom villighet eller det å tillate / skape rom for indre opplevelser, og tydeliggjorde at dette er en egenskap som kan trenes opp og tas i bruk ved eget valg.

Gruppesesjon 4

Hovedformålet med sesjon fire var å gi deltakerne mulighet til å knytte begrepet «fusjonering» til situasjoner i eget liv. Det vil si situasjoner der de hadde opplevd å bli styrt av sine tanker eller følelser eller handle på «autopilot», å være tett knyttet til sine tanker og blindt stole på disse som retningslinjer eller å følge regler som de ikke nødvendigvis var bevisste. Gjennom å gi eksempler fra eget liv kunne fagkoordinator både alminneliggjøre fusjonering, samt belyse måter

å forholde seg til tanker på som er mer fleksible og mindre regelstyrte. Deltakerne ble invitert til å utforske nye måter å forholde seg til egne tanker på ved bruk av konkrete teknikker, for eksempel si tanken med en annen stemme eller se på tankene som radiokanaler.

Gruppesesjon 5

Denne sesjonen ble gjennomført rett før hjemreise i uke 2, og hovedformålet var å hjelpe deltakerne til å definere egne mål for hjemmeuken med forankring i noe mer overordnet som de ønsket å forsterke i sine liv (sammenfattet som “verdier” eller verdibasert retning). Dersom deltakerne syntes å være lite i kontakt med hva de opplevde som viktig i sine liv, brukte fagkoordinator tid på å kartlegge dette nærmere. Det var ønskelig å gi deltaker erfaring med å sette seg hensiktsmessige mål og finne små, konkrete handlinger som kunne kobles til deres mål og overordnede verdi.

Gruppesesjon 6 (på nettverksdag)

Hensikten med gruppesesjon på nettverksdagen var å belyse nettverkets viktighet/ rolle i en sammensatt situasjon, og samtidig fasilitere overgangen fra oppholdet på Hysnes til hverdagslivet med søkelys på støttespillere.

Nettverksdagen ga deltakerne mulighet til å invitere en nærpersion (familiemedlem, venn, kollega, NAV kontaktperson etc.) til å få et innblikk i programmet og tilnærmingen på Hysnes Helsefort. Selve dagen var inndelt i to bolker - en felles del for alle deltakere og besøkende som fokuserte på fellestrekk i det mange strever med, og hvordan det er å stå i en rolle som støttespiller. Her belyste fagkoordinator også utvalgte modeller (biopsykososial modell, GAP-modell etc), og tok i bruk enkelte øvelser eller metaforer fra ACT-arbeidet for å skape opplevelsbasert erfaring også hos de besøkende. Det var også ønskelig å normalisere det menneskelige i de prosessene vi jobbet med og å invitere til deling av egne erfaringer og refleksjoner. Del to av nettverksdagen hadde hovedvekt på kommunikasjon. Her ble det jobbet i de vanlige gruppene på inntil åtte deltakere, med besøkende. Fagkoordinator inviterte til oppmerksomhetsøvelser knyttet til verdier og kommunikasjon, en konkret kommunikasjonsøvelse i par og refleksjoner rundt utfordringer og muligheter for bedring av kommunikasjon. På slutten av dagen ble det åpnet for at deltaker og besøkende kunne ha en kort samtale med fagkoordinator.

Gruppesesjon 7

I denne sesjonen var hovedoppgaven til fagkoordinator å veilede deltaker gjennom en refleksjon over de erfaringene de hadde gjort seg i hjemmeuken og hva de hadde lagt merke til av endringer eller faste handlingsmønstre hos seg selv. Her forsøkte man å rette oppmerksomheten mot de indre erfaringene og ikke på detaljerte beskrivelser av det som hadde skjedd, og fagkoordinator kunne belyse hvordan ulike handlinger fungerer, dersom deltaker ikke selv så dette. Det var også

en viktig faktor å normalisere det å ikke nå mål, og gi en mulighet til å utforske hvordan det kan være å møte seg selv på en vennlig måte i ulike situasjoner.

Gruppesesjon 8

Den siste ACT-sesjonen ble i stor grad benyttet til å hjelpe deltakerne med å oppsummere sitt eget opphold og hva de hadde opplevd som nyttig, samt bidra til at de knyttet dette konkret opp mot sin egen vei videre gjennom valgte, verdibaserte handlinger. Fagkoordinator kunne også ta i bruk øvelser eller modeller for å belyse at det ville være naturlig å møte på utfordringer på veien, og hjelpe deltakerne til å oppsummere hvilke erfaringer de hadde gjort seg under oppholdet knyttet opp mot å la seg styre mindre av følelser og tanker.

Individuelle ACT samtaler

Det ble gjennomført fem individuelle samtaler i løpet av et opphold på Hysnes Helsefort. De skulle støtte opp under og bygge videre på det som ble gjort i ACT-gruppeterapien gjennom økt individualisering, samt å flette sammen helheten i det tverrfaglige Hysnes-programmet. I det siste rehabiliteringsprogrammet (langt, 2+1 uke) fant de første to samtalene sted før hjemreiseuken, den neste var pr. telefon mens deltaker var hjemme, og de to siste samtalene var i løpet av siste uke på Hysnes Helsefort. Samtalene ble i hovedsak gjennomført på enerom med deltaker og fagkoordinator til stede. Det forekom at det ble filmet eller at andre deltok i opplæringsammenheng, med deltakers samtykke.

Samtale 1

Samtale 1 hadde som hovedmål å skape allianse mellom fagkoordinator og deltaker, samt å etablere et felles prosjekt for den resterende perioden på Hysnes Helsefort. I denne samtalen var det normal praksis for fagkoordinator å bruke kartleggingsspørsmål med utgangspunkt i ACT for å komme raskt i gang. Deltaker ble introdusert for verktøy som kunne brukes i egenarbeid slik som "Verdiblink" - et kartleggingsverktøy for verdier og hindringer i livet. Fagkoordinator og deltaker kunne også komme fram til andre hensiktsmessige handlinger som deltaker kunne utforske fram til neste samtale.

Samtale 2

Samtale 2 hadde som hovedmål å følge opp deltakers erfaringer siden samtale 1 og bidra til erfaringsbasert læring gjennom bruk av metaforer og øvelser knyttet til deltakers interesse- og fokusområder. Samtidig søkte man i denne samtalen å utforske hvilke mål deltakeren kunne ha nytte av å sette for hjemmeuken, og hva som eventuelt kunne bli utfordrende.

Samtale 3

I hjemmeuken ringte fagkoordinator til deltaker på avtalt tidspunkt. Innholdet i samtalen ble i stor grad bestemt av de mål deltakeren selv hadde satt for hjemmeuken og hvilke erfaringer som

var blitt gjort rundt disse. For fagkoordinator var hovedoppgaven i denne samtalen å utforske hva deltaker hadde lagt merke til heller enn å sjekke måloppnåelsen, og å bidra til at deltaker reflekterte rundt egne erfaringer og håndteringen av eventuelle utfordringer. For mange deltakere var kontakt med arbeidsplassen en viktig del av hjemmeuken, sammen med sosiale øvingsarenaer med familie, venner eller i fritidsaktiviteter.

Dersom deltaker hadde blitt trukket ut til strukturert arbeidsplassmøte gjennom deltakelse i forskningsstudien, ble denne samtalen foretatt i forkant av arbeidsplassmøte og hadde som hovedformål å forberede dette. Det konkrete arbeidet knyttet til arbeidsplassmøtet presenteres senere.

Samtale 4

Samtale 4 foregikk første dag tilbake på Hysnes. Hovedoppgaven var å oppsummere erfaringer fra hjemmeuken og kartlegge hvordan deltaker ønsket å bruke den siste uken av oppholdet. En viktig oppgave for fagkoordinator var i denne sammenheng å rette oppmerksomheten mot hvordan det var å sitte med disse opplevelsene her og nå, og utforske hvordan ulike strategier hadde fungert heller enn å gå inn i detaljerte beskrivelser av hendelser. I denne samtalen ble det også lagt vekt på å finne konkrete muligheter for å øve på ting deltaker selv opplevde som utfordrende eller nyttig, og som han eller hun kunne knytte opp mot en tydelig verdi i sitt liv.

Fagkoordinator kunne i samtale 4 introdusere hovedpunktene i deltakers arbeidsinkluderingsplan, slik at deltakeren kunne begynne å jobbe med planen på egen hånd. Dersom deltaker skulle få besøk på nettverksdag, kunne noe av samtalen brukes til å avklare hva samtalen mellom deltaker, støttespiller og fagkoordinator skulle handle om.

Samtale 5

Samtale 5 oppsummerte nytteverdien av oppholdet og så på hvordan hvordan eventuell lærdom kunne brukes gjennom konkrete, verdibaserte handlinger i hverdagen. Dette ble satt inn i en arbeidsinkluderingsplan som deltaker selv godkjente før utsendelse. I denne samtalen søkte fagkoordinator å støtte deltaker på de valg og målsetninger som var formulert i planen, gjennom å anerkjenne de steg deltaker hadde tatt i løpet av oppholdet og de erfaringer han/hun tok med seg videre.

Etterarbeid

Etter hver samtale, veiledning eller situasjon hvor det var blitt gitt helsehjelp til deltaker, journalførte fagkoordinator dette i sykehusets journalsystem (DocuLive). Dette gjaldt også fagkoordinators analyser, vurderinger og eventuell annen informasjon som var av interesse for andre som ga helsehjelp til deltakeren. Ved slutten av uke 2 skrev fagkoordinator en *midtveisrapport* som beskrev programmet og hovedtrekkene i deltakers prosess så langt, og med

anbefalinger fra mottakspoliklinikken angående fokusområder under oppholdet. Ved avslutning av oppholdet skrev fagkoordinator epikrise som ble sendt til fastlege, og utarbeidet sammen med deltaker en arbeidsinkluderingsplan som ble sendt til fastlege og deltaker, og eventuelt NAV, arbeidsgiver eller andre nøkkelpersoner. Disse dokumentene var basert på tverrfaglig rapport fra poliklinikken, fagkoordinators prosess med deltaker, samt treningskontakt, lege og andre relevante fagpersoners erfaringer med og vurderinger av deltakers gjennomføring av oppholdet. I forbindelse med utsendelse av epikrise ringte fagkoordinator også til fastlege for en gjennomgang og avklaring av eventuelle spørsmål.

Samhandling

Det ble etterstrebet å ha fortløpende dialog mellom fagkoordinator og treningskontakt om deltakerens utvikling. Fagkoordinator deltok i tverrfaglige teammøter (fagkoordinator, treningskontakt, lege, ernæring/kosthold og miljøavdeling) for vurdering av oppholdets gjennomføring og behov for helsehjelp. Observasjoner som ble gjort av fagkoordinator var av stor betydning i den øvrige tverrfaglige rehabiliteringen. Underveis i oppholdet var det ofte også hensiktsmessig å ha kontakt med fastlege eller NAV for å sikre god overføring av prosesser som ble startet opp på Hysnes. Dersom deltaker ble trukket ut til strukturert arbeidsplassmøte reiste fagkoordinator ut til arbeidsplassen og gjennomførte et møte med arbeidsgiver sammen med deltaker.

Kompetanse

Deltakerne skulle bli møtt og veiledet av kompetente fagfolk med høyskole/universitetsutdanning innen helsefag, eller andre relevante fag (treningsfysiolog, rådgiverfag). Fagfolkene hadde fått opplæring og regelmessig veiledning innen ACT, og samarbeidet tverrfaglig med hverandre på Hysnes Helsefort. Flere av fagkoordinatorerne jobbet også som treningskontakter, hvilket bidro til at de ansatte på Hysnes Helsefort hadde en felles plattform og begrepsbruk knyttet til ACT og atferdsendring. Med ACT som felles plattform og gjennom en fordeling av oppgaver (undervisning, introduksjonstimer og nettverksdag) mellom ansatte med ulik fagbakgrunn utgjorde de ansatte et tverrfaglig team som kunne møte deltakerne med høy faglig kompetanse og en felles grunnleggende holdning til det menneskelige i lidelse og hvordan vi forholder oss til vanskelige opplevelser.

Kompetanseutvikling hos fagkoordinatorer skjedde gjennom kurs, fagdager, teammøter og felles veiledning med ACBS-sertifiserte ACT Trainer Trym N. Jacobsen. I veiledning ble grunnleggende ACT-kunnskaper gjennomgått både teoretisk og praktisk, og fagkoordinatorer ble oppfordret til å filme gruppesesjoner og individuelle samtaler for bruk i veiledning. Fagkoordinator-gruppen besto av ulike faggrupper: psykolog, klinisk sosionom, psykiatrisk sykepleier, fysioterapeut, vernepleier, treningsfysiolog, bevegelsesviter, rådgiverutdannet pedagog. For å utnytte den brede kompetansen i ansattgruppen ble det lagt vekt på å gjennomgå

en tverrfaglig refleksjon rundt hver deltaker i løpet av oppholdet. Gjennom internundervisning kunne den enkelte fagperson presentere sine spesialfelt og kompetanseområder for ansattgruppen. Fra 2014 ble det utviklet to ulike formaliserte ACT-opplæringsforløp som ble tilbudt alle klinikerne på Hysnes.

En kort beskrivelse av innholdet i opplæringsforløpene:

Opplæringsforløp 1

- Månedlig gruppeveiledning i ACT.
- Fullført RFT (Relational frame theory) online tutorial.
- Lest to introduksjonsbøker i ACT (Lykkefellen og ACT - enkelt og greit)

Opplæringsforløp 2

- Månedlig gruppeveiledning i ACT.
- Fullført RFT online tutorial.
- Lest to introduksjonsbøker samt en mer inngående artikkel om ACT for kronisk smerte.
- ACBS medlemskap.
- Gjennomgang av video med feedback fra ACT-Trainer, både individuelt og i gruppesesjon.
- Gjennomføring et eget ACT utviklingsprosjekt.
- Hysnes ACT quiz.
- Nedskrevet kaskonseptualisering.
- Vurdering av behandlingsintegritet av ACT Trainer basert på en hel individuell sesjon og en hel gruppesesjon.

Utover dette fikk ansatte mulighet til å delta på ulike kurs, workshops og konferanser relatert til ACT både nasjonalt og internasjonalt. I tillegg ble det arrangert kurs og workshops på Hysnes Helsefornt for å gi eksterne fagpersoner innblikk i ACT som en mulig tilnærming til spesifikke samfunns- og helseutfordringer.

Kurs/seminarer i ACT gjennomført på Hysnes

2013: S sammensatte lidelser: *Livet på vent eller tilbake til et fullverdig liv?*

2014: Ungdom og sammensatte plager - *verktøy å leve med*

2015: Focused ACT v/ Thomas Gustavsson (2 dager) og «*ACT til selvhjelp – for meg når jeg jobber med mennesker*» v/ Trym N. Jacobsen og Wenche Mårvik, (1 dag)

2016: The thriving adolescent: *ACT i arbeid med ungdom* v/ Louise Hayes

Utvikling og endring

ACT ble valgt som grunnlag for tilnærmingen ved oppstarten av Hysnes Helsefort i 2010. En grundig mal for gruppesesjoner, først kalt *ArbeidsACTIVE*, ble utarbeidet i forkant av oppstarten. Underveis ble det kliniske arbeidet påvirket av den pågående forskningen, og det ble derfor nødvendig å gjøre større og mindre endringer både i sammensetning av team og i manualen. Det ble gjennomført større endringer i 2012, 2013 og sist i 2015 for å komme fram til den manualen vi brukte ved prosjektets avslutning. Manualen var utarbeidet både for å ivareta bredden i ansattgruppen med hensyn til ACT-erfaring, og med tanke på klinisk bruk i andre sammenhenger.

6.1.1 Mindfulness-meditasjon

Mindfulness-meditasjon ble tatt i bruk i Hysnes-programmet som en metodikk for å utvikle psykologisk fleksibilitet, og var således en del av ACT-intervensjonen. Mindfulness er opprinnelig et begrep som betegner generelle aspekter knyttet til spesifikk østlig filosofi og praksis, nært knyttet til buddhisme. Mindfulness-meditasjon, slik anvendt i nyere behandlingsprogram inkludert rehabiliteringen på Hysnes, er konkret meditasjonsmetodikk, uten religiøs eller filosofisk tilknytning, med formål å trene på å være helt og fullt oppmerksom på det som skjer i øyeblikket, med en vennlig og aksepterende holdning (*Kabat Zinn, 2003*). Denne typen meditasjonspraksis har blitt både utgangspunkt for, og/eller en integrert del av flere nyere behandlingsformer knyttet til blant annet stress, kroniske smerter og flere psykiske lidelser. En stadig økende mengde behandlingsforskning de siste 15 årene gir støtte til at slike behandlingsformer har positiv virkning (*Gotink, 2015*). Mange av ACT-manualene som er forsket på, inneholder mindfulness-meditasjonstrening. Det er imidlertid ikke en forutsetning å drive mindfulness-meditasjon i et ACT-forløp ettersom dette bare er en av flere nyttige teknikker.

Mål

Målet med mindfulness-meditasjon i Hysnes-programmet var å øve opp fleksibel bevisst kontakt med det som er her og nå, ved å gi deltakerne erfaring og opptrening i konkrete meditasjonsteknikker som kunne videreføres også etter oppholdet og dermed bidra til økt psykologisk fleksibilitet.

Omfang og gjennomføring

Mindfulness-meditasjon i Hysnes-programmet (langt 2+1) besto av:

- Introduksjon til mindfulness-meditasjon (60 min), torsdag første uke
- Mindfulness-meditasjon (60 min), annenhver morgen fra uke 2
- Deltakerne ble oppmuntret til å utøve mindfulness-meditasjon i hjemmeuken. Gjerne korte sekvenser.

Introduksjon til mindfulness

Målet med denne timen var å introdusere hensikten med mindfulness/ oppmerksomt nærvær og å la deltakerne erfare tilstedeværelse gjennom enkle øvelser. Deltakerne ble informert om at introduksjonstimen kunne være nyttig for alle, uansett bakgrunns erfaring. Det ble utarbeidet en felles mal for denne timen, med et vedlegg bestående av ulike øvelser som var nyttige for å øve oppmerksomt nærvær.

Mindfulness meditasjon annenhver morgen (fra uke 2)

Hensikten med disse timene var å trene tilstedeværelse, og det ble dratt en parallel til fysisk trening med tanke på nytten av regelmessig trening. I timen fikk deltakerne delta i praktiske oppmerksomhetsøvelser sammen med resten av gruppen.

Planlegging/forberedelse

Gjennomføringen av mindfulness meditasjon (annenhver morgen) i Hysnes-programmet ble gjort både ved guidet meditasjon fra to CD-er (*“Hvordan redusere stress med OT”*, Andries Krose, og *“Øvelser i Mindfulness- Bevisst tilstedeværelse i hverdagen”*, Liv Haugli og Eldri Steen), og ved guiding av ulike fagkoordinatorer. Fagkoordinatorene hadde ansvaret for tilretteleggingen av øktene, men når deltakerne benyttet CD-er, var de alene.

Kompetanse

Enkelte ansatte hadde i tillegg til de krav som stilles for å arbeide klinisk ved Hysnes, videreutdanning/kurs innenfor mindfulness-trening og meditasjon. De fleste hadde deltatt på minimum én to-dagers introduksjonsworkshop i ACT eller tilsvarende, i tillegg til flere eksterne kurs.

Utvikling og endring av opplegget

Mindfulness var allerede i oppstarten en integrert del av timeplanen på Hysnes. Det ble underveis mer fokus på at oppmerksom tilstedeværelse skulle utøves innen alle områder. I starten var det flere «rene» mindfulness-timer, men dette ble endret til en introduksjonstime i tillegg til felles øvelse annenhver morgen og mer fokus på integrering i både gruppetimer, i treningssal og individuelt. ACT veileder ble engasjert i august 2012.

6.2 Fysisk aktivitet og trening

Fysisk aktivitet og trening har mange helsegevinster, og benyttes derfor i behandlingen av ulike plager og kroniske sykdommer (Bahr, 2009). Prospektive studier indikerer at fysisk aktivitet styrker arbeidsevnen og reduserer risiko for sykefravær og uføretrygd (Figur 4). Noen studier indikerer også at risikoen reduseres ytterligere dersom den fysiske aktiviteten er mer anstrengende (Fimland et al., 2013). En systematisk oversiktsartikkel og meta-analyse

konkluderte med at intervensjoner for sykmeldte med uspesifikke ryggplager som også bestod av fysisk trening og hadde mål om tilbakeføring til arbeid, ga 34 % lavere risiko for langvarig sykefravær (Oesch et al., 2010). For å sikre gjennomføring over tid har det vært ansett som nyttig med en intensiv innføringsperiode med individuell veiledning (Rolving et al., 2014; Hayden et al., 2005).

En studie viste nylig at ACT, som gjennomsyret hele rehabiliteringen ved Hysnes Helsefort, kan være hensiktsmessig for å øke evnen til jevnlig gjennomføring av fysisk aktivitet (Kangasniemi et al., 2015).



Figur 4: Hvordan fysisk aktivitet kan redusere sykefravær og uføretrygding (Fimland et al., 2013)

Mål

Målet med fysisk aktivitet og trening ved Hysnes Helsefort var å sikre en bærekraftig og hensiktsmessig aktivitet over tid for å styrke deltakernes helse og arbeidsevne, og dermed bidra til å øke tilbakeføring til arbeid.

Planlegging og forberedelser

Hver deltaker hadde en treningskontakt som hadde ansvaret for at deltakeren fikk et eget trenings- og fysisk aktivitetsopplegg. Det var som oftest to eller tre treningskontakter per inntak som fordelte deltakerne mellom seg. Én treningskontakt kunne ha ansvar for inntil åtte deltakere. Treningskontaktene forberedte seg ved å lese deltakers tverrfaglige rapport fra Hysnes mottakspoliklinikk (da spesielt fysioterapeutens vurdering), delta på overføringsmøte ved poliklinikken, og ved behov innhente ytterligere informasjon fra fastlege eller andre relevante aktører.

Omfang og gjennomføring

Den fysiske treningen og aktiviteten var en integrert daglig del av rehabiliteringsopplegget ved Hysnes Helsefort og besto i det siste rehabiliteringsopplegget av:

- individuelle aktiviteter (5 treningsøkter inkludert samtaler på 120 min hver)

- gruppebaserte aktiviteter (Gøy i gymsal: en økt på 90 min; 1 turdag; Bevegelsestimer: 3 økter på 30 min hver; Gå til jobben: 4-5 økter på 30 minutter hver; Valgfrie aktiviteter: 2 økter på 45 min)

1. Individuelle aktiviteter

Hver deltaker gjennomførte fem individuelle møter med treningskontakten i løpet av oppholdet, hvorav tre var før oppholdets hjemmeuke. Til hvert møte var det satt av to timer. De individuelle møtene besto av: 1) oppstartssamtale, 2) praktisk gjennomgang av aktuell trening sammen med deltaker, 3) planlegging av fysisk aktivitet i hjemmeuken, 4) evaluering av aktiviteten i hjemmeuken, og 5) ferdigstilling av en hensiktsmessig aktivitetsplan for deltakeren. Innholdet i individuell trening og samtale var som følger:

Trening 1 – Oppstartssamtale

Hensikten med oppstartssamtalen var å skape en felles forståelse for status og hva som skulle ligge til grunn for det videre arbeidet med fysisk aktivitet. Det var også et mål å bli kjent med fasilitetene og komme i gang umiddelbart med aktivitet. Treningskontakten søkte å finne elementer som deltakeren kunne sette i praksis omgående. Dette skjedde blant annet ved å diskutere hovedpunktene i rapporten fra poliklinikkens fysioterapeut, i tillegg til å innhente informasjon om nåværende aktivitetsnivå, erfaring med trening og fysisk aktivitet, symptomer eller diagnoser som måtte tas hensyn til, eventuelle fysiske utfordringer på arbeidsplassen og tilrettelegging, samt forventninger til oppholdet.

Treningskontakten informerte om fysisk aktivitet på Hysnes Helsefort og understreket at målet måtte være å finne en treningsform/program som deltakeren kunne gjennomføre etter endt opphold. Det ble informert om at deltaker skulle få mulighet til å prøve nye aktiviteter og/eller prøve å finne riktig nivå på aktiviteter som allerede ble gjennomført. Treningskontakt og deltaker samtalte om hvordan deltaker best kunne utnytte tiden med treningskontakten under oppholdet, og det ble etablert en målsetting for deltakerens trening og fysiske aktivitet. Eksempelvis kunne ønsket hos deltaker være mindre smerter. Da ble deltaker oppfordret til å konkretisere hva dette kan føre til, som å kunne gå en bestemt fjelltur, spille fotball med barna eller kunne gjennomføre en arbeidsdag. Treningskontakten konkretiserte arbeidet etter prinsippet om *S.M.A.R.T.E* mål – at målet er spesifikt, målbart, ambisiøst, relevant, tidsbestemt og enkelt (å forstå).

Trening 2 - Praktisk gjennomgang av aktuell trening sammen med deltaker

Hensikten med «Trening 2» var at deltaker skulle få introduksjon til øvelser, lære dem riktig og selv praktisere en treningsøkt som var i tråd med de mål som var satt for oppholdet. Deltaker skulle trygges på de øvelsene som ble gjennomført og få mulighet til å gjøre eventuelle nødvendige justeringer.

Under denne treningen ble treningsprogrammet som treningskontakten hadde utarbeidet basert på oppstartssamtalen, gjennomgått. Øvelsene ble forklart og vist i praksis. Treningskontakten var tilgjengelig for eventuelle spørsmål etter introduksjonen.

Trening 3 - Planlegging av fysisk aktivitet i hjemmeuiken

Hensikten med «Trening 3» var å fortsette på planlagt treningsprogram. Treningskontakten veiledet ved behov. Nye øvelser som skulle gjøres i hjemmeuiken ble også gjennomgått i denne timen.

Erfaringer så langt ble oppsummert og hjemmeuiken planlagt sammen med deltaker. Treningskontakten søkte å sikre at deltaker forpliktet seg til å gjennomføre trening hjemme som avtalt og snakket igjen med deltaker om hva han eller hun ønsket å oppnå med treningen, og hvilke hindringer og mulige løsningsstrategier som kunne bli aktuelle i hjemmeuiken.

Trening 4 - Evaluering av aktiviteten i hjemmeuiken

Hensikten med «Trening 4» var å fortsette planlagt treningsprogram og gjøre eventuelle justeringer etter erfaringer fra hjemmeuiken. Erfaringer fra hjemmeuiken ble gjennomgått og brukt i det videre arbeidet. Treningskontakt og deltaker diskuterte hvordan trening kunne være en del av hverdagen etter Hysnes-oppholdet. I tillegg var det gjennomgang av «Min plan for fysisk aktivitet» (hvis dette ikke var gjort tidligere), som var en beskrivelse av viktige elementer i planlegging av et liv med hensiktsmessig fysisk aktivitet. Deltaker og treningskontakt arbeidet med planen og deltaker fikk i oppgave å sette seg inn i og fylle inn de resterende elementene og reflektere rundt planen til siste samtale.

Trening 5 - Ferdigstilling av fysisk aktivitetsplan

Hensikten med den siste individuelle treningen var å i størst mulig grad bidra til at deltaker ble i stand til å gjennomføre sin planlagte trening etter endt opphold. Dette skjedde gjennom trygging og veiledning i øvelser eller gjennom samtale.

Under denne økten kvalitetssikret treningskontakten at planen var forankret hos deltakeren selv. Dette var viktig for at planen skulle bli en integrert og hensiktsmessig del av deltakerens liv etter oppholdet og at den ville bidra til økt arbeidsevne med en raskere, bærekraftig retur til arbeidslivet. Momenter som ble tatt opp var motivasjon, hindringer, forpliktelser og nyttige strategier i det videre arbeidet.

2. Gruppebaserte aktiviteter

Det gruppebaserte aktivitetstilbudet på Hysnes Helsefort besto av ulike elementer som var satt sammen med den hensikt å gi deltakerne en bred erfarings- og mestringsplattform innen fysisk aktivitet. Felles for gruppeaktivitetene var at de ble gjennomført under ledelse av en fagperson

og gjennomføringen kunne tilpasses den enkelte deltakers situasjon. Nedenfor omtales de gruppebaserte aktivitetene som ble tilbudt i løpet av et opphold.

«Gøy i gymsal»

“Gøy i gymsal” var en 90 minutters økt som ble gjennomført én gang i løpet av deltakernes opphold. Denne gruppetimens hovedmål var å gi deltakerne erfaring med lekbasert fysisk aktivitet. I tillegg til den fysiske aktiviteten ble det lagt opp til at deltakerne skulle se de biopsykososiale sammenhengene gjennom disse erfaringene. Eksempelvis kunne deltakere «glemme» sine smerter eller utføre bevegelser de ikke trodde de kunne eller som de hadde hatt frykt for å gjennomføre. Gruppetimen inneholdt flere aktiviteter som kunne varieres fra gang til gang. Hovedpoenget var glede i aktivitet. Eksempler på aktiviteter kunne være: kanonball, «diskosura» eller «nappe hale». Aktiviteten ble avsluttet med en refleksjon rundt erfaringene fra timen.

Turdag

Turdagen ble gjennomført over flere timer. I tillegg til deltakerne var minst tre ansatte med på turen. Som hovedregel gikk turen fra Helsefortet på formiddagen etter morgenmøte, og til en av flere mulige destinasjoner i nærområdet, før gruppen returnerte til Helsefortet i tide til middagsmåltidet. Hovedhensikten med aktiviteten var at deltakerne skulle få erfaring med natur som en arena for fysisk aktivitet og rekreasjon. I tillegg lå mange teoretiske forankringer til grunn for at denne aktiviteten inngikk i rehabiliteringen. Blant annet dreier dette seg om mestring, livskvalitet, oppmerksomt nærvær, refleksjon og relasjonsbygging. I løpet av turdagen ble det laget mat på bål eller i medbrakt ovn. Ansatte og deltakere lagde og spiste maten sammen.

Bevegelsestimer

Bevegelsestimer varte i 30 minutter og ble gjennomført tre ganger i løpet av et opphold. Hovedhensikten var å øke basal kroppskjennskap. Arbeid med holdning og stabilitet i egen kropp sto sentralt. I disse timene utførte vi fysiske øvelser som egnet seg til etterfølgende refleksjon over opplevelser i egen kropp, individuelt og i samhandling med andre.

«Gå til jobben»

«Gå til jobben» var en aktivitet som ble gjennomført annenhver dag under oppholdet på Hysnes Helsefort, før morgenstunden. Introduksjonen ble gjennomført i gruppe, mens resterende økter kunne gjøres individuelt eller sammen med andre deltakere. Hovedhensikten med aktiviteten var at deltakerne skulle få erfaring med å starte dagen med fysisk aktivitet og samtidig gi mulighet til å øve på oppmerksom tilstedeværelse i naturen ved bruk av sansene. I tillegg var det ønskelig at deltakerne skulle bli kjent i nærområdet, slik at de kunne bruke dette aktivt i løpet av oppholdet.

Det var hengt opp ti poster i nærmiljøet rundt Hysnes, inntil 1 km unna. Deltakerne fikk under introduksjonen et kart over hvor disse postene var.

Valgfrie aktiviteter - Parallellsesjoner

Parallellsesjoner varte i 45 minutter og ble gjennomført to ganger i løpet av et opphold. Til denne timen fikk deltakerne velge mellom to-tre forskjellige aktiviteter, for eksempel utendørs intervalltrening, styrketrening med strikk, undervisning i treningslære, spinning eller yoga. Hovedhensikten var å gi deltakere mulighet til å påvirke deler av innholdet i eget opphold og til å utforske ulike alternativer til fysisk aktivitet som det kunne være aktuelt å fortsette med etter oppholdet. I tillegg var det ønskelig å gi deltakerne muligheten til å tilegne seg kunnskap som kunne være nyttig i forbindelse med eventuelle livsstilsendringer. Det ble oppmuntret til oppmerksom tilstedeværelse under de ulike aktivitetene slik at deltakerne kunne *legge merke til* hva som fremmet eller hemmet motivasjon og ønske om bevegelse.

Etterarbeid

Etter hver samtale, veiledning eller situasjon hvor det hadde blitt gitt helsehjelp til deltaker skulle treningskontakten journalføre dette i sykehusets journalsystem (DocuLive). Dette gjaldt også analyser, vurderinger og eventuell annen informasjon som var av interesse for andre som ga helsehjelp til deltakeren. I deltakers siste uke på Hysnes skrev treningskontakten et utfyllende notat om plan for fysisk aktivitet og trening etter oppholdet. Fagkoordinator, som hadde hovedansvaret for deltakerne, brukte dette under utarbeidelsen av epikrise og arbeidsinkluderingsplan. Epikrise ble sendt til fastlege, og arbeidsinkluderingsplan sendes til fastlege og deltaker, eventuelt også til NAV og/eller arbeidsgiver.

Samhandling

Det ble etterstrebet å ha løpende dialog mellom treningskontakt og fagkoordinator om deltakers utvikling. Treningskontakt deltok i tverrfaglige teammøter med fagkoordinatorer, andre treningskontakter, lege, kostholdsveileder og miljøpersonell for vurdering av deltakers gjennomføring av oppholdet og vurdering av helsehjelp. Observasjoner som ble gjort av treningskontakt, var av stor betydning i den øvrige tverrfaglige rehabiliteringen.

Kompetanse

Treningskontaktene på Hysnes Helsefort var høyskole- eller universitetsutdannet innen fysisk aktivitet eller fysioterapi, og fikk kursing og jevnlig veiledning innen ACT. Treningskontaktene arbeidet også tverrfaglig med andre fagfolk på Hysnes. Ofte jobbet treningskontakten også som fagkoordinator for andre deltakere, hvilket bidro til at de ansatte på Hysnes Helsefort hadde en felles plattform og begrepsbruk knyttet til atferdsendring. Treningskontakten benyttet verdiprinsipper hentet fra ACT-teorier for å nå målet om å sikre bærekraftig fysisk aktivitet og trening hos deltaker. Dette innebar blant annet å finne ut hva god helse betød for deltakeren, hva

deltakeren hadde ønsket å gjøre mer av hvis han eller hun hadde vært i bedre fysisk form, samt å lage en plan for de små skrittene som deltakeren skulle begynne med på Hysnes og fortsette med etter oppholdet.

Treningskontaktgruppen bestod av treningsfysiologer og fysioterapeuter med ulik og utfyllende kompetanse. Kompetanseutvikling hos treningskontakt skjedde gjennom kurs, fagdager, egne fagmøter, felles veiledning og ACT-trening i teamet. Treningskontaktene hadde vanligvis et fagmøte i måneden hvor de kunne diskutere krevende tilfeller og typiske problemstillinger. Dette ga gode muligheter for å rådføre seg med andre treningskontakter. Det ble også lagt vekt på bruk av case-presentasjoner med påfølgende diskusjoner, samt foredrag fra treningskontakter om aktuelle tema.

Utvikling og endring

Hovedbestanddelen av det fysiske tilbudet ved Hysnes Helsefort var styrke- og utholdenhetstrening med middels til høy intensitet gjennom hele prosjektperioden. Det ble innført en form for daglig fysisk aktivitet under oppholdet tidlig i prosjektperioden, og dette ble opprettholdt ut perioden.

Situasjonen før 2012

Tidlig i prosjektet var første halvdel av treningsopplegget preget av gruppetimer. Alle fikk utlevert tilnærmet like program, med mindre annet ble spesifisert i tverrfaglig rapport fra fysioterapeuten ved poliklinikken. Treningsbelastningen ble tilpasset den enkelte, både på kondisjon og styrke. Dette ble gjort med den hensikt å få alle i aktivitet, samt å synliggjøre viktigheten av å normalisere trening som middel for å øke arbeidsfunksjon. Deltakerne ble møtt likt i treningssalen uavhengig av ulike symptomer som utmattelse, smerter og psykiske lidelser. Rapport fra fysioterapeut ved mottakspoliklinikken ble vektet høyt. Uten kontraindikasjoner for fysisk aktivitet ble deltaker gitt et generelt treningsprogram bestående av styrkeøvelser og et kondisjonsopplegg. Under siste halvdel av oppholdet ble det gradvis lagt mer vekt på et individuelt tilpasset treningsprogram for tiden etter oppholdet.

I starten fikk deltakerne undervisning i treningslære med påfølgende introduksjon til kondisjonsapparater og en kondisjonsøkt. Ved neste treningstime fikk alle en introduksjon til styrketrening og en gjennomgang av de ulike styrkeapparatene. Senere i oppholdet var det også en undervisningstime i «fysisk aktivitet i et biopsykososialt perspektiv». Vi erfarte at dette omfattende undervisningsopplegget gikk ut over den tidlige individuelle oppfølgingen av hver deltaker.

Situasjonen etter 2012

I løpet av prosjektet skjedde en utvikling i den fysiske rehabiliteringen i retning mer individuelle timer. Fra og med 2012 ble det innført en ordning hvor deltakerne fikk faste treningskontakter. Endringen bidro ifølge treningskontaktene til å gi bedre oppfølging og styrke alliansen med hver enkelt deltaker. Det ble i tillegg observert at det individuelle fokuset økte deltakerens mulighet til å ytre egne behov, og således gjorde det mulig for treningskontaktene å yte bedre hjelp. Treningskontakten ble ansvarlig for at deltaker fikk en gjennomgang av de aktuelle øvelsene som inngikk i det individuelle programmet.

I prosjektperiodens siste fase ble det også lagt opp til mer valgfrihet gjennom parallellsesjoner. Dette for å imøtekomme ulike preferanser hva angår aktivitetsform og for å kunne øke deltakerens interesse av å opprettholde treningen på sikt.

Undervisningsmengden i fysisk aktivitet ble i løpet av prosjektperioden redusert og mer individualisert. Deltaker fikk den undervisningen han eller hun kunne dra mest nytte av. Treningslære ble i det siste opplegget likevel tilbudt som en parallellsesjon.

6.3 Mat og kosthold

Et sunt kosthold gir et godt grunnlag for god helse. Dette innebærer blant annet redusert risiko for utviklingen av en rekke sykdommer, deriblant hjerte- og karsykdommer, kreft, overvekt og type 2-diabetes (*Helsedirektoratet, 2014*).

Mål

Alle deltakerne skulle få sunn og god mat i tråd med Helsedirektoratets kostholdsanbefalinger. De skulle også få økt kunnskap om sammenhengen mellom mat, ernæring og helse, og bli utfordret på nye smaker. Det ble også jobbet for å synliggjøre enkle, helsefremmende kostholdsgrep som ville ha overføringsverdi til privat kjøkken.

Planlegging og forberedelser

Kostholdsveileder deltok på overføringsmøter i forkant av nytt inntak. Det var også dialog mellom kostholdsveileder og lege før hvert inntak. I de tilfellene hvor det ble oppgitt allergier eller særskilte matbehov hos deltakere, kontaktet legen deltakernes fastlege for å få detaljene rundt det. Dette ble så rapportert videre til kostholdsveileder og resten av kjøkkenpersonalet. Deltakere med allergier, intoleranser eller andre særskilte matbehov ble tatt inn til samtale med kostholdsveileder på ankomstdagen for å sikre best mulig tilrettelegging.

Omfang og gjennomføring

Organisering

Deltakerne fikk informasjon om mat, måltider, kjøkkentjeneste og håndhygiene ved første måltid etter ankomst. Det var lagt til rette for at deltakerne skulle få fire måltider per dag. Lunsj og middag ble laget av kjøkkenpersonalet og servert i peisestua som stående buffet. Når kjøkkenpersonalet ikke var til stede, kunne deltakerne selv forsyne seg med kornprodukter, melkeprodukter og pålegg til frokost og kveldsmat i peisestua. I tillegg sto alltid grønnsaksstaver og oppkuttet frukt tilgjengelig for deltakerne fra morgenen av, sammen med et påleggsfat med oppkuttet tomat, paprika og agurk til frokost- og kveldsmåltidene.

Kjøkkenet var delt i to fullt utstyrte soner, og deltakerne hadde adgang til én av disse. Her kunne de lage mat om de ønsket noe utover det de fikk servert. Peisestuen med tilhørende kjøkken var åpne hele døgnet slik at deltakerne kunne lage seg mat og oppholde seg der når de ønsket.

De helgene deltakere kunne velge å være til stede på Hysnes, ble det tilrettelagt for felles middag lørdag og søndag som deltakerne laget selv. Resterende måltider i helgen ordnet deltakerne på egen hånd med tilgjengelig eller egeninnkjøp mat.

Dersom deltakerne hadde egen mat med seg eller kjøpte noe under oppholdet, kunne denne oppbevares på tekjøkkenet i oppgangen der deltakerne bodde. Her kunne også deltakerne velge å lage egen mat. Tekjøkkenet var enkelt utstyrt med servise, bestikk, kokeplater, vask, kjøleskap og en liten spiseplass.

Deltakerne bidro også i form av kjøkkentjeneste. Dette innebar et parvis ansvar for å trakte kaffe, sette inn/ta ut av deltakernes oppvaskmaskin, tørke bord etc. etter alle dagens måltider. På ankomstdag ble det satt opp liste over deltakernes kjøkkentjeneste. Oppvask og rydding etter matlaging, samt ivaretagelse av mat og matrester var kjøkkenpersonalets ansvar.

Meny

Lunsjmåltidet besto vanligvis av en variert salatbar og omelett eller grønnsaksbasert suppe. Det ble i tillegg alltid servert ferske, hjemmebakke rundstykker.. Dersom det var mer hensiktsmessig med tanke på rester, hendte det at deltakerne fikk «overraskelseslunsj», for eksempel matmuffins, pizza, en gryterett eller ovnsform.

Middagsmåltidene gjennom uka ble stort sett variert ut fra en plan om å ha to dager med fisk, én dag med hvitt kjøtt, én med rødt kjøtt og én med vegetar. I tillegg vekslet det mellom poteter, ris, brød og pasta som tilbehør, da fortrinnsvis fullkornsalternativer. Det ble servert rikelig med grønnsaker til måltidene, både i form av salat, bakte rotgrønnsaker, ratatouille, dampede ferske

eller frosne grønnsaker og lignende. I mange tilfeller ble det også tilbudt flere grønnsaksalternativer til samme måltid. Ukesmeny ble hengt opp i peisestua ved hver ukestart (Figur 5).

	Lunsj – klokken 11.30	Middag – klokken 15.30
Mandag	Salatbar og omelett	Ovnsbakt laks med kokte poteter og grønnsaker
Tirsdag	Blomkålsuppe	Bakte rotgrønnsaker, nøtteburgere og ris
Onsdag	Salatbar og omelett	Kyllingfilet med byggryn, soppstuing, brokkoli og svisj
Torsdag	Gulrot- og ingefærssuppe	Vegetarlasagne med salat og focaccia
Fredag	Overraskelse	Seikarbonader med stekt løk, ratatouille og båtpoteter

Figur 5: Eksempel på ukesmeny

Kostholdsundervisning

Deltakerne hadde to timer gruppebasert kostholdsundervisning i ankomststuen. Denne blir beskrevet under kapittelet om undervisningstimer.

Individuelle samtaler

Deltakerne fikk tilbud om individuell samtale om kosthold og ernæring. Tilbudet ble ofte lagt fram i ankomststua når deltakerne hadde kostholdsundervisning. De deltakerne som ønsket en samtale henvendte seg til kostholdsveilederen og avtalte tid for møte. En samtale varte vanligvis 30 minutter og startet med kartlegging av hva deltaker anså som viktig med eget kosthold. Dersom deltaker eksempelvis ikke var fornøyd med eget kosthold og ønsket å spise sunnere, da rettet veileder søkelyset på hvorfor han eller hun ønsket et sunnere kosthold, hvordan det så ut og hva det konkret kunne føre til i deltakerens liv. Videre ble det snakket om mulige tiltak og hva deltaker selv mente kunne være hensiktsmessig og gjennomførbart i egen hverdag. I noen tilfeller ble det lagt en enkel plan for hva deltaker kunne gjøre av kostholdstiltak i hjemmeuken.

Det var også mulighet for en oppfølgingssamtale i deltakerens siste uke av oppholdet hvis det virket hensiktsmessig.

Samhandling

Kostholdsveileder deltok i tverrfaglige teammøter med fagkoordinatorer, treningskontakter, lege og miljøpersonell for vurdering av deltakers gjennomføring av oppholdet. Det var ved behov dialog med lege, fagkoordinator og treningskontakt utenom teammøter. Eksempelvis kunne det i de tilfellene der deltaker ønsket en kostholdssamtale være nyttig å snakke med fagkoordinator i forkant for å understøtte den prosessen fagkoordinator er i med deltakeren også i kostholdssamtalen.

Kompetanse

Kostholdsveileder/kjøkkenansvarlig hadde kompetanse innen mat og ernæring med femårig høgskoleutdanning i ernæring. Det øvrige kjøkkenpersonalet hadde alle utdanning og/eller erfaring med arbeid innen mat eller ernæring. Hele kjøkkenpersonalet hadde tilgang på månedlig ACT-veiledning og deltok på interne kurs og veiledningsdager.

Utvikling og endring

Matleveransen tilknyttet Hysnes Helsefort ble fra 2010 til 2014 regulert gjennom en avtale mellom St.Olavs Hospital og Rissa kommune. Maten ble da servert av en ekstern leverandør i egne fasiliteter like ved Helsefortet. Ved avtalens utløp i 2014 var det ønskelig å se på muligheten for å ha matleveranse i egen regi. Fra og med januar 2015 tok Hysnes Helsefort selv over matleveransen. Det ble ansatt kokk/kostholdsveileder og assistent som ble opplært og fikk veiledning i samme faglige plattform som resten av staben. Dette gjorde tilbudet på Hysnes mer helhetlig, i tillegg til at det reduserte kostnaden og økte deltakernes tilfredshet. På samme tid ble også individuelle kostholdssamtaler en del av tilbudet til deltakerne.

6.4 Strukturert arbeidsplassmøte

Det ble gjennomført en studie som undersøkte effekten på arbeidsdeltakelse av strukturert arbeidsplassmøte som tillegg til rehabiliteringen på Hysnes. Studien startet med en pilot våren 2015 og pågikk til Hysnes-prosjektets avslutning. Arbeidsplassintervensjonen ble kun gitt til deltakere som ble randomisert til intervensjonsgruppen. Intervensjonen besto av en forberedende del de første to ukene, et møte på arbeidsplassen i hjemmeuken, og oppfølgingsarbeid etter møtet.

Evidensgrunnlag

En studie fra Canada antyder at arbeidsplassintervensjoner kan være den viktigste komponenten for å hjelpe sykemeldte tilbake i jobb, og at effekten er enda større om intervensjonen blir kombinert med klinisk behandlingsopplegg (*Loisel et al.*). En nyere, randomisert kontrollert studie fra Nederland rapporterer at en integrert intervensjon som inneholdt arbeidsplassintervensjon og klinisk behandling som inkluderte fysikalsk trening hadde større effekt på retur til arbeid enn vanlig behandling (*Lambeek et al. 2010*). Videre antyder flere systematiske oversiktsartikler at for pasienter med ryggplager, og i noen grad også psykiske helseplager, er komplekse rehabiliteringsopplegg som inkluderer arbeidsplassbesøk mer effektive enn andre intervensjoner (*Carrol et al 2010, Hoefsmit et al. 2012, Kuoppola et al. 2008*). Det synes spesielt viktig å involvere nøkkelpersonene i arbeidsmiljøet, eksempelvis nærmeste leder, i dialog med den sykemeldte for å diskutere hva som kan gjøres på arbeidsplassen for at bærekraftig retur til arbeid skal være mulig (*Carrol et al. 2010*).

Mål

Hensikten med arbeidsplassintervensjonen var å identifisere hindringer og løsninger for tilbakeføring til arbeid ved å involvere nærmeste leder og eventuelt andre på arbeidsplassen.

Planlegging og forberedelser

De som ble randomisert til intervensjonsgruppa, ble satt opp på én behandlingsgruppe. Dette foregikk på mottakspoliklinikken. På overføringsmøtet mellom poliklinikk og teamet fra Hysnes Helsefort ble det gjort en fordeling av deltakere i APB-gruppen mellom de ulike fagkoordinatorerne. Denne fordelingen skjedde ut ifra den informasjonen som kom fram på møtet, som for eksempel kliniske og arbeidsrelaterte problemstillinger og geografiske forhold.

Omfang og gjennomføring

Intervensjonen besto av:

- Forberedende fase mellom fagkoordinator og deltaker (uke 1 og 2 i programmet) og
- Strukturert arbeidsplassmøte i deltakernes hjemmeuke (uke 3 i programmet)
- Oppsummering og videre arbeid i deltakers siste ACT-samtale i uke 4

Forberedende fase (uke 1 og 2)

For deltakere med arbeidsplassbesøk ble det lagt vekt på praktiske forhold ved APB ved første ACT-samtale med fagkoordinator. Det kunne dreie seg om møtetidspunkt, innhold i møtet og hvem som kunne være aktuelle bidragsytere, for eksempel tillitsvalgt. Det var mulig å invitere andre instanser også, som NAV-kontakt, bedriftshelsetjeneste eller fastlege. Deltaker fikk ansvar for å avtale tidspunkt med sin nærmeste leder. Fagkoordinator sendte et informasjonsbrev om

studien og en agenda for møtet til arbeidsgiver, i tillegg til NAV-samtaleverktøyet “En samtale om arbeidsmuligheter”, som er fritt tilgjengelig på NAVs hjemmesider.

Under ACT-samtalene hadde deltaker mulighet til å planlegge og gå gjennom arbeidsplassbesøket med sin fagkoordinator. Fagkoordinator forklarte sin rolle under møtet og forsøkte å legge til rette for at deltaker skulle få sagt sitt under arbeidsplassbesøket. De som skulle gjennomføre arbeidsplassbesøk hadde i forkant en felles time som omhandlet arbeidsplassbesøket. Her kunne spørsmål belyses, og deltakere fikk tenke gjennom sin rolle, sine verdier knyttet til arbeid og hvordan han/hun ønsket å opptre på møtet. I tillegg ble deltakere invitert til å forberede seg på hva det var ønskelig å kommunisere til leder/arbeidsgiver. Deretter ble det diskutert hvordan dette så ut i handling og hvilke hindringer som sto i veien for at dette kunne gjennomføres. Fagkoordinator som ledet timen delte ut “En samtale om muligheter”, som dannet grunnlaget for arbeidsplassbesøket.

I midtveisrapporten som ble skrevet av fagkoordinator og sendt til fastlege, NAV, arbeidsgiver og deltaker i uke 2, fikk fastlege og NAV beskjed om at det skulle avholdes APB. Det var mulig også i denne rapporten å forberede arbeidsgiver på deltakers utfordringer knyttet til å stå i arbeid.

Selve møtet på arbeidsplassen

I forkant av arbeidsplassbesøket valgte ofte fagkoordinator å sette av tid til en samtale med deltaker for å klargjøre og oppsummere hva møtet skulle handle om. Deltaker kunne stille spørsmål og gi beskjed til fagkoordinator om hva som kunne fortelles om prosessen på Hysnes. Før selve møtet hadde deltaker mulighet til å vise fagkoordinator rundt på arbeidsplassen for å at denne skulle få bedre innsikt i arbeidsoppgaver og miljø. Påfølgende møte hadde en ramme på maksimalt to timer.

Deltakers fagkoordinator hadde ansvaret for å lede arbeidsplassmøtet og fungerte som ordstyrer. Under besøket ble møtedeltakere informert om hva Hysnes helsefort var og hva deltaker så langt hadde arbeidet med under rehabiliteringen. Fagkoordinators rolle og bakgrunn ble også avklart, og arbeidsgiver kunne stille eventuelle spørsmål knyttet til opplegget. Fagkoordinator ba om tillatelse til å avbryte eller utdype der det syntes hensiktsmessig. Deretter ble “En samtale om jobbmuligheter” brukt som bakgrunn for å utforske arbeidssituasjonen. Hensikten var å kartlegge oppgaver, hindringer og mulige arbeidsoppgaver som deltaker kunne ta tak i sammen med arbeidsgiver. Videre hadde deltaker mulighet for å si noe om sine egne utfordringer og det han/hun sto i. Dette innebar å fortelle noe om hvordan det oppleves å være satt ut av arbeid. Fagkoordinator inviterte her til å belyse tanker og følelser rundt dette og se på dette sammen med sin leder, gitt deltakers samtykke. Åpenhet var noe fagkoordinator søkte å legge til rette for.

Etterarbeid

I etterkant av arbeidsplassmøtet skrev fagkoordinator et referat ut ifra hva som hadde blitt tatt opp i møtet. Her ble konklusjoner og eventuelle tidsfrister beskrevet. Referatet ble sendt til nærmeste leder og kunne gis til deltaker hvis deltaker ønsket det. Et kort resyme av referatet ble også tatt med i deltakers arbeidsinkluderingsplan, som ble sendt til fastlege sammen med epikrise.

Samhandling

Fagkoordinator hadde ikke noen form for kontakt med arbeidsgiver etter et arbeidsplassbesøk, med mindre det ble gjort avtale om noe annet. Deltaker fortsatte sin prosess mot tilbakeføring til arbeid sammen med sin arbeidsgiver og eventuelt sin NAV-kontakt. Hvis deltaker og fagkoordinator så det nødvendig, ble NAV-kontakt involvert underveis i oppholdet og det kunne også sendes referat fra arbeidsplassmøtet til NAV-kontakt. Epikrise etter endt opphold med arbeidsplassmøte ble sendt NAV-kontakt. Videre fortastte NAV kontakten og fulgte opp eventuelle dialogmøter med arbeidsgiver, avhengig av hvor deltaker var i sykemeldings- eller arbeidsavklaringsforløpet. Fastlege ble informert via epikrise om arbeidsplassbesøket og utfallet av det.

Kompetanse

I deltakers hjemmeuke hadde fagkoordinatorer med ansvar for arbeidsplassbesøk et samarbeidsmøte med NAV Arbeidslivssenter. Dette foregikk uten deltakers tilstedeværelse. Disse samarbeidsmøtene åpnet for veiledning og kompetanseheving når det gjelder forhold i arbeidslivet og NAV. Arbeidslivssenterets funksjon er vanligvis å drive opplæring av arbeidsgiver i møte med psykologiske problemstillinger. Fagkoordinator meldte inn temaer til refleksjon slik at NAV Arbeidslivssenter kunne forberede seg på forskjellige utfordringer fagkoordinator kunne oppleve i møte med arbeidsgiver, eksempelvis hvordan kartlegge og håndtere eventuelle konflikter..

6.5 Legefunksjonen

Alle deltakere på Hysnes Helsefort fikk en samtale på 30 minutter med lege i første eller andre uke. Deltakere hadde ikke mer kontakt med legen, med mindre spesielle behov oppsto.

Mål

Hovedfunksjonen til legen på Hysnes var å trygge deltakerne i prosessen med å utforske alternative strategier til symptom- og sykdomsbegrensende atferd.

Planlegging og forberedelser

Deltakere som kom til Hysnes Helsefort var medisinsk avklart på Hysnes mottakspoliklinikk i forkant av oppholdet. Dette vil si at de var vurdert til å være klare for arbeidsrettet rehabilitering snarere enn videre spesifikk behandling eller utredning.

Legen deltok i forberedelser sammen med det ansvarlige teamet dagen før inntak av ny gruppe. Dette innebar å lese alle tverrfaglige rapporter, legejournaler for nylige hendelser og eventuelle henvisninger. Henvisende lege ble kontaktet ved behov. Videre deltok legen på overføringsmøte med poliklinikken før inntak, hvor eventuelle uklarheter knyttet til medisinske forhold ble avklart. Det var legens ansvar å sørge for at alvorlige allergier ble gjort kjent for kjøkken- og annet relevant personell på helsefortet.

Legen hadde også som oppgave å kvalitetssikre og kontrasignere epikriser skrevet av fagkoordinator, samt å kontakte fastlege ved behov for drøfting av medisinske forhold og/eller oppfølging.

Gjennomføring

I samtalen mellom lege og deltaker søkte legen å avdekke om det hadde oppstått forhold som likevel krevde medisinsk utredning og eventuelt behandling. I tillegg ble det arbeidet med å trygge deltaker på å jobbe videre med mestringsfokus til tross for smerter, utmattelse og/eller psykiske plager. Legen søkte å bidra til en mer åpen og nysgjerrig holdning til symptomer og alternative strategier for å håndtere dem. Utover dette deltok lege på teammøter og bisto med medisinsk hjelp til deltakere som måtte trenge dette under oppholdet. Legen deltok også på arbeidsplassbesøk og/eller dialogmøter med deltaker og fagkoordinator i tilfeller hvor dette ble regnet som hensiktsmessig.

Kompetanse

Legen som i det daglige var tilstede på Hysnes, hadde generell medisinsk utdanning uten spesialitet, i tråd med en valgt generalistisk tilnærming. Det medisinskfaglige ansvaret var ivaretatt av legespesialist ved Smertesenteret på St.Olavs Hospital. Legen på helsefortet hospitererte på ulike avdelinger, samt deltok på veiledning i ACT en-to dager per måned sammen med andre i ansattgruppen. Legen mottok også coaching/veiledning innen tilpasset bruk av ACT prosesser i legetimen.

Utvikling og endring

De to første årene var legen del av et spesialistteam som også bestod av psykolog og fysioterapeut. Oppgaver for legen var å gjøre somatiske undersøkelser på forespørsel og gi medisinskfaglige råd ved behov, i tillegg til å bidra i forelesninger. Fra høsten 2012 ble legens

rolle i større grad å understøtte den øvrige rehabiliteringen og de tilhørende ACT-prosessene til hver enkelt deltaker.

6.6 Miljøavdelingen

Miljøavdelingen på Hysnes Helsefort, representert av en miljøterapeut, bandt sammen deltakernes opphold fra før ankomst og frem til avreise. Miljøterapeuten ivaretok ulike behov, i hovedsak praktiske, i tillegg til å organisere og delvis drifte aktivitetstilbudet på Hysnes. Tilbudet om aktiviteter ble etablert på bakgrunn av at oppmerksomhet mot, og opplevelse av kunst og kultur, har vist seg å ha positiv innvirkning på folks helse (*Cuypers et al., 2012*).

Mål

Deltakernes opphold skulle oppleves som helhetlige, med sammenheng mellom det faglige tilbudet på dagtid og et variert fritidstilbud på ettermiddag og kveld. De valgte fritidsaktivitetene hadde til hensikt å gi oppmerksomhet til sanseinntrykk, og stimulere til kreativitet. Forhold i lokalmiljøet gamuligheter, og satte begrensninger. For å bidra til helheten i Hysnes-oppholdet, ble det lagt opp til at fritidstilbudet også var kompatibelt med ACT og støttet opp under det kliniske tilbudet.

Planlegging og forberedelser

I forkant av et inntak krevdes planlegging av praktiske forhold som det å

- lage velkomstpermer med aktuelt innhold til orientering, samt skjema for utfylling
- tildele rom og lage nøkkelkort
- lage personlige nettilganger til St. Olavs gjestenett
- avtale transport av bagasje til nye deltakere
- ta imot deltakere i resepsjonen på ankomstdagen
- gjennomføre omvisning i alle bygninger den første dagen

Forberedelser av fritidsaktiviteter kom i tillegg, og involverte blant annet å:

- gjøre avtaler med de som tilbød aktiviteter i nærområdet
- planlegge innholdet i aktiviteter som skulle gjennomføres av egne ansatte
- gi deltakerne informasjon om tilbudene, samt lage lister for påmelding

Administrative oppgaver

Miljøterapeuten hadde ansvar for inngående telefoner, praktiske forberedelser før inntak, samt mottak av deltakere på ankomstdag. Underveis i oppholdet inngikk daglig registrering av deltakere i St. Olavs pasientssystem (PAS) som en sentral arbeidsoppgave. Miljøterapeuten satt

stort sett i en åpen resepsjon ved hovedinngangen til Hysnes Helsefort, og var dermed lett tilgjengelig for spørsmål fra deltakerne.

Aktivitetstilbud

Tanken bak aktivitetene var at de skulle oppleves som lett tilgjengelige, ha et avslappet og lystbetont preg, men også kunne uttrykke sider av livet på en måte som ga deltakerne nye perspektiver. De aller fleste aktivitetene foregikk på ettermiddag- og kveldstid. Ett miljømøte per uke med informasjon om aktuelle, praktiske forhold og/eller innslag av kunst og kultur ble midlertid holdt på dagtid. Aktivitetstilbudet på ettermiddag og kveld utviklet seg i løpet av driftsårene.. Blant de tilbudene som var tilgjengelig over lang tid var:

- Glassblåsing ved Låvely, hvor deltakerne vekselvis var aktører eller tilskuere til glassproduksjon.
- Musikk, sang og høytlesning i fjellhallen inne i fjellet ovenfor Helsefortet
- Besøk ved militærmuseet på området. Dette ga et innblikk i den militære lokalhistorien
- Bruk av Kinosalen

Andre tilbud av kortere varighet var fotokurs, malekurs, ridning, fisketur og diverse håndverkskurs.

I siste del av prosjektperioden ble det avholdt

- matkurs med sushi
- åpent malerom med introduksjon for egenaktivitet
- «gøy i bibliotekstua», dramaøvelser med påfølgende refleksjoner
- formidlingskurs med hovedvekt på foto

Samhandling

Miljøterapeutensamhandlet med fagkoordinatorer og deltok på teammøter og ACT-veiledning. Miljøterapeutene hadde også den daglige kontakten med renholdspersonale og vaktmester, og samhandlet med tilbydere av fritidsaktiviteter, administrasjonen på Helsefortet, og Hysnes mottakspoliklinikk, ved behov.

Kompetanse

Avdelingens miljøansatt var ergoterapeut av yrke, med videreutdanning i veiledning, og kunst- og håndverk. Miljøterapeuten deltok i prosjektperioden på kurs i mindfulness og kurs i intuitiv maleteknikk, i tillegg til månedlig ACT-veiledning for og med de øvrige Hysnes-ansatte fra høsten 2012.

Utvikling og endring

Aktivitetstilbudet og miljøterapeutens rolle gjennomgikk store endringer i prosjektperioden. Til å begynne med var miljøavdelingen i stor grad løsrevet fra det terapeutiske tilbudet som ble gitt av fagkoordinatorerne, og det var lite utveksling i ansattegruppa om deltakernes prosesser gjennom oppholdet. Dette endret seg betydelig da miljøterapeuten ble inkludert i veiledningen i ACT i 2012 og ble innlemmet i teammøtene på begge team.

Ved oppstart i 2010 var tilbudet svært variert fordi en trodde det ville være større behov for aktiviteter på kveldstid enn det som viste seg å være reelt. På bakgrunn av denne erfaringen, ble antall aktiviteter redusert. Det ble lagt vekt på de aktiviteter som ble ansett å ha størst verdi for det samlede utbyttet av oppholdet på Hysnes. I de fleste gruppene ble det for øvrig etablert et virksomt sosialt fellesskap som var av stor betydning ved siden av den organiserte aktiviteten.

6.7 Undervisningstimer

Deltakerne fikk tilbud om undervisning i temaer som de kunne ha nytte av i rehabiliteringsprosessen. I det lange 2+1 ukers oppholdet ble det undervist om:

- Stress og stressmestring
- Søvn
- Mat og kosthold
- Arbeid
- Symptomer
- Treningslære (valgfri)

Mål

Målet med undervisningstimene var at deltakerne skulle få mulighet til å tilegne seg relevant forskningsbasert kunnskap innen viktige tema.

Planlegging og forberedelser

Undervisningstimene var i kontinuerlig utvikling gjennom prosjektperioden, med mål om å presentere oppdatert kunnskap som var relevant og forståelig for deltakerne. De som underviste på Hysnes Helsefort hadde enten formalkompetanse innen området, eller kunnskap ervervet gjennom egeninteresse og kursing.

Omfang og gjennomføring

Varigheten på undervisningstimene var 1-2 timer. Undervisningen foregikk i hovedsak som forelesninger med støtte av power-point. Det ble lagt opp til diskusjoner, refleksjoner og mulighet for å stille spørsmål underveis.

Hysnes' undervisningstimer

I siste periode av driften av tilbød Hysnes Helsefort følgende seks undervisningstimer:

Stress og stressmestring

Deltakerne fikk kunnskap om hva stress er og hvordan det påvirker kroppen. Et viktig poeng var normalisering av reaksjoner knyttet til stress, slik at deltakerne kunne se sine akutte og langvarige reaksjoner i lys av normale kroppslige reaksjoner på langvarige utfordringer. Delen om akutte stressreaksjoner hadde fokus på hvordan kroppen reagerer på akutt stress, og mulige tolkninger av dette. I tillegg tematiserte vi langvarige reaksjoner som følge av stress, både fysisk, psykisk, sosialt og i sammenheng med arbeid. Tanken var at kunnskap om stress og stressmestring skulle gjøre det mulig å forholde seg annerledes til normale reaksjoner som, i noen tilfeller, blir sykeliggjort og oppfattet feil. Avslutningsvis så vi på hvordan stressymptomer kan håndteres, og hvordan deltakerne kunne overføre denne kunnskapen til eget liv både på jobb og i fritiden.

Søvn

I søvntimen skulle deltakerne lære om hva søvn er og hva som kan påvirke den. Informasjonen var basert på nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet. Deltakerne fikk presentert faktorer som påvirker døgnrytmen og hvordan døgnrytmen påvirker kroppen, og vi så på vanlige utfordringer knyttet til søvn. Informasjon om søvnhygiene, søvnfaser, søvnbehov og variasjoner innen disse var en del av timens innhold. Den biopsykososiale modellen ble trukket inn for å gi et mer helhetlig perspektiv på søvnen, som jo påvirkes av tanker, følelser og atferd. Slik kom vi inn på at søvnen i seg selv ikke nødvendigvis var problemet eller løsningen. Normalisering, ufarliggjøring og aksept ble vektlagt og vi pekte på at søvnbehov og vaner preges av individuelle forskjeller

Med arbeid som tema

Denne timen satte arbeid på agendaen og la til rette for at deltakerne fikk komme i gang med en aktiv refleksjon rundt egen vei tilbake til arbeid. Arbeidstimen hadde en form som avvek noe fra de andre undervisningstimene. Her vektla vi utvikling gjennom egne refleksjoner, visualiseringsøvelser og deling av erfaringer i par og i plenum. Timen ga deltakerne mulighet til å reflektere rundt både positive og utfordrende sider ved det å

være i arbeid, og å bli mer bevisste på egen kompetanse. Deltakerne fikk tilbud om individuelle samtaler om den enkeltes arbeidssituasjon i etterkant av timen.

Mat og kosthold

Deltakerne fikk informasjon om og inspirasjon til et helsefremmende kosthold. Undervisningen synliggjorde enkle grep for å fremme et sunt kosthold, og skulle på den måten gjøre deltakerne i stand til å ta hensiktsmessige kostholdsvalg i hverdagen. Hoveddelen av undervisningen baserte seg på Helsedirektoratets kostholdsanbefalinger, og det ble vist praktiske eksempler med ulike matvarer. I tillegg ble deltakerne oppfordret til å komme med spørsmål og diskutere tema som kom opp underveis i timen, eksempelvis hva de selv gjorde eller kunne gjøre for å ta sunnere valg. Deltakerne fikk mot slutten av timen tilbud om å kontakte kostholdsveileder for individuell samtale hvis de ønsket en slik. Kostholdstimen ble en del av timeplanen på Hysnes Helsefort først i 2014.

Symptomer

Gjennom symptomundervisningen skulle deltakerne få bedre innsikt i hvorfor og hvordan symptomer oppstår, og hvordan de påvirkes av atferd, tanker og følelser. Smerte og utmattelse ble viet ekstra oppmerksomhet, da disse ble ansett å være de vanligste symptomene blant deltakere på Hysnes. Det ble undervist i enkel smertefysiologi og symptomer på utmattelse, med bruk av praktiske eksempler. Symptomer ble omtalt som noe som i utgangspunktet er nyttig og positivt, men som blir negativt dersom de får all oppmerksomhet og styrer hvilke valg vi tar i hverdagen. Uheldige atferdsmønstre ble belyst. Det var ønskelig at deltakerne skulle bli bevisste på sine opprettholdende faktorer og se hvordan de kunne endre uheldige atferdsmønstre. Etterhvert ble forelesningen samkjørt med ACT-prosessen som det ble jobbet med i det øvrige behandlingsprogrammet. Dette innebar i hovedsak å peke på hvor lite hensiktsmessig det kan være å ha hovedfokus på å redusere eller bli kvitt symptomene.

Treningslære

Denne timen var valgfri og kunne velges som parallellsesjon. Hensikten med undervisning var å gi deltakerne en grunnleggende teoretisk innføring i, og forståelse av, mulige effekter av ulike treningsformer som kunne bidra til større grad av hensiktsmessige aktivitetsvalg hos deltakerne. Undervisningen tok for seg generelle treningsprinsipper som variasjon, individ, restitusjon, belastning og tilpasning, så vel som fysiologiske effekter av utholdenhets- og styrketrening.

7 Evaluering

På Hysnes ble det gjennom hele prosjektperioden benyttet evalueringsskjema for å få tilbakemelding på klinisk praksis for klinisk bruk. Skjema før 2013 var av en slik karakter at de ikke kan benyttes i en samlet oversikt over gjennomsnittlig score fra evalueringsskjemaet.

Oversikten nedenfor viser hvor fornøyd deltakerne var med de ulike komponentene og funksjonene ved Hysnes Helsefort. Dette må ikke forveksles med forskningen som ble gjennomført i prosjektet.

Påstand	2013	2014	2015	2016
Hysnes mottakspoliklinikk				
Jeg er fornøyd med kontakten med poliklinikken i forkant av oppholdet	-	-	5,4	5,5
Jeg fikk nødvendig informasjon fra poliklinikken	-	-	5,1	5,3
Erfaringen fra poliklinikken var nyttig som start på rehabiliteringsoppholdet	-	-	5	5,1
Acceptance and commitment therapy (ACT)				
Jeg er fornøyd med gruppesesjoner	5,4	5	5,5	5,5
Jeg er fornøyd med individuelle samtaler	5,6	5,2	5,5	5,7
Jeg er fornøyd med plan for veien videre	5,4	5,4	4,7	5,2
Jeg er fornøyd med intro til mindfulness	5,3	5,2	5,3	5,4
Jeg er fornøyd med mindfulness morgen	4,8	4,9	5,2	5,1
Trening				
Jeg er fornøyd med trening i sin helhet	5,6	5,4	5,6	5,4
Jeg er fornøyd med oppfølging av treningskontakt	5,4	5,4	5,3	5,3
Jeg er fornøyd med plan for fysisk aktivitet etter rehabilitering	5,7	5,5	5,6	5,6
Kosthold				
Jeg er fornøyd med maten	4,1	4,6	5,3	5,2
Arbeidsplassbesøk				
Jeg opplevde hjemmeuka som nyttig - med APB	-	-	5,3	4,7
Jeg opplevde hjemmeuka som nyttig - uten APB	-	-	4,7	4,8
Legetime				
Jeg er fornøyd med legetimen/kontakt med legen	5,1	5,2	5	4,7
Miljø				
Jeg følte meg godt ivaretatt av miljøpersonalet under oppholdet	5,8	5,7	5,8	5,6
Undervisningstimer				
Jeg er fornøyd med arbeidstimen	-	-	4,5	4,8
Jeg er fornøyd med stress og stressmestringsforelesning	5,2	5,1	5,3	5,5

Jeg er fornøyd med søvnforelesning	5,1	4,8	5	4,8
Jeg er fornøyd med kostholdsforelesning	-	-	5,3	5
Jeg er fornøyd med symptomforelesning	5,2	5,5	5,4	5,2

8. Implementering av Hysnes-metoden

Langt rehabiliteringsopplegg (3,5 uker) på Hysnes Helsefort viste seg effektivt på reduksjon i sykefravær og på tilbakeføring til arbeid. Forskningen er som er gjennomført på Hysnes er av høy kvalitet, noe som frem til nå har vært mangelvare innen fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering. Dette kan gjøre det interessant for flere aktører å benytte seg av hele eller deler av metoden som har vært anvendt på Hysnes Helsefort. Følgende er en kortfattet drøfting rundt hvilke faktorer det kan være hensiktsmessig å være oppmerksom på ved en slik implementering.

Implementeringsteorier viser til faktorer som er hensiktsmessige for å skape en vellykket implementering, ut over det å ha kunnskap og ferdigheter innen metoden og i de ulike komponentene. Denne metoderapporten vil ikke belyse dette i detalj, men heller påpeke at det finnes implementeringsprogrammer som gjennom forskning har vist seg formålstjenlige. For mer informasjon vedrørende implementering, se gjerne <http://nirn.fpg.unc.edu/>.

Hysnes-metoden har blitt utviklet, gjennomført og videreutviklet i nært samspill med forskning og forskningsmiljøene knyttet til arbeidsrettet rehabilitering. Selv om det i en annen kontekst vil være vanskelig å gjennomføre forskning i en slik skala og med en slik kvalitet som en har gjort på Hysnes, oppfattes forskning som en viktig premiss for kvalitetssikring og utvikling. Slik sett virker det vanskelig å implementere Hysnes-metoden uten at forskning er en del av metodikken. Ved en implementering av metoden anbefales det å tilknytte seg et forskningsmiljø med kompetanse innenfor arbeidsrettet rehabilitering for å bidra til evaluering og videreutvikling av metoden.

Avslutningsvis tilsier erfaringene fra Hysnes Helsefort at en oppbygging og implementering av en slik metodikk er noe som tar tid og krever mye arbeid. På Hysnes ble det arbeidet målrettet over flere år før metodikken kunne sies å gjennomføres i tråd med intensjonen. Det var et bevist fokus på sammensetningen av ansattgruppen fra første dag. Å arbeide for å fremme et positivt og robust arbeidsmiljø sammen med felles og individuell kompetansebygging, ble prioritert høyt under hele prosjektet. Faglig veiledning i gruppe og individuelt oppfattes å ha hatt positive effekter på både arbeidsmiljø og den faglige utviklingen.

Bidragssystemer

Rapporten er i sin helhet utarbeidet av ansatte i Hysnes-prosjektet.

Rapporten er redigert og gjennomarbeidet av Vidar Johansen og Marius Steiro Fimland

Referanser

ACT og Mindfulness

American Psychological Association, Society of Clinical Psychology (Div. 12). (udatert). *Research Supported Psychological Treatments*, hentet 12. August 2016 fra <http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/>

Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(1), 30-36.

Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy—Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, *190*, 551-565

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 1-25.

Hayes, S.C, Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York, NY: The Guilford Press.

Hooper, N., & Larsson, A. (2015). *The Research Journey of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*. London: Palgrave Macmillan.

Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. G. M. (2015). Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs. *PLOS ONE*, *10*(4), e0124344.

Moffitt, R. & Mohr, P. (2015.). The efficacy of a self-managed Acceptance and Commitment Therapy intervention DVD for physical activity initiation. *British Journal of Health Psychology*, 20, 115–129.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.

Fysisk aktivitet og trening

Bahr, R. (Red.). (2009). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Fimland M.S., Woodhouse A., Vasseljen O., Gismervik S., Jacobsen H.B. & Johnsen R. (2013). *Kan fysisk aktivitet redusere sykefravær og uføretrygding? Fysioterapeuten*, 7.

Fimland M.S., Vie G., Johnsen R., Nilsen T.I., Krokstad S. & Bjorngaard J.H. (2015). *Leisure-time physical activity and disability pension: 9 years follow-up of the HUNT Study, Norway. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 25, e558-65.

Hayden J.A., Van Tulder M.W. & Tomlinson G. (2005). *Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. Annals of Internal Medicine*, 142, 776-85.

Kangasniemi A.M., Lappalainen R., Kankaanpaa A., Tolvanen A. & Tammelin T. (2015). *Towards a physically more active lifestyle based on one's own values: the results of a randomized controlled trial among physically inactive adults. BMC Public Health*, 15, 260.

Oesch P., Kool J., Hagen K.B. & Bachmann S. (2010). *Effectiveness of exercise on work disability in patients with non-acute non-specific low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 193-205.

Rolving N., Christiansen D.H., Andersen L.L., Skotte J., Ylinen J., Jensen O.K., . . . Jensen C. (2014). *Effect of strength training in addition to general exercise in the rehabilitation of patients with non-specific neck pain. A randomized clinical trial. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 50, 617-26.

Mat og kosthold

Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*, Hentet 11.08.2016, fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernæring-og-fysisk-aktivitet>

Miljøavdelingen

Cuypers K., Krokstad S., Holmen T.L., Knudtsen M.S., Bygren L.O. & Holmen J. (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 698e703. doi:10.1136/jech.2010.113571

Forskning ved Hysnes Helsefort

Del 1: Randomisert studie med helseøkonomisk og kvalitativ
følgeforskning

Del 2: Studier om karakteristika av og rehabiliteringsprogram for
langtidssykemeldte med sammensatte symptomidelser

10. mars 2017

Forfattet av forskere ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU



Prosjektledernes forord

I Hysnes-prosjektet ble 10 prosent av prosjektrammen satt av til forskning. Oppdraget om forskningsevaluering av Hysnes Helsefort var i liten grad spesifisert med hensyn til innholdet. Forskningen som skulle undersøke effekten av rehabiliteringsprogrammene ved Hysnes Helsefort, ble lagt til Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM), mens det som i utgangspunktet ble betegnet som følgeforskning hovedsakelig ble lagt til Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk (ISB), begge under Fakultet for medisin og helsevitenskap - NTNU. I det følgende vil forskningen fra de to instituttene bli rapportert hver for seg.

I *del 1* av rapporten, forfattet av forskere ved ISM, presenteres resultatene fra en randomisert studie med helseøkonomisk og kvalitativ følgeforskning. For å svare på spørsmålet om de ulike rehabiliteringsprogrammene ved Hysnes Helsefort kunne redusere sykefravær og hjelpe sykmeldte raskere tilbake i arbeid, var det nødvendig å gjennomføre randomiserte, kontrollerte forsøk. Et slikt design eliminerer alle kjente og ukjente faktorer som kunne påvirke prosessen med å komme tilbake i jobb, utenom effekten av rehabiliteringen på Hysnes Helsefort.

I *del 2* av rapporten, forfattet av forskerne knyttet opp mot ISB, presenteres resultatene av tolv studier som enten er publisert i eller sendt til internasjonale, vitenskapelige tidsskrifter. Målet for denne forskningen har vært å få mer kunnskap om fem forskjellige forhold som henger sammen, men som presenteres hver for seg. Forskningen tok utgangspunkt i at vi har visst lite om de sammensatte årsakene til langtidssykemeldinger (I) og om et diagnoseuavhengig arbeidsrettet rehabiliteringsprogram er gjennomførbart (II). Videre tok den utgangspunkt i at vi hos langtidssykemeldte som er under arbeidsrettet rehabilitering, vet for lite om kronisk utmattelse (III), konsentrasjons- og hukommelsesproblemer (IV) og genetiske disposisjoner (V).

Marius Steiro Fimland
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
Fakultet for medisin og helsevitenskap
NTNU

Petter C. Borchgrevink
Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk
Fakultet for medisin og helsevitenskap
NTNU

Forskning ved Hysnes Helsefort

Del 1: Randomisert studie med helseøkonomisk og kvalitativ
følgeforskning

Marius Steiro Fimland, Marit By Rise, Lene Aasdahl, Sigmund Gismervik,
Vidar Halsteinli, Roar Johnsen

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie,
Fakultet for medisin og helsevitenskap



Innhold i Del 1 av forskningsrapporten

1. Forskningsgruppen ved NTNU - Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM)	6
2. Sammendrag	7
3. Innledning.....	8
4. Metode	10
4.1. Forskningsprosjekt 1: Effekt av Hysnes Helsefort	10
4.1.1. Design	10
4.1.2. Studiepopulasjon.....	10
4.1.3. Rekruttering av deltakere.....	11
4.1.4. Rehabiliteringsprogrammene.....	11
4.1.5. Endepunkt	11
4.1.6. Helseøkonomi.....	12
4.1.7. Kvalitative studier.....	13
4.1.8. Datainnsamling.....	13
4.1.9. Gruppestørrelse.....	13
4.1.10. Randomisering.....	14
4.1.11. Etske betraktninger	14
4.1.12. Statistiske analyser	14
4.1.13. Kvalitative analyser.....	15
4.2. Forskningsprosjekt 2: Effekt av arbeidsplassintervensjon	15
4.2.1. Design	15
4.2.2. Studiepopulasjon.....	16
4.2.3. Rekruttering av deltakere.....	16
4.2.4. Rehabiliteringsprogrammene.....	16
4.2.5. Endepunkt	17
4.2.6. Kvalitative studier.....	17
4.2.7. Gruppestørrelse.....	17
4.2.8. Randomisering.....	17
4.2.9. Etske betraktninger	18
4.2.10. Statistiske analyser	18
4.2.11. Kvalitative data-analyser	18
5. Resultat.....	19
5.1. Kort studie	19
5.1.1. Deltakerkarakteristika ved inklusjon.....	19

5.1.2.	Sykefravær.....	20
5.1.3.	Helserelaterte endepunkt	22
5.1.4.	Kostnader	22
5.1.5.	Kvalitative resultater	22
5.2.	Lang studie	23
5.2.1.	Deltakerkarakteristika	23
5.2.2.	Deltakerkarakteristika på inklusjonstidspunktet.....	24
5.2.3.	Sykefravær.....	25
5.2.4.	Helserelaterte endepunkt	27
5.2.5.	Kostnader	27
5.2.6.	Kvalitative resultater	27
5.3.	Forskningsprosjekt 2: Foreløpige kvalitative resultater	28
6.	Diskusjon	29
6.1.	Styrker og begrensninger	30
7.	Konklusjoner.....	32
7.1.	Veien videre.....	32
8.	Finansiering	33
9.	Referanser	34

1. Forskningsgruppen ved NTNU - Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM)

Forskerne som har jobbet med forskningsevalueringene på vegne av NTNU – Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie har hovedsakelig hatt tilknytning til forskningsgruppen Sosial-epidemiologi, Arbeid og Helse.

Følgende personer har forfattet denne rapporten:

- Marius Steiro Fimland, forsker (prosjektleder)
- Roar Johnsen, professor emeritus (tidligere prosjektleder)
- Marit By Rise, professor
- Lene Aasdahl, stipendiat/overlege
- Sigmund Gismervik, stipendiat/overlege
- Vidar Halsteinli, førsteamanuensis II/forsker

I tillegg har følgende personer tilknyttet ISM vært sentrale bidragsytere i forskningen i Hysnes-prosjektet som rapporten baserer seg på:

- Ottar Vasseljen, professor
- Kristine Pape, post-doktor/lege
- Chris Jensen, førsteamanuensis II
- Nina Elisabeth Klevanger, stipendiat
- Martin Skagseth, stipendiat
- Egil Fors, professor/overlege
- Guri Helmersen, prosjektmedarbeider
- Karen Walseth Hara, stipendiat/overlege
- Henrik Børsting Jacobsen, post-doktor

Følgende samarbeidspartnere må også nevnes:

- St. Olavs Hospital
 - Hysnes Helsefort
 - Avdeling for smerte og sammensatte lidelser
 - Nasjonal kompetansetjeneste for sammensatte lidelser
 - Klinik for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Universitetet i Tromsø v/ Nils Fleten
- Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering/AiR-Rauland
- DEFACTUM/Institutt for Folkesundhed, Aarhus Universitet v/ Claus Vinther Nielsen
- NAV Forvaltning v/ Tryggve Skylstad
- NAV Statistikk v/ Ola Thune
- NAV Arbeidslivssenter Sør-Trøndelag

2. Sammendrag

For mange personer forlater arbeidslivet for tidlig på grunn av helseplager, og for få personer med helseplager er i stand til å forbli i arbeid. Mange ulike rehabiliteringstiltak har blitt etablert i Norge og i andre vestlige land for å øke retur til arbeid og hindre varig utfall fra arbeidslivet. Vi har imidlertid lite kunnskap om effektene av slike rehabiliteringstiltak. I dette prosjektet har vi gjennomført to randomiserte, kontrollerte studier for å evaluere et kort (4+4 dager) og et langt (3 ½ uker) arbeidsrettet rehabiliteringsprogram på Hysnes Helsefort sammenlignet med et ukentlig poliklinisk tilbud (6 uker). Alle som deltok i studiene var sykemeldt på grunn av muskel- og skjelettsmerter, lettere psykiske lidelser eller uspesifikke lidelser. De to døgnbaserte programmene omfattet Acceptance and Commitment Therapy (ACT), fysisk trening og i ulik grad involvering av arbeidsgiver, NAV, fastlege og familie. Det polikliniske programmet besto hovedsakelig av ACT.

Målene med de kvantitative studiene var å undersøke effekten av rehabiliteringsprogrammene primært på sykefravær, og sekundært på livskvalitet, psykisk og somatisk helse, samt helseøkonomiske aspekter. Kvalitative studier undersøkte forventninger, erfaringer og hvorvidt programmene ble gitt som planlagt, og identifiserte forhold/faktorer som virket fremmende eller hemmende på tilbakeføring til arbeid.

Disse randomiserte studiene viste at sykmeldte med muskelskjelett-, psykiske eller uspesifikke lidelser hadde betraktelig mindre sykefravær i året etter et langt, men ikke et kort rehabiliteringsprogram på Hysnes Helsefort, sammenlignet med et poliklinisk ACT-program. De fleste deltakerne hadde vært sykmeldt i mer enn 200 dager ved oppstart. De døgnbaserte programmene hadde betydelig høyere kostnad enn det polikliniske programmet. Det var ingen vesentlige forskjeller mellom programmene på somatisk eller psykisk helse.

De kvalitative studiene viste at deltakerne hadde forstått og tilegnet seg mye av hovedintensjonen i ACT. Det var tydelig at mange av deltakerne hadde opplevd verdifulle endringsprosesser. Deltakere sa de hadde en økt bevissthet omkring egen helse- og arbeidssituasjon og at de hadde tilegnet seg flere teknikker for å mestre helseplagene sine. I tillegg beskrev deltakere det som gunstig å delta i grupper sammensatt av personer med ulike diagnoser. Å ha en egen rehabiliteringsterapeut gjennom hele programmet ble også omtalt som viktig og positivt.

Vi anbefaler ikke at det korte programmet implementeres i ordinær rehabilitering. Hvorvidt det lange programmet bør implementeres i ordinær rehabilitering vil være en helsepolitisk avveining av effekten på den økte arbeidsdeltakelsen for de sykmeldte og deres familier, bedriftene og samfunnet mot tilleggskostnadene et slikt tilbud innebærer. Det vil være viktig med ytterligere oppfølging for å undersøke varigheten av effekten av det lange programmet og vi har i første omgang planlagt enda et års oppfølging i sykefraværregister. En pågående studie undersøker om en variant av det lange programmet på Hysnes Helsefort kan ha ytterligere effekt når et strukturert arbeidsplassmøte legges til.

3. Innledning

For mange personer forlater arbeidslivet for tidlig på grunn av helseplager, og for få personer med helseplager er i stand til å forbli i arbeid[1]. Dette medfører store konsekvenser for den sykmeldte og deres familier, virksomhetene de arbeider for og samfunnet[1]. I Norge brukes 5 % av BNP på helserelaterte ytelser[1]. Det har gjennom mange år vært en målsetting å redusere. Mange tiltak har blitt forsøkt, men kunnskapen om effekten av arbeidsrettede rehabiliteringsopplegg er generelt lav[2].

De fleste arbeidsrettede rehabiliteringsprogram beskrevet i den vitenskapelige litteraturen, er laget for spesifikke diagnosegrupper. Flere studier har undersøkt rehabiliteringsopplegg for å øke arbeidsdeltakelsen [3-6], særlig for personer med korsryggsmerter, men også for vanlige psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Denne diagnosespesifikke tenkningen står imidlertid i motsetning til den økende dokumentasjonen på at det er overlapp mellom muskel- og skjelettlidelser og mentale helseplager[7, 8]. Nyere rehabiliteringsprogram utformet for sykmeldte med korsryggsmerter har hatt nytteeffekt også for personer med vanlige psykiske plager [9].

På arbeidsrettede rehabiliteringssenter i Norge har det vært vanlig å inkludere pasienter med ulike helseplager i det samme rehabiliteringsprogrammet[10]. Imidlertid kjenner vi ikke til randomiserte, kontrollerte studier som har evaluert rehabiliteringsprogram der pasienter sykmeldt for somatiske eller psykiske lidelser deltar i det samme programmet, så det eksisterte ikke kunnskap om *effektene* av slike tilbud. Vanligvis har senterbaserte rehabiliteringsopplegg hatt en varighet på ca. fire uker, og pasientene bor på senteret i denne perioden. En slik varighet er imidlertid basert på erfaring og bekvemmelighet, ikke på forskningsbasert kunnskap. Hovedbestanddelene i slike tilbud har dessuten i stor grad vært fysisk aktivitet/trening og mestring av helseplager, og lite involvering av arbeidsplassen[11]. Internasjonale studier viser imidlertid at særlig strukturerte møter mellom ansatt, arbeidsgiver og en rehabiliteringskoordinator/terapeut har betydning for tilbakeføring til arbeid[12, 13]

De senterbaserte, arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammene som har blitt evaluert ved Hysnes Helsefort, har inkludert pasienter sykmeldt for muskelskjelettplager, lettere psykiske lidelser og uspesifikke lidelser i samme rehabiliteringsgrupper. Hovedbestanddelene i programmene har vært Acceptance and Commitment Therapy (ACT) – en nyere form for kognitiv atferdsterapi, fysisk trening og å lage en plan for bærekraftig retur til arbeid.

Målene med de kvantitative studiene var å undersøke effekten av rehabiliteringsprogrammene primært på sykefravær, og sekundært på livskvalitet, psykisk og somatisk helse, samt helseøkonomiske aspekter, og i hvilken grad det var rimelig samsvar mellom effekt og kostnader. Kvalitative studier undersøkte forventninger, erfaringer og hvorvidt programmene ble gjennomført som planlagt.

For å evaluere effektene av rehabilitering på Hysnes Helsefort versus et poliklinisk tilbud designet vi to ulike randomiserte kontrollerte studier med sammenligning av:

1. 4+4 dagers rehabilitering på Hysnes Helsefort, som inkluderte arbeidsplassbesøk når ønskelig vs. poliklinisk ACT
2. 3 ½ ukers rehabilitering på Hysnes Helsefort vs. poliklinisk ACT

Det er publisert en protokollartikkel med en detaljert beskrivelse av studiene [14]. Hovedresultatene fra disse studiene foreligger og presenteres nedenfor.

Da ovennevnte studier var gjennomført, vedtok styringsgruppen i Hysnes-prosjektet, etter søknad fra ISM, å sette i gang en ny randomisert studie på Hysnes Helsefort. To grupper deltok på samme kliniske rehabiliteringsprogram, men deltakerne ble randomisert til enten: 1)

rehabiliteringsprogrammet eller 2) rehabilitering med arbeidsplassintervensjon i tillegg. Status for denne studien er at rekrutteringen og rehabiliteringen av deltakerne er fullført, men at datainnsamlingen ikke er ferdig. Effekteresultatene fra denne studien kan dermed ikke presenteres i denne rapporten.

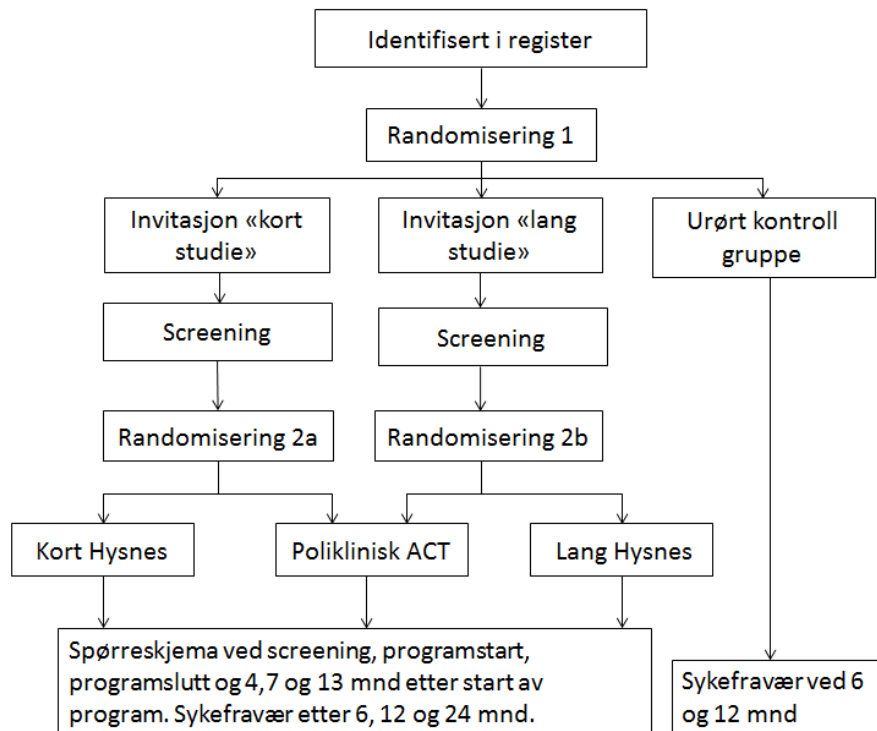
Mens en randomisert kontrollert studie kan undersøke effekten av et rehabiliteringsprogram, kan kvalitative studier gi en mer sammensatt forståelse av de sykemeldtes og helsepersonells erfaringer og hvordan tjenestene fungerer. Kvalitative metoder kan utdype tolkningen av kvantitative resultater og av forskningsprosessen som ligger bak. Det er viktig å bruke kvalitative metoder når man skal undersøke komplekse intervensjoner, slik som rehabiliteringsprogram for sykemeldte [15-17].

4. Metode

4.1. Forskningsprosjekt 1: Effekt av Hysnes Helsefort

4.1.1. Design

Vi gjennomførte en randomisert kontrollert studie med parallelle grupper, hvor vi sammenlignet effekten av et kort og et langt døgnbasert multidisiplinært, arbeidsrettet rehabiliteringsprogram med et poliklinisk ACT program (figur 1). Studien inneholdt også helseøkonomiske og kvalitative studier.



Figur 1. Studiedesign

4.1.2. Studiepopulasjon

Aktuelle deltakere var personer mellom 18 og 60 år boende i Trøndelag som hadde vært sykemeldt mellom 8 uker og 12 måneder med en aktuell sykmeldingsgrad på minst 50 %. Aktuelle sykmeldingsdiagnoser var diagnoser innen kapitlene allment og uspesifisert (A), muskel og skjelettsystemet (L) og psykisk (P) i ICPC-2 (International Classification of Primary Care, 2 utgave). Eksklusjonskriterier var: 1) alkohol- eller narkotikamisbruk, 2) alvorlig somatisk lidelse (f.eks. kreft, ustabil hjertesykdom) eller psykisk lidelse (f.eks. selvmordsforsøk, psykose, pågående manisk episode), 3) spesifikk lidelse som krevde spesifikk behandling, 4) graviditet, 5) pågående deltakelse i et annet behandlingsprogram, 6) for dårlige norskkunnskaper til å delta i gruppesesjoner og svare på spørreskjema, 7) planlagt kirurgi nærmeste seks måneder og 8) alvorlige problemer med å fungere i gruppe.

4.1.3. Rekruttering av deltakere

NAV leverte månedlige lister over personer som oppfylte inklusjonskriteriene. En prosjektmedarbeider kontrollerte inklusjonskriteriene, utførte første randomisering (se figur 1) og sendte ut invitasjoner til potensielle deltakere. Disse ble bedt om å fylle ut et tosidig spørreskjema og et samtykkeskjema for å indikere om de ønsket å delta eller ikke i studien, eller om de ønsket mer informasjon. Ved positivt svar ble spørreskjemaet kontrollert i forhold til inklusjonskriteriene. Hvis disse var oppfylt, ble deltakeren innkalt til Hysnes mottakspoliklinikk ved Smertesenteret, St. Olavs Hospital, hvor det ble utført en tverrfaglig vurdering av lege, fysioterapeut og psykolog som i fellesskap konkluderte om vedkommende skulle inkluderes i studien.

Deltakerne i de kvalitative studiene ble gitt skriftlig og muntlig informasjon og meldte deretter selv sin interesse for å delta. Alle deltakere i observasjon eller intervju undertegnet et særskilt skriftlig samtykke.

4.1.4. Rehabiliteringsprogrammene

De to rehabiliteringsprogrammene på Hysnes Helsefort og poliklinisk ACT ved Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, St. Olavs Hospital, ble utviklet i samarbeid mellom klinikere og forskere. Det ble gitt opplæring i forkant og veiledning underveis.

Kort og langt program på Hysnes Helsefort

Det lange (3 ½ uker) og korte (4+4 dager, med 2 hjemmeuker mellom) programmet inneholdt både individuelle og gruppebaserte timer og var organisert som seks- til sjutimers «arbeidsdager». To-tre rehabiliteringsterapeuter hadde ansvaret for grupper på inntil åtte deltakere. Hovedelementene i rehabiliteringen var ACT, fysisk trening og å lage en plan for bærekraftig retur til arbeid. Rehabiliteringsterapeutene hadde ulik bakgrunn (fysioterapi, psykologi, treningsfysiologi, sykepleie eller annet).

Det korte og det lange programmet skilte seg fra hverandre ikke bare i varighet og mengde, men på enkelte punkter også i innhold. I det lange programmet ble det arrangert en «nettverksdag». Denne dagen kunne deltakeren ta med seg en eller flere personer (vanligvis familie eller nære venner) slik at disse skulle få innsikt i rehabiliteringsprogrammet og dermed kunne understøtte den videre prosessen etter oppholdet. I det korte programmet ble det arrangert et arbeidsplassbesøk, hvis relevant og deltakeren aksepterte dette. Hensikten med arbeidsplassbesøket var å identifisere hindringer og løsninger for retur til arbeid. Hvis deltakeren ikke hadde en arbeidsgiver, kunne det arrangeres møte med NAV.

Poliklinisk ACT-program

Det komparative polikliniske ACT tilbudet ble gitt ved Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, St. Olavs Hospital. Det var inntil ni personer i hver gruppe. En gruppesesjon i uka (2 1/2 timer) i seks uker ble ledet av én av to leger (spesialister i fysikalsk medisin) eller en psykolog. I tillegg ga en sosionom to individuelle samtaler, og deltakere deltok i en gruppediskusjon om fysisk aktivitet. Programmet ble avsluttet med en samtale mellom deltakeren, ACT-gruppelederen og sosionomen.

4.1.5. Endepunkt

Primære endepunkt

Det primære endepunktet var antall sykefraværsdager. Registerdata fra NAV ble benyttet for å sammenligne antall sykefraværsdager i løpet av 6 og 12 måneder etter inklusjon i studien (andre randomisering).

Data besto av månedlige registreringer av medisinske ytelser i form av sykemeldinger, sykepengeutbetalinger, arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd. Ved å kombinere informasjon om de ulike ytelsene beregnet vi antall dager på medisinske ytelser hver måned i oppfølgingsperioden. Perioder med gradert sykmelding ble omregnet til hele arbeidsdager. Dager med sykemelding og AAP ble justert i forhold til stillingsandel. Denne var basert på informasjon fra det første spørreskjemaet og informasjon fra Arbeidsgiverregisteret til NAV. For deltakere som mottok gradert uføretrygd ved inklusjon i studien, ble dette definert som deres utgangspunkt og dager med ytelse ble redusert i henhold til uføregraden. En økning i uføregrad etter inklusjon ble regnet som sykefravær. Sykefraværsdager rapporteres i forhold til en femdagers arbeidsuke.

Sekundære endepunkt

Andre registerbaserte endepunkt var tid til bærekraftig retur til arbeid definert som en måned uten tilbakefall, det vil si en måned uten medisinske ytelser. Helsetjenesteforbruk måles med registerdata fra HELFO - Helseøkonomiforvaltningen, KUHR - Kontroll og utbetaling av helserefusjoner, og NPR - Norsk pasientregister.

Selvrapportert informasjon om helse og funksjon ble målt med internettbaserte spørreskjema. Disse ble fylt ut før den polikliniske screeningen, ved programstart, programslutt og ved 3, 6 og 12 måneders oppfølging. Deltakerne mottok en SMS når de skulle svare på et nytt spørreskjema, ved manglende svar fikk de påminnelser. Hvis de ikke hadde svart etter to påminnelser, kontaktet en prosjektmedarbeider dem via telefon for en siste påminnelse. De mest sentrale spørreskjemaene er beskrevet nedenfor.

Symptomer på angst og depresjon ble målt med The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [18]. Det består av 14 spørsmål, hvor 7 måler angst og 7 måler depresjonssymptomer. Det måles på en 4-punkt Likert skala i forhold til intensitet av symptomer den siste uka. Maksimal poengsum er 21 på hver delskala.

Helserelatert livskvalitet ble målt med 15D [19]. Det består av 15 dimensjoner som måler ulike aspekt av helserelatert livskvalitet og gir en total poengsum mellom 1 (ingen problem) til 0 (død).

Subjektive helseplager ble målt med The Subjective Health Complaints Inventory (SHC) [20]. Instrumentet registrerer plager i fem subskalaer: muskel- og skjelett smerte, pseudoneurologi, gastrointestinale problemer, allergi og influensa. Det består av 29 spørsmål om opplevde plager den siste måneden og disse skåres på en 4-punkt Likert skala fra 0 «ikke i det hele tatt» til 3 «alvorlig». Det kan rapporteres en skår for hver subskala eller en totalskår (0-87) [20].

Smerteintensitet ble målt med to spørsmål fra the Brief Pain Inventory (BPI) [21]. Deltakerne ble bedt om å angi sterkeste smerte og gjennomsnittlig smerte siste uke på en skala fra 0 (ingen smerte) til 10 (verst tenkelige).

4.1.6. Helseøkonomi

Formålet med den helseøkonomiske vurderingen var for det første å beregne behandlingstkostnadene, dernest å beregne kostnader knyttet til bruk av andre helsetjenester, for så å undersøke sammenhengen mellom kostnader og effekt. Behandlingskostnad per deltager ble beregnet for henholdsvis kort og langt program på Hysnes Helsefort, samt for poliklinisk ACT-program. Registerbasert informasjon om bruk av sykehus og kommunale helsetjenester ga grunnlag for å beregne helsetjenestekostnader. Merkostnader ved Hysnes-programmene ble sammenlignet

med endring i antall sykefraværsdager (primært endepunkt) og med endring i livskvalitet (15D) eller andre sekundære endepunkter. Et samfunnsperspektiv ble lagt til grunn og vi undersøkte om merkostnader ble oppveid av besparelser i form av redusert sykefravær (cost-benefit), samt om merkostnader sto i rimelig samsvar med endring i livskvalitet eller andre sykdomsspesifikke effektmål (cost-effectiveness).

For Hysnes-programmene ble behandlingskostnader beregnet ved bruk av en top-down tilnærming. Budsjetterte årskostnader ble fordelt på de ulike programmene med andel deltagerdager som fordelingsnøkkel og dernest beregnet per deltager ut fra en planlagt behandlingsskapasitet for året. Behandlingskostnadene omfattet lønn til fagpersonell og administrasjon, driftskostnader inkludert husleie, vare- og tjenestekostnader, samt hotellkostnader knyttet til overnatting for deltagerne. Utredningspoliklinikkene samt avskrivninger ble holdt utenfor kostnadsgrunnlaget. De samme kostnadselementene på årsbasis ble kartlagt for det polikliniske ACT-tilbudet og deretter delt på planlagt antall deltagere. Kostnad per dag som sykemeldt ble satt ut fra Statistisk Sentralbyrås statistikk over gjennomsnittlig månedslønn for aldersgruppen 45-49 år i 2013.

4.1.7. Kvalitative studier

Kvalitative metoder ble benyttet for å bidra til en mer sammensatt og kompleks forståelse av deltakeres og ansattes erfaringer og opplevelser. Vi ønsket å se nærmere på aktørens erfaringer og opplevelser og gjennomføringen av de ulike delene av programmene. Studiene skulle også bidra til evalueringen av gjennomføringen av programmene og i fortolkning av de kvantitative dataene.

4.1.8. Datainnsamling

Sykefraværdata er basert på registerdata fra NAV inntil tre år etter deltakelse i studien. Selvrapporterte data ble samlet inn ved hjelp av elektroniske spørreskjema besvart på internett (www.checkware.com) før poliklinisk screening, ved programstart, programslutt, og 3, 6 og 12 måneders oppfølging. Oversikt over helsetjenesteforbruk ble søkt uthentet fra HELFO og NPR.

Kvalitative data ble samlet inn gjennom intervju gjort med individ og grupper, med sykemeldte, ansatte og forskere i prosjektet. Intervju med deltakere ble gjennomført både i starten, ved slutten og opptil ett år etter at de hadde deltatt i rehabiliteringsprogrammet. Det ble lagt vekt på å hente inn synspunktene til alle aktørene i rehabiliteringsprogrammene og i studien. I tillegg ble det gjennomført deltagende observasjon (en forsker deltok i et behandlingsforløp på lik linje med andre deltakere) både på det korte og det lange oppholdet på Hysnes Helsefort.

4.1.9. Gruppestørrelse

Målet var å inkludere 80 personer i hver arm, basert på tre ulike tilnærminger som ble brukt for å beregne gruppestørrelse:

1. Sammenligning av antall sykefraværsdager ved 6 måneders oppfølging ($p=0,05$, styrke 90%): gjennomsnittlig sykefravær på 60 dager (SD 40) for intervensjonsgruppen og 90 (SD 60) for kontrollgruppen ville kreve 61 personer i hver gruppe
2. Sammenligning av tid til bærekraftig tilbakeføring til arbeid med Kaplan Meier overlevelsesanalyse med log rank test med en hasard-ratio på 0,6 (alpha 0,05, beta 0,20) ville kreve 63 deltakere i hver gruppe.
3. Sammenligning av andel arbeidere etter 12 måneder med samme statistiske antakelser som punkt 1; 60 % vs. 40 % retur til arbeid ville kreve 68 personer i hver gruppe.

4.1.10. Randomisering

Deltakerne ble randomisert to ganger. Først ble potensielle deltakere identifisert i NAVs registre randomisert til å motta en invitasjon til studiene som evaluerte det korte eller det lange programmet, eller til den urørte kontrollgruppen. Etter den polikliniske undersøkelsen ble inkluderbare personer randomisert til Hysnes Helsefort eller poliklinisk ACT (se figur 1). I den andre randomiseringen ble det gjort en fleksibel vektet randomisering for å sikre at rehabiliteringssenteret hadde nok deltakere til å opprettholde drift i perioder med lav rekruttering. Den første randomiseringen ble utført av en prosjektmedarbeider, den andre av Enhet for anvendt klinisk forskning (tredjepart) ved NTNU.

4.1.11. Etske betraktninger

Studien ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge (No.:2012/1241) og studien er registrert i clinicaltrials.gov (No.:NCT01926574). Alle deltakere som ble inkludert i studien fikk tilbud om å delta i et program i regi av spesialisthelsetjenesten ved St. Olavs Hospital. De som ikke skulle kontaktes (urørtgruppen) ville få vanlig behandling.

4.1.12. Statistiske analyser

Sykefravær

Antall sykefraværsdager i løpet av 6 og 12 måneders oppfølgingstid ble analysert med Mann-Whitney U test (Wilcoxon rank sum). For tid til bærekraftig tilbakeføring til arbeid ble det estimert Kaplan-Meier kurver, disse ble sammenlignet med log rank test. Hasard-ratioer for tilbakeføring til arbeid ble estimert ved Cox proporsjonal-hazard regresjonsmodell. Analysene ble både utført ujustert og justert for alder, kjønn, utdanningsnivå, sykmeldingsdiagnose og sykmeldingslengde ved inklusjon. Antakelsen om proporsjonal hazard ble undersøkt med Schoenfeld residual-test. Sykemeldingslengde ved inklusjon oppfylte ikke proporsjonalitetsantakelsen og ble inkludert med interaksjon med tid.

I overgangen fra sykepengen til AAP var det i enkelte tilfeller noen måneder uten registrering av medisinske ytelser før det kom en større AAP-utbetaling (over 100 %). Ved opptil to måneder uten ytelse i denne overgangen ble det antatt at deltakeren fortsatt mottok ytelser, da det ble vurdert som usannsynlig at vedkommende var tilbake i jobb i denne perioden.

Det ble utført følgende sensitivitetsanalyser: 1) bærekraftig tilbakeføring til arbeid ble definert som to måneder (i stedet for én) uten medisinsk ytelse, 2) tid ble behandlet som en diskret variabel i stedet for kontinuerlig. Siden det var betydelig veksling mellom å være på og av ytelse ble det gjort en post hoc-analyse med repeterte målinger hvor man tillot deltakerne å veksle fra måned til måned i oppfølgingstiden om de var på ytelse eller ikke ved bruk av general estimating equations (GEE). Per protokoll-analyser ble utført ved å ekskludere deltakere som trakk seg etter randomisering, eller deltok på mindre enn 60 % av samlingene i det polikliniske programmet.

Analysene er fullført for evalueringen av det korte programmet, mens det for det lange programmet gjenstår noen av de mer detaljerte analysene. Dette påvirker ikke konklusjonene i rapporten.

Helserelaterte endepunkt

Det ble brukt lineære (og logistiske) mixed-effects modeller for å sammenligne endepunkt for helse og funksjon over tid. I tillegg til program og tid inkluderte vi en interaksjon for program og tid, for å vurdere om effektene av program var forskjellige over tid. Repeterte målinger (ulike tidspunkt) ble

håndtert med inkludering av random intercept for deltaker i modellen for å tillate deltakerne å starte med ulike verdier og random slope for tid for å tillate individuell utvikling over tid. Estimaten fra analysene (fixed effects) ble brukt til å predikere helserelaterte endepunkt på de ulike tidspunktene for programmene. I hovedanalysene ble det ikke justert for baseline karakteristika, men dette ble gjort i sensitivitetsanalyser (kjønn, alder, sykmeldingsdiagnose, arbeidsstatus, utdanningsnivå og type ytelse) for å sjekke hvor robuste resultatene var. Per protokoll-analyser ble utført ved å ekskludere deltakere som trakk seg etter randomisering eller deltok på mindre enn 60 % av samlingene i det polikliniske programmet.

For alle analyser ble p-verdi (to-halet) <0,05 regnet som statistisk signifikant. Presisjon ble vurdert med 95 % konfidensintervall (KI). Alle analyser ble utført ved bruk av STATA 13.1 (StataCorp. 2013. Stata Statistical Software: Release 13. College Station, TX: StataCorp LP).

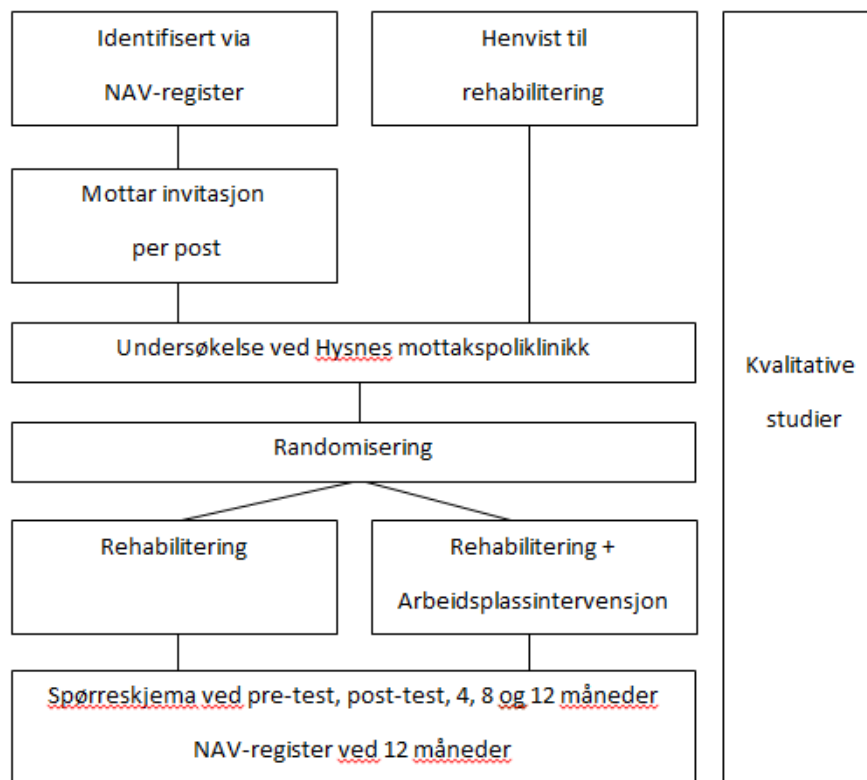
4.1.13. Kvalitative analyser

Analyser av kvalitative data var basert på fenomenologi og systematisk tekstkondensering [22], samt stegvis deduktiv-induktiv metode [23].

4.2. Forskningsprosjekt 2: Effekt av arbeidsplassintervensjon

4.2.1. Design

Randomisert kontrollert studie med parallelle grupper, som sammenligner effekten av rehabilitering på Hysnes Helsefort med og uten arbeidsplassintervensjon (figur 2). Studien følges med helseøkonomiske og kvalitative studier.



Figur 2. studiedesign

4.2.2. Studiepopulasjon

Aktuelle deltakere var personer 18-60 år bosatt i Trøndelag som hadde vært sykemeldt minst åtte uker, med en aktuell sykmeldingsgrad på minst 50 % og hadde minst 20 % stilling. De som ble henvist fra fastlege måtte ha et forventet sykefravær på minst fire uker. Aktuelle sykemeldingsdiagnoser var diagnoser innen kapitlene allment og uspesifisert (A), muskel og skjelettsystemet (L) og psykisk (P) i ICPC-2 (International Classification of Primary Care, 2 utgave) eller lignende. Eksklusjonskriterier var: 1) alkohol- eller narkotikamisbruk, 2) alvorlig somatisk (f.eks. kreft, ustabil hjertesykdom) eller psykisk lidelse (f.eks. selvmordsforsøk, psykose, pågående manisk episode), 3) spesifikk lidelse som krevde spesifikk behandling, 4) graviditet, 5) pågående deltakelse i et annet behandlingsprogram, 6) for dårlige norskkunnskaper til å delta i gruppesesjoner og svare på spørreskjema, 7) planlagt kirurgi nærmeste seks måneder, 8) alvorlige problemer med å fungere i gruppe og 9) være selvstendig næringsdrivende/ikke ha en arbeidsgiver.

4.2.3. Rekruttering av deltakere

Aktuelle deltakere ble rekruttert på to måter. Rekruttering via NAV-register, som beskrevet for Forskningsprosjekt 1, eller ved henvisning fra fastlege. Deltakere ble først utredet av Hysnes mottakspoliklinikk, som beskrevet for forskningsprosjekt 1.

4.2.4. Rehabiliteringsprogrammene

Rehabiliteringsprogrammet på Hysnes besto i hovedsak av de samme elementene som beskrevet for Forskningsprosjekt 1. En vesentlig forskjell er at pasientene i dette programmet først var to uker på Hysnes Helsefort, én uke hjemme én og til slutt uke på Hysnes Helsefort.

Arbeidsplassintervensjon

Arbeidsplassintervensjonen ble kun gitt til deltakere i intervensjonsgruppen, som et tillegg til rehabiliteringsprogrammet. Intervensjonen besto av en forberedende del de første to ukene, et møte på arbeidsplassen, og oppfølgingsarbeid etter møtet. Det forberedende arbeidet startet i den første individuelle sesjonen på Hysnes Helsefort, hvor NAV-samtaleverktøyet «en samtale om arbeidsmuligheter»[24] ble gitt til deltakeren. Dette er en mal som inneholder følgende tema: 1) Hvordan er arbeidsdagen, 2) Er det forhold som bør og kan endres, og 3) Hva er vi enige om?

Individuelle samtaler i uke 1 og 2 ble benyttet til å kartlegge deltakerens arbeidssituasjon, samt utfordringer og muligheter for retur til arbeid. I den første perioden på Hysnes Helsefort ble også arbeidsgiveren kontaktet slik at tidspunkt for møtet på arbeidsplassen kunne avtales. NAV-samtaleverktøyet ble sendt på e-post til arbeidsgiveren i forkant av møtet. En egen ACT-gruppetime i uke 2 omhandlet det å mestre arbeidet på tross av helseplager.

Arbeidsplassmøtet ble gjennomført i uke 3 (hjemmeuken). Deltaker og rehabiliteringsterapeut møttes et kvarter før møtet for å klargjøre eventuelle temaer som ikke var ønskelig å gå inn på i møtet. Om mulig ble en kort omvisning på arbeidsplassen gjennomført før møtet, som varte i ca. 2 timer. Nærmeste leder, deltaker og rehabiliteringsterapeut var obligatoriske deltakere, men andre personer kunne også delta om dette var hensiktsmessig, for eksempel HR-rådgiver eller personer med nødvendig beslutningstakermyndighet. Deltakerens fastlege og/eller NAV-veileder ble informert om møtet og involvert etter behov. Rehabiliteringsterapeuten ledet møtet med utgangspunkt i NAV-samtaleverktøyet.

Etter arbeidsplassmøtet kontaktet rehabiliteringsterapeuten arbeidsgiveren for å forsikre seg om at planene man ble enige om ble fulgt opp (uke 3 og 4). Deltaker og rehabiliteringsterapeut diskuterte erfaringer og resultat fra møtet i uke 4. Et referat fra møtet ble sendt til deltaker. Planen for retur til arbeid ble ferdigstilt og sendt til fastlegen, og med deltakerens samtykke også til arbeidsgiver. En midtveisrapport ble også sendt til arbeidsgiver om deltaker samtykket til dette.

Arbeidsplassintervensjonen ble utviklet av klinikere ved Hysnes Helsefort og forskningsgruppen, med innspill fra NAV Arbeidslivssenter Sør-Trøndelag. Den var inspirert av dokumentert vellykkede intervensjoner[25], men var tilpasset rammen i denne studien.

4.2.5. Endepunkt

Informasjon om ulike endepunkt vil bli samlet inn på samme måte som i forskningsprosjekt 1, men på litt ulike tidspunkt (se figur 2)

Primære endepunkt

- Tid til full bærekraftig retur til arbeid (én måned uten tilbakefall) basert på registerdata fra NAV.
- Antall sykefraværsgenerer i løpet av det første året etter deltakelse i studien basert på registerdata fra NAV.

Sekundære endepunkt og andre målinger

- Ytterligere sykefraværsgenerer, helserelatert livskvalitet, somatisk og psykisk helse, og oppfatninger knyttet til arbeid og retur til arbeid.
- Helseøkonomiske vurderinger vil bli gjennomført på en lignende måte som beskrevet for forskningsprosjekt 1.

4.2.6. Kvalitative studier

Hensikten med de kvalitative studiene er å undersøke hvordan Acceptance and Commitment Therapy (ACT) kan benyttes og fungere som terapeutisk tilnærming i et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram. Det skal også gjøres en undersøkelse av gjennomførbarheten av selve arbeidsplassintervensjonen. Studiene skal undersøke alle aktørenes opplevelser med arbeidsplassintervensjonen (sykemeldte, arbeidsgivere og ansatte ved Hysnes Helsefort). I tillegg skal studiene utdype og forklare eventuelle endringer i deltakernes forhold til retur til arbeid etter rehabiliteringsprogrammet. Data blir samlet inn gjennom intervju gjort med på individ- og gruppenivå, og gjennom observasjon av rehabiliteringsprogrammet generelt (deltagende observasjon) og arbeidsplassintervensjonen spesielt.

4.2.7. Gruppestørrelse

Sammenligning av tid til bærekraftig retur til arbeid med Kaplan-Meier overlevelsesanalyse med log rank test på 0.6 (alfa 0,05; beta 0,20 krever 63 i hver gruppe. For å ta høyde for frafall ønsket vi å rekruttere 80 deltakere til hver gruppe.

4.2.8. Randomisering

Inkluderte deltakere ble randomisert til intervensjon (rehabilitering med arbeidsplassintervensjon) eller kontrollgruppe (rehabilitering). Blokkrandomisering med ukjente blokkstørrelser benyttes via et internettbasert program levert av Enhet for anvendt klinisk forskning (tredjepart) ved NTNU.

4.2.9. Ethiske betraktninger

REK - Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Midt-Norge har godkjent studien (nummer 2014/2279), og den er registrert på clinicaltrials.gov (NCT02541890). Alle deltakere fikk et tilbud ved St. Olavs Hospital.

4.2.10. Statistiske analyser

Antall sykefraværsdager i løpet av 12 måneders oppfølgingstid vil bli analysert med Mann-Whitney U test (Wilcoxon rank sum). For tid til bærekraftig tilbakeføring til arbeid vil det bli estimert Kaplan-Meier kurver, med log rank test. Det vil benyttes mixed-effects modeller for å sammenligne endepunkt for helse og funksjon over tid, eller eventuelt ikke-parametriske metoder der de er mer egnet.

4.2.11. Kvalitative data-analyser

Kvalitative data blir analysert ved hjelp av Interpretative Phenomenological Analysis [26] og systematisk tekstkondensering [22].

5. Resultat

I skrivende stund har vi effektresultater for forskningsprosjekt 1: Effekt av Hysnes Helsefort. I forskningsprosjekt 2: Effekt av arbeidsplassintervensjon, er rekrutteringen av deltakere fullført, men datainnsamlingen vil pågå til medio 2018.

I forskningsprosjekt 1 ble til sammen 12 007 potensielle deltakere identifisert i NAVs register. Av disse ble 3318 personer randomisert til å motta invitasjon til den korte studien og 3808 personer til den lange studien. På grunn av at lavere antall sykemeldte enn forutsatt takket ja til deltakelse i studien, ble det ikke randomisert til urørt kontrollgruppe som planlagt. I stedet ble 4881 personer retrospektivt plukket ut til en urørt referansegruppe. Vi har ikke enda sykefraværsresultater for referansegruppen. I forskningsprosjekt 2 ble det rekruttert 175 deltakere.

5.1. Kort studie

Av de 3318 personene som fikk invitasjon til den korte studien, takket 275 personer ja til deltakelse. Ved den polikliniske screeningen ble 107 personer ekskludert. Av de resterende 168 personene ble 92 personer randomisert til det korte programmet på Hysnes Helsefort (Hysnes kort) og 76 personer til poliklinisk ACT.

Av de som ble randomisert til Hysnes kort, valgte 14 personer å trekke seg før start. Fire personer trakk seg i løpet av programmet. For det polikliniske tilbudet var de tilsvarende tallene fem og åtte personer. Deltakerne som startet det polikliniske tilbudet, deltok gjennomsnittlig på 7,9 av 10 møter. 59 personer (83 %) deltok på minst 60 % av møtene. For programmet på Hysnes kort finnes det ikke oversikt over deltakernes oppmøte, men siden det var et døgnbasert program antas de å være deltakende så lenge de ikke trakk seg. Av de som startet programmet på Hysnes kort, ble det gjennomført et arbeidsplassbesøk for 13 % (n=10).

Svarprosenten på spørreskjema falt gradvis i oppfølgingsperioden. Av deltakerne på Hysnes kort svarte 100 % på spørreskjema før den polikliniske screeningen, 85 % ved programstart, 71 % ved programslutt, 50 % ved tre måneder, 58 % ved seks måneder og 43 % ved 12 måneders oppfølging. For deltakerne ved det polikliniske programmet var de tilsvarende tallene 99 %, 78 %, 59 %, 49 %, 54 % og 47 %.

5.1.1. Deltakerkarakteristika ved inklusjon

De fleste deltakerne var kvinner (79 %), og gjennomsnittsalderen var 45 år (SD 9,1). Majoriteten (65 %) av deltakerne jobbet fulltid før de ble sykmeldt, 18 % arbeidet deltid, 4 % hadde en gradert uføretrygd og 13 % var uten jobb. Rundt halvparten (45 %) var fullt sykmeldt og halvparten gradert sykmeldt (48 %). En mindre del (7 %) var på AAP. Dette var personer som mottok invitasjon til deltakelse på slutten av sykemeldingsåret og derfor rakk å gå over på AAP før inklusjon. En sykemeldingsdiagnose innen muskel- og skjelett kapittelet i ICPC-2 forelå hos 52 % av deltakerne, 38 % hadde en diagnose innen psykiske lidelser og 10 % innen allmenne og uspesifiserte lidelser. Median antall dager sykefravær de siste 12 månedene før inklusjon (andre randomisering) var 226 dager (interkvartil rekkevidde (IKR) 189-271). Deltaker karakteristika ved inklusjon var nokså like for de to gruppene (tabell 1).

Tabell 1. Baseline karakteristika for deltakerne

	Hysnes kort (n=92)	Poliklinisk ACT (n=76)
Alder gj.snitt (SD)	45.0 (8.7)	45.1 (9.6)
Kvinner n (%)	71 (77 %)	62 (82 %)
Høyere utdanning ^{a, b} n (%)	45 (49 %)	31 (41 %)
Arbeidsstatus ^b n (%)		
Ingen jobb	15 (16 %)	7 (9 %)
Fulltid	57 (62 %)	52 (68 %)
Deltid	15 (16 %)	16 (21 %)
Delvis ufør	5 (5 %)	1 (1 %)
Sykefraværstatus ^c n (%)		
Fullt sykmeldt	41 (45 %)	35 (46 %)
Gradert sykmeldt	45 (49 %)	36 (47 %)
Arbeidsavklaringspenger	6 (7 %)	5 (7 %)
Sykemeldingsdiagnose (ICPC-2) ^c n (%)		
A – allment og uspesifisert	9 (10 %)	7 (9 %)
L - muskel- og skjelett	48 (52 %)	40 (53 %)
P - psykisk	35 (38 %)	29 (38 %)
HADS ^b gj.snitt (SD)		
Angst (0-21)	7.8 (4.4)	7.4 (4.3)
Depresjon (0-21)	6.7 (4.3)	6.0 (4.1)
Smerte ^b gj.snitt (SD)		
Gjennomsnittlig smerte (0-10)	4.7 (2.3)	4.6 (2.0)
Sykemeldingslengde ved inklusjon ^d		
median dager (IKB)	224 (189-262)	229 (187-275)

^a Høyere utdanning: utdanning utover videregående skole.

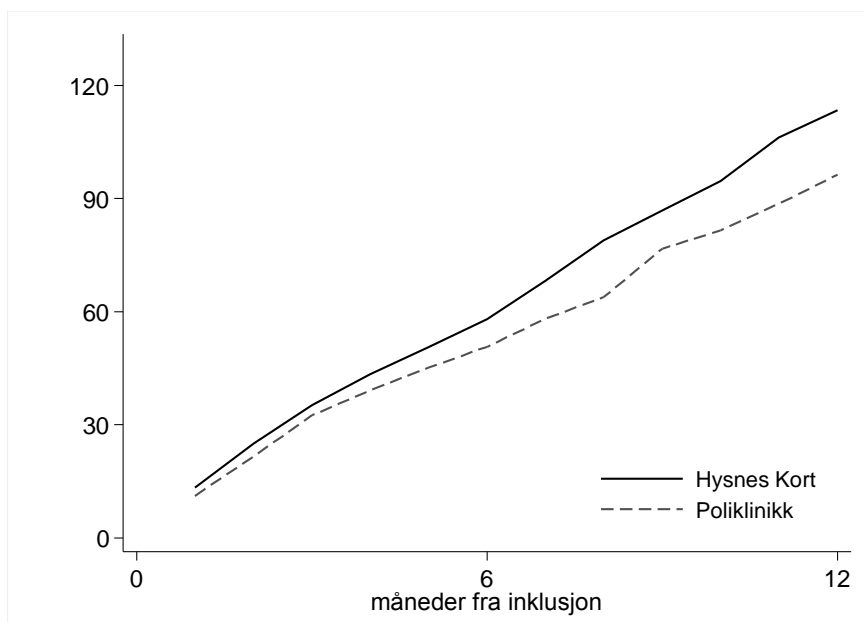
^b ved inklusjon (=andre randomisering)

^c Basert på NAV data

^d Antall sykefraværsdager siste 12 måneder før inklusjon. Målt som kalenderdager, ikke justert for gradert sykmelding.

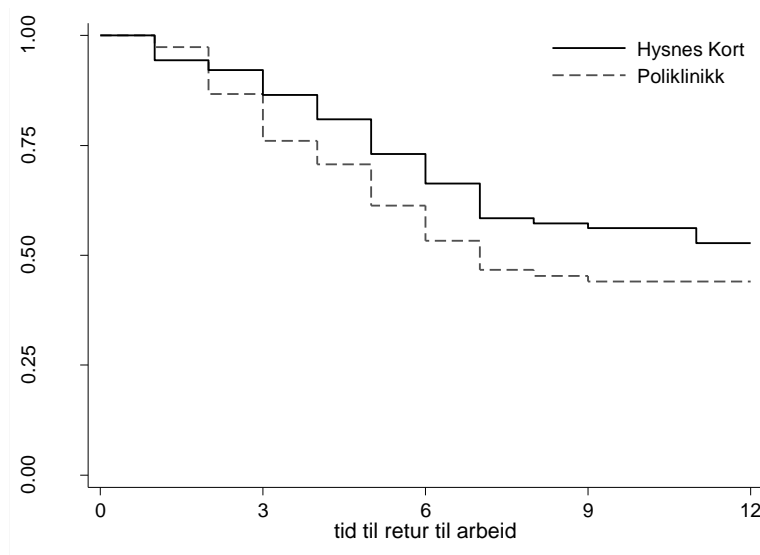
5.1.2. Sykefravær

Median antall dager sykefravær de første seks månedene etter inklusjon var 58 dager (IKR 37-92) for Hysnes kort og 51 dager (IKR 32-85) for poliklinisk ACT. Forskjellen var ikke statistisk signifikant (Mann-Whitney U test, $p=0,284$). For 12 måneder oppfølging var median dager sykefravær 114 (IKR 46-172) for Hysnes kort og 96 (IKB 35-175) for poliklinisk ACT (figur 3). Forskjellen var ikke statistisk signifikant (Mann-Whitney U test, $p=0,403$).



Figur 3. Dager på medisinsk ytelse i løpet av 12 måneders oppfølging. Kumulativ median.

Totalt oppnådde 88 deltakere bærekraftig retur til arbeid (en måned uten medisinsk ytelse) i løpet av 12 måneder oppfølging, 45 deltakere (49 %) i Hysnes kort og 43 deltakere (57 %) i poliklinisk ACT (figur 4). Median tid til bærekraftig retur til arbeid var sju måneder for det polikliniske programmet. Hysnes kort oppnådde ikke 50 % retur til arbeid i oppfølgingsperioden. Forskjellen mellom programmene var ikke statistisk signifikant (log rank test: $p=0.167$).



Figur 4. Overlevelseskurve (Kaplan-Meier plot) som viser tid til bærekraftig retur til arbeid.

Cox regresjonsanalyse uten justering ga en hasard-ratio på 0,74 (95 % KI 0,48-1,32, $p=0,165$) for bærekraftig retur til arbeid, i favør av det polikliniske programmet. Ved å justere for alder, kjønn,

utdannelse, sykmeldingsdiagnose og sykmeldingslengde ved inklusjon fikk man en hasard-ratio på 0,71 (95 % KI 0,46-1,09, p=0,119).

Av deltakerne som oppnådde bærekraftig retur til arbeid, ble 15 deltakere (33 %) sykmeldt på nytt i Hysnes kort og 20 deltakere (47 %) i det polikliniske programmet. Ved 12 måneders oppfølging var 43 % (n=40) av deltakerne i Hysnes kort uten medisinske ytelser og i poliklinisk ACT 39 % (n=30). Rundt halvparten av deltakerne i begge grupper mottok AAP (50 % og 49 %) ved 12 måneders oppfølging, mens 5 % av Hysnes kort-deltakerne og 12 % av de polikliniske deltakerne var sykmeldt. Én Hysnes kort-deltaker mottok full uføretrygd.

Analyser med repeterte målinger viste at det ikke på noe tidspunkt var signifikante forskjeller mellom gruppene. Gjennomsnittlig odds-ratio over tid var 0,78 (95 % KI 0,49-1,24, p=0,299) for bærekraftig retur til arbeid, i favør av det polikliniske programmet. Justering for ovennevnte variabler endret ikke konklusjonen. I en sensitivitetanalyse brukte vi en logistisk modell med tid som diskret variabel. Resultatene var lignende som ved Cox regresjonsanalysen (justert og ujustert). Ved å endre definisjonen på tilbakeføring til jobb fra én måned uten medisinsk ytelse til to måneder, falt andelen som oppnådde tilbakeføring til arbeid noe, til henholdsvis 45 % og 53 % for Hysnes kort og poliklinisk ACT. Ujusterte og justerte Cox regresjonsanalyser gav lignende hasard-ratioer som i hovedanalysene. Per protokoll-analyser med sammenligning av sykefraværstid ved 6 og 12 måneder og tid til bærekraftig retur til arbeid gav kun små endringer sammenlignet med hovedanalysene (tall ikke presentert). Studien er innsendt til vitenskapelig tidsskrift.

5.1.3. Helserelevante endepunkt

Kun ett av de helserelevante endepunktene, sterkest smerte, viste statistisk signifikant forskjell mellom programmene. Den estimerte forskjellen i endringen av sterkeste smerte ved 12 måneders oppfølging var 1.1 (95 % KI 0,1-2,0, p=0,03) i favør av det poliklinisk ACT. For begge programmene ble det observert en økning i helserelevante livskvalitet fra programstart til 12 måneders oppfølging. De andre helserelevante endepunktene viste kun små endringer.

Per protokoll-analysene resulterte kun i små endringer av estimatene. Den estimerte forskjellen mellom gruppene var statistisk signifikant for gjennomsnittlig og sterkeste smerte. Analysene ble også utført med justering for alder, kjønn, sykmeldingsdiagnose, utdanningsnivå, arbeidsstatus og type ytelse som ble mottatt. Det gav kun små endringer i estimatene og endret ingen konklusjoner. For ytterligere detaljer se publisert studie[27].

5.1.4. Kostnader

Beregnet behandlingstid per deltager på Hysnes kort var 50 153 kr, basert på 2013-priser. For deltagere på poliklinisk ACT var behandlingstiden 13 980 kr, noe som innebærer at merkostnaden per deltager i Hysnes kort var 36 174 kr. På grunn av sent innkommet data er kostnadsberegninger for øvrig bruk av helsetjenester ennå ikke foretatt.

5.1.5. Kvalitative resultater

Det ble gjennomført deltagende observasjon og intervju med deltakere under og etter det korte programmet. En masteroppgave basert på deler av disse dataene (Ingvild Firman Fjellså, Institutt for sosiologi) viste at deltakerne opplevde en ambivalens med hensyn til fravær fra arbeidslivet. De hadde et sterkt ønske om å arbeide, men opplevde at det var vanskelig siden evnene var svekket og

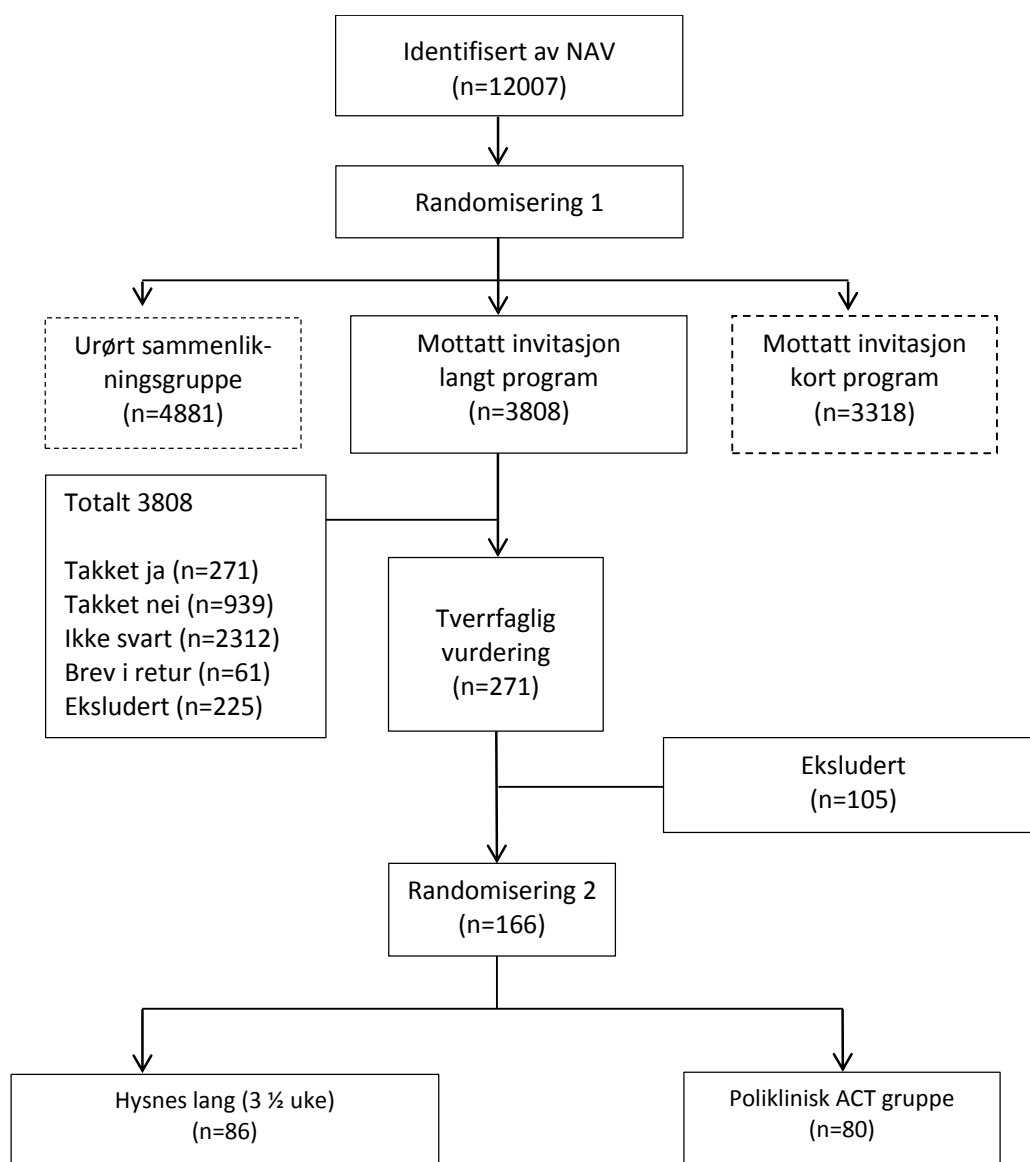
prestasjonene ikke var like gode som før. Dette innebar et sprik mellom forventninger til evner og faktiske evner. Dette spriket påvirket hvordan deltakerne oppfattet seg selv.

Resultatene viste at arbeidsdeltakelse var viktig for deltakerne, men at helseproblemer hadde gjort det problematisk for dem å fungere i jobb. Sykemelding og fravær fra arbeidslivet ga dem nye utfordringer, siden fraværet brøt med det de opplevde var vanlig og forventet av samfunnet. Deltakerne anstrengte seg for å skjerme familien gjennom å opprettholde hverdagsrutiner og ikke involvere barn og andre familiemedlemmer i helseproblemene. Ifølge deltakerne hjalp rehabiliteringsprogrammet dem til å endre livene sine gjennom å forsone seg med at de ikke alltid strakk til på grunn av helsetilstanden, og heller måtte senke kravene til seg selv. Flere deltakere beskrev at de endret seg fra å oppleve nedbryting og oppløsning av hverdagslivet til å føle økt kontroll og innflytelse over eget liv og framtid.

5.2. Lang studie

5.2.1. Deltakerkarakteristika

3808 sykemeldte ble invitert til å delta i evalueringen av det lange programmet og 271 personer gjennomgikk en tverrfaglig vurdering for inklusjon i studien (figur 5). Av disse ble 166 inkludert i den randomiserte studien, hvorav 86 personer ble randomisert til et 3 ½ ukes rehabiliteringsopphold på Hysnes (Hysnes lang) og 80 personer til et 6 ukers poliklinisk tilbud (poliklinisk ACT).



Figur 5. Flytskjema for inklusjon i lang studie

De inkluderte deltakerne fikk tilsendt elektroniske spørreskjema på seks ulike tidspunkt (før utredning, ved oppstart, ved programslutt og ved 3, 6 og 12 måneders oppfølging. Svarprosenten totalt sett var 66 % for deltakere i Hysnes lang og 57 % for deltakere i poliklinisk ACT-gruppe, men fallende fra oppstart (Hysnes lang: 79 %, poliklinisk ACT: 64 %) til 12 måneders oppfølging (Hysnes lang 43 %, poliklinisk ACT 40 %). Opplysninger om sykefravær og medisinske ytelser var basert på registerdata fra NAV og er dermed komplette for begge gruppene. 34 personer (17 i hver behandlingsgruppe) trakk seg etter randomisering fra deltakelse i de to behandlingsgruppene, men er med i analysene etter prinsippet om «intention to treat».

5.2.2. Deltakerkarakteristika på inklusjonstidspunktet

131 av 166 deltakere var kvinner (79 %). Gjennomsnittsalderen var 46 år og 40 % hadde utdanning utover videregående skole. Muskelskjelettplager var den vanligste registrerte sykemeldingsdiagnosen (57 %), og resterende deltakere hadde sykemeldingsdiagnoser relatert til

vanlige psykiske plager (35 %) og allmenne og uspesifiserte plager slik som for eksempel slapphet (8 %). De fleste av deltakerne var i full jobb eller deltidsjobb (81 %). På inklusjonstidspunktet var halvparten av deltakerne gradert sykemeldt (52 %) mens den andre halvparten var enten fullt sykemeldt (43 %) eller var gått over på arbeidsavklaringspenger (5 %). Mellom behandlingsgruppene var det små forskjeller når det gjaldt egenrapportert helse og andre deltakerkarakteristika på inklusjonstidspunktet (tabell 2).

Tabell 2. Deltakerkarakteristika ved inklusjon

	Hysnes lang (n = 86)	Poliklinisk ACT (n = 80)
Alder gj.snitt (SD)	46.3 (8.7)	45.2 (10.4)
Kvinner n (%)	70 (81 %)	61 (76 %)
Høyere utdanning ^a n (%)	32 (37 %)	34 (43 %)
Arbeidsstatus ^b n (%)		
Ingen jobb	11 (13 %)	6 (8 %)
Fulltid	54 (63 %)	53 (66 %)
Deltid	12 (14 %)	18 (23 %)
Delvis ufør	9 (10 %)	3 (4 %)
Sykefraværstatus ^c n (%)		
Fullt sykemeldt	35 (41 %)	36 (45 %)
Gradert sykemeldt	48 (56 %)	38 (48 %)
Arbeidsavklaringspenger	3 (3 %)	6 (8 %)
Sykemeldingsdiagnose (ICPC-2) ^c n (%)		
A – Allment og uspesifisert	5 (6 %)	9 (11 %)
L – Muskel- og skjelett	54 (63 %)	40 (50 %)
P - Psykisk	27 (31 %)	31 (39 %)
HADS gj.snitt (SD)		
Angst (0-21)	7.4 (3.9)	8.6 (4.1)
Depresjon (0-21)	5.7 (4.2)	6.6 (4.0)
Smerte ^c gj.snitt (SD)		
Gjennomsnittlig smerte (0-10)	5.0 (2.0)	4.8 (2.2)
Sykemeldingslengde ved inklusjon ^d		
Median dager (IKB)	204 (163-265)	216 (177-265)

^a Høyere utdanning er definert som utdanning utover videregående skole

^b Basert på data fra spørreskjema og arbeidsgiverregisteret

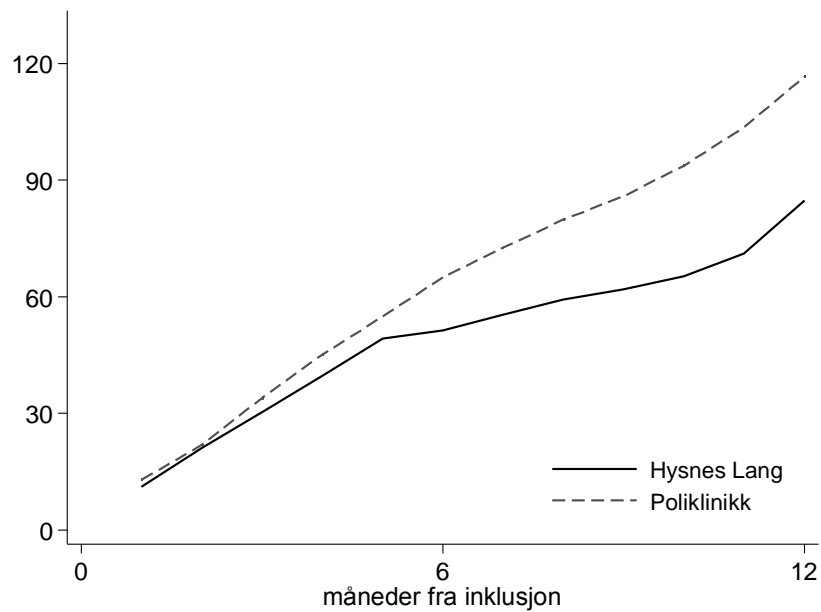
^c Basert på NAV data

^d Antall sykefraværsdager siste 12 mnd. før inklusjon. Kalenderdager, ikke justert for gradert sykemelding

5.2.3. Sykefravær

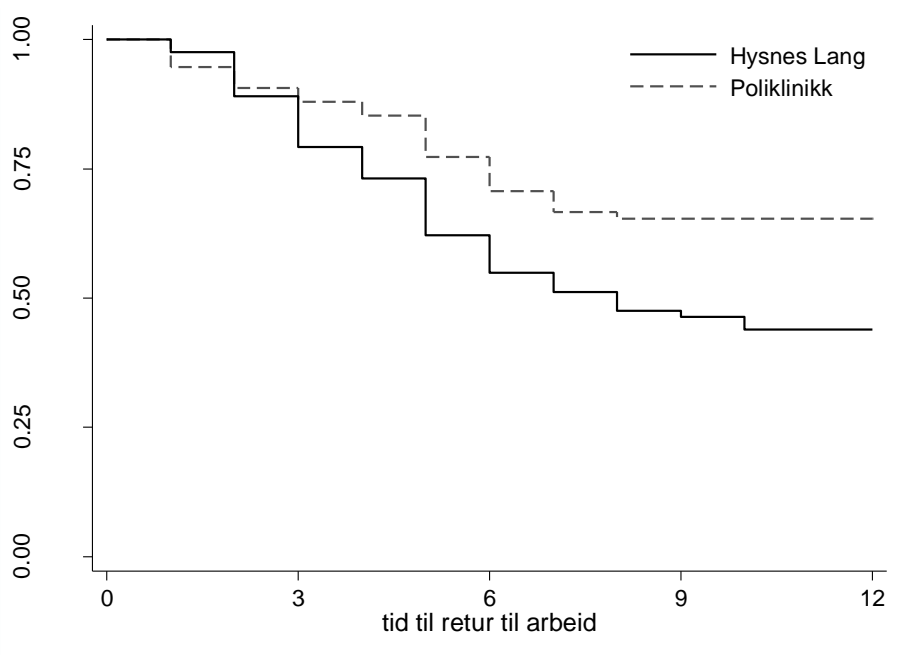
Det var forskjell i utvikling av sykefravær i de to behandlingsgruppene under et års oppfølgingstid (figur 4). Ved seks måneders oppfølging var median antall dager med medisinske ytelser fra NAV (sykefraværsdager) henholdsvis 51 (IKR 27-85) for Hysnes lang-deltakere og 65 (IKR 42-97) for deltakere i poliklinisk ACT. Denne forskjellen var ikke statistisk signifikant (Mann-Whitney U test,

p=0.114). I løpet av 12 måneder var imidlertid forskjellen mellom gruppene økt og median sykefraværsdager var henholdsvis 85 dager (IKR 33-149) for deltakere i Hysnes lang og 117 dager (IKR 59-189) for deltakere i den polikliniske ACT gruppen (Mann-Whitney U test, p=0.034).



Figur 4. Dager med medisinske ytelser i lang studie (kumulativ median).

Overlevelsesanalyse viste at deltakere i Hysnes lang også kom raskere tilbake til arbeid sammenliknet med deltakere i poliklinisk ACT (figur 5; log rank test, p=0.009) og ujustert cox regresjonsanalyse gav en hasard ratio på 1.9 (95% KI 1.2, 3.0) i favør av Hysnes lang. Justerte analyser er ennå ikke kvalitetssikret, men ut fra de foreløpige analysene som er gjort, er det ikke grunn til å tro at hovedkonklusjonene vil endres.



Figur 5. Kaplan-Meier plot for retur til arbeid (4 uker uten medisinske ytelser) i lang studie.

5.2.4. Helserelaterte endepunkt

Kun for ett av helsemålene, gjennomsnittlig smerte, ble det funnet statistisk signifikant forskjell i endring mellom programmene ved 12 måneders oppfølging. Den estimerte forskjellen i endring var 1.0 poeng (95 % KI: 0.2-1.7, $p=0.017$), til fordel det polikliniske programmet. En endring på mer enn 2 på denne skalaen regnes vanligvis som en klinisk betydningsfull endring på individnivå. Det var ikke sikre forskjeller i endring av andre helserelaterte endepunkt mellom gruppene (på angst og depresjon (HADS), Subjektive helseplager (SHC) og livskvalitet (15D)).

5.2.5. Kostnader

Beregnet behandlingstkostnad per deltager på Hysnes lang var 109 710 kr, basert på 2013-priser. For deltagere på poliklinisk ACT var behandlingstkostnaden 13 980 kr, noe som innebærer at *merkostnaden* per deltager i Hysnes lang var 95 730 kr. På grunn av sent innkomne data er kostnadsberegninger for øvrig bruk av helsetjenester ikke foretatt ennå.

5.2.6. Kvalitative resultater

Sykemeldtes erfaringer med å delta i arbeidsrettet rehabilitering

Gruppeintervju med sykemeldte i starten og slutten av Hysnes lang viste at programmet hadde ført til en reorientering som deltakerne opplevde som meningsfull. I starten av programmet beskrev de fleste deltakerne at de var svært frustrerte over å være sykemeldt, og at de opplevde store forventninger fra omverdenen om å arbeide. Samtidig beskrev de flere faktorer som hindret dem i å gå tilbake til arbeid, både knyttet til helseplagene og faktorer på arbeidsplassen. Ved slutten av programmet beskrev deltakerne at de hadde startet en prosess med økt bevissthet rundt flere aspekter: De hadde tenkt mye på hva som var viktig i livet og mange trakk fram at sosialt liv, egenomsorg, familie og hobbyer var blitt viktigere. Dessuten hadde mange innsett at de over lang tid hadde opplevd et stort press utenfra, med forventninger både fra arbeidsplass, familie og omgivelsene for øvrig. Mange beskrev at dette presset hadde vært sterkere og mer krevende enn de tidligere hadde innsett. Det tredje aspektet deltakerne snakket mye om, var at de hadde innsett at

de måtte finne en balanse i livet mellom arbeid og fritid, familie, hobbyer, egenomsorg, og mellom egne og andres forventninger. Prosessen med å returnere til arbeid var imidlertid fortsatt uklart for de fleste deltakerne. Denne studien ble publisert i BMC Health Services Research i 2015 [27].

I hvilken grad reflekteres ACT-spesifikke prosesser i sykemeldtes beskrivelser av endringer etter et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram, og er disse i tråd med hensikten med ACT?

I intervjuer ved slutten av Hysnes lang beskrev deltakerne opplevelser som reflekterte alle de ønskede endringsprosessene i den terapeutiske ACT-tilnærmingen. At deltakere med ulike diagnoser fikk terapi i samme gruppe, så ut til å ha skapt større åpenhet for nye perspektiver og dermed økt fleksibilitet i deltakernes mestringsstrategier. Det så derimot ikke ut til at deltakerne hadde utviklet et mer fleksibelt syn på egen identitet og de hadde i liten grad innarbeidet ACT-spesifikke prosesser knyttet til seg selv og sin identitet. Deltakerne snakket også lite om forpliktende handlinger som kunne lede til umiddelbar retur til arbeid. De fleste beskrev retur til arbeid som et ledd i en lengre prosess de nå hadde foran seg. Denne studien er innsendt til vitenskapelig tidsskrift.

5.3. Forskningsprosjekt 2: Foreløpige kvalitative resultater

En pågående studie ser nærmere på hvordan de ansatte ved Hysnes Helsefort rettet fokus på tilbakeføring til arbeid når de benyttet Acceptance and Commitment Therapy (ACT) som terapeutisk tilnærming. Studien bruker data fra deltagende observasjon og intervju med ansatte. Foreløpige resultater viser at de ansatte i hovedsak arbeidet på følgende områder; 1) å hjelpe de sykemeldte til å identifisere de sammensatte og «virkelige» årsakene til at de er sykemeldte, 2) å hjelpe deltakerne til å utvikle eierskap til endringsprosessen, 3) å gjøre deltakerne bevisste på at de hadde handlingsrom selv om de hadde helseplager, 4) å hjelpe deltakerne i å utforske hvilke verdier som ligger i arbeidsdeltakelse og 5) å bidra til at deltakerne endret perspektiv på hvordan de relaterte seg til egne og andres forventninger.

6. Diskusjon

Dette er den mest omfattende evalueringen av et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud som er gjennomført i Norge. Disse randomiserte studiene viste at sykmeldte med muskelskjelett-, psykiske- eller uspesifikke lidelser hadde mindre sykefravær etter et langt (3,5 uker), men ikke et kort (4+4 dagers) døgnbasert rehabiliteringsprogram på Hysnes Helsefort, sammenlignet med et poliklinisk ACT-program. De døgnbaserte programmene hadde betydelig høyere kostnad enn det polikliniske programmet. Det var ingen vesentlige forskjeller mellom programmene på somatisk eller psykisk helse. Det pågår fremdeles en randomisert, kontrollert studie som undersøker om en variant av det lange programmet kan ha ytterligere effekt om det kombineres med samhandlingsmøte på arbeidsplassen. Sammenlikninger med såkalte «urørte» grupper og med de som ikke svarte eller takket nei til deltakelse gjenstår. Disse analysene vil kunne gi informasjon om mulige forskjeller mellom Hysnes-opphold og ordinære forløp.

Dette er første gang døgnbaserte, arbeidsrettede rehabiliteringsprogram har blitt sammenlignet med et poliklinisk tilbud. Alle tilbudene var basert på mestringstilnærmingen ACT. De døgnbaserte tilbudene var imidlertid mer omfattende, særlig det lange programmet, og inkluderte også fysisk trening i tillegg til at deltakerne laget sin egen plan for bærekraftig retur til arbeid. Disse ekstra komponentene, i tillegg til de ulike settingene, kan ha bidratt til mindre sykefravær i det lange programmet, men førte ikke til forskjeller på somatisk og psykisk helse. I både den korte og den lange armen fant man at det polikliniske programmet var noe mer effektivt i å redusere smerte, men forskjellen var liten og ikke klinisk signifikant. Manglende effekt på helserelaterte variabler er også rapportert i flere andre studier på pasienter med muskelskjelettplager [4, 28] og psykiske lidelser [29].

Det lange programmet hadde en betydelig effekt på reduksjon i sykefraværet i året etter intervensjonen. Deltakerne i det lange programmet kom også raskere tilbake til arbeid sammenliknet med poliklinisk ACT. Hvilke elementer i det lange programmet som medierer disse effektene, vet vi på nåværende tidspunkt ikke. Studien var heller ikke designet for å undersøke effekter av enkeltkomponentene i programmet.

Flere arbeidsrettede rehabiliteringsprogram i den vitenskapelige litteraturen benytter en form for kognitiv atferdsterapi [3, 6]. I ACT blir deltakerne oppmuntret til å akseptere muskelsmerter heller enn å forsøke å kontrollere dem. Det har derfor blitt foreslått at smerte ikke er det beste resultatmålet for slik behandling [30]. Dette gjelder også flere av de andre resultatmålene i prosjektet som angst og depresjon, siden ACT legger vekt på atferdsendring mer enn bedring av symptomer. Dette samsvarer med de beskjedne endringene som ble observert på somatisk og psykisk helse i prosjektet. Det var imidlertid bedring i helserelatert livskvalitet for alle gruppene, noe som kan skyldes at ACT-tilnærmingen fører til endringer i hvordan sykemeldte opplever sin livskvalitet, til tross for at de fremdeles har like mye helseplager.

De helseøkonomiske vurderingene er ikke fullført, siden kun behandlingstkostnader per deltager er beregnet så langt. Beregningene av behandlingstkostnader viser imidlertid at det var en vesentlig merkostnad knyttet til både kort og langt opphold på Hysnes Helsefort sammenlignet med poliklinisk ACT. Merkostnadene var i størrelsesorden 36 000 kr og 96 000 kr. For kort tilbud var det ingen forskjell i sykefravær og dermed heller ingen målbar gevinst som kunne forsvare merkostnaden. Det var heller ikke forskjeller i somatisk eller psykisk helse som tilsa at merkostnadene sto i rimelig

samsvar med effekt. En komplett beregning av helsetjenestekostnader kan nyansere bildet, men antagelsen er at det ikke vil endre vurderingen av Hysnes kort som et ikke kostnadseffektivt alternativ.

På samme måte fremstår Hysnes lang som et relativt kostbart alternativ sammenlignet med poliklinisk ACT ut fra en sammenligning av behandlingstekostnader alene. Her var det imidlertid en betydelig mereffekt i form av lavere sykefravær og bærekraftig retur til arbeid. Den endelige analysen vil vise om gevinstene kan sies å være i en størrelsesorden som gjør at Hysnes lang fremstår som et kostnadseffektivt alternativ.

Flere studier har antydnet at det å involvere arbeidsplassen i arbeidsrettede rehabiliteringsprogram er en viktig faktor for å redusere sykefraværet hos personer med korsryggsmerter[3, 31] og psykiske lidelser[6]. Det korte programmet på Hysnes Helsefort inkluderte et arbeidsplassbesøk når det ble vurdert som hensiktsmessig og deltakeren godtok det. Dette ble imidlertid bare gjennomført i 11 % av tilfellene. Det lange programmet hadde effekt på retur til arbeid, men besto ikke av et slikt besøk. For å undersøke om en strukturert arbeidsplassintervensjon kan øke arbeidsdeltakelse ytterligere når det blir kombinert med en variant av det lange rehabiliteringsprogrammet, ble forskningsprosjekt 2 etablert. Hovedresultatene fra det nye prosjektet forventes å være klare i starten av 2018.

De kvalitative studiene har så langt vist at de sykemeldte opplever endringer på flere områder etter å ha deltatt i rehabiliteringsprogram ved Hysnes Helsefort. Det ser ut til at flere av hensiktene med å benytte ACT som terapeutisk tilnærming i programmene oppnås. Å tilby terapi i grupper sammensatt av sykemeldte med ulike diagnoser ser ut til å fungere godt, og gir deltakerne i programmet nye perspektiver på hvordan de kan mestre sin livssituasjon og sine helseplager. Pågående studier vil kunne gi svar på hvordan deltakerne opplever dette på lengre sikt, og hvordan arbeidsplassintervensjonen fungerer for de ulike aktørene. En pågående studie skal også undersøke samsvaret mellom deltakeres, ansattes og forskeres perspektiver på utbytte fra rehabiliteringsprogram på Hysnes Helsefort, samt utdype hvilke mekanismer som kan inngå i slike endringsprosesser.

6.1. Styrker og begrensninger

Referansestandarder når effekter av rehabilitering skal studeres, er randomiserte, kontrollerte studier (RCT) med lukket randomisering og «blindet» måling av primære endepunkt, og med intention-to-treat-analyser. Evalueringene av de ulike behandlingstilbudene på Hysnes Helsefort er alle designet som RCT-er. Randomiseringen er gjennomført som lukket av Enhet for anvendt klinisk forskning. Lukket randomisering betyr at en deltaker som er innmeldt til studien og randomisert kan ikke kan strykes. Videre innebærer intention-to-treat-analyser at alle som er inkludert i studien inngår i den armen de ble randomisert til, uavhengig om de møtte til behandling eller trakk seg fra studien. Alle primære endepunkt (om mottak av ytelse) er tatt fra NAVs registre, og registreringen er upåvirket av hvilke behandlingstilbud deltakeren har fått. Effektestimatene er derfor konservative og uten bias.

Behandlingstilbudene gitt ved Hysnes Helsefort er sammenliknet med et poliklinisk tilbud ved St. Olavs Hospital. Det var planlagt en tredje arm i studien, randomisering til behandling som vanlig ved NAV/fastlege. Av ulike grunner ble dette ikke gjennomførbart. Det svekker vurderingen av effekten av Hysnes Helsefort i forhold til de tilbudene langtidssykmeldte vanligvis mottar. Som en kompensasjon for denne mangelen, har vi opprettet en urørtgruppe (ikke kontaktet i forbindelse

med forsøket) og følger samtidig de som er invitert og ikke svarte eller svarte nei på invitasjonsbrevet, på aggregert nivå. Tilsvarende endepunkt vil kunne sammenliknes i et matchet kaskontrolldesign og vil kunne gi sammenlikningsgrunnlag om gjennomsnittlige fraværsdager, tid til bærekraftig retur til arbeid og andel tilbake til arbeid etter et år.

Lav deltakelse, mindre enn 1 av 10, kan true generaliserbarheten av studien. Kontrollgruppene vil imidlertid kunne fortelle om hvor lik/ulik deltakergruppa er i forhold til den gruppa de er rekruttert fra. På samme måte har vi omfattende beskrivelser av deltakerne som ikke møtte, trakk seg underveis og som ikke har besvart spørreskjema ved ulike oppfølgingstidspunkt. Dette er også viktig informasjon med hensyn til å identifisere faktorer som er av betydning for hvem som bør gis liknende tilbud som Hysnes og kan ha nytte av det.

Styrkeberegningen er dimensjonert tilstrekkelig i forhold til primære endepunkt, men marginalt med tanke på stratifiserte analyser (for eksempel: forhold til kjønn, aldersgrupper, fraværslengde og stillingsandel ved inklusjon). For å oppnå adekvat styrke for denne type analyser må man eventuelt slå sammen ulike, men tilnærmet like studier, eller etablere multisenterstudier. Slike analyser er planlagt i samarbeid med Rauland kompetansesenter som gjennomfører en lik designet RCT med samme endepunkt.

En utfordring med mange randomiserte studier er dokumentasjon av hvordan intervensjonen er implementert og mottatt. I alle studiene ved Hysnes er intervensjonene dokumentert med følgeforskning av både fagkoordinatorer og av deltakere. Videre gir den utvidete kvalitative forskningen (enkelt- og fokusgruppeintervjuer, deltakende observasjon) kunnskap om forhold som kan fremme og hindre retur til arbeid.

Fagmiljøet og fagtilbudene ved Hysnes Helsefort ble bygd opp fra grunnen av, men basert på tidligere erfaring fra arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging av sykmeldte i andre sammenhenger. Det kan innvendes at forsøket ikke var bygd på et fagmiljø med lengre samlet erfaring med rehabilitering. Samtidig erfarte vi at det var en fordel at det var stor åpenhet til de ulike elementene i tilbudet som det å inkludere ulike deltakere med ulike diagnoser i samme gruppe, at deltakere hadde en rehabiliteringsterapeut å forholde seg til, og at hovedvekten av tilbudet var grupperettet veiledning. I evalueringen blir alle disse tre elementene beskrevet som verdifulle for det som ble opplevd som et positivt utbytte. Eventuell manglende erfaring ble slik oppveid av mulighetene til å designe et kunnskapsbasert tilbud og ikke minst, vilje til endring i opplegget når det ble funnet grunn til det, basert på egne funn i evalueringen. For eksempel ble det på kort tid etablert en ny RCT med bakgrunn i funnene fra det første prosjektet. Det er òg en styrke at et godt klinisk fagmiljø ble koblet til et forskningsmiljø med bred erfaring med helsetjenesteforskning og solid analysekompetanse.

7. Konklusjoner

Personer sykmeldt med muskel-skjelett, psykiske eller uspesifikke diagnoser hadde betraktelig mindre sykefravær i året etter de startet rehabiliteringen og kom betydelig raskere tilbake i jobb etter langvarig (3 ½ uker), men ikke kortvarig (4+4 dager) rehabilitering sammenlignet med poliklinisk ACT. De døgnbaserte programmene var imidlertid atskillig mer kostbare enn det polikliniske programmet. Det var ingen vesentlige forskjeller mellom programmene på somatisk og mental helse. Vi anbefaler ikke at det korte programmet implementeres i ordinær rehabilitering. Hvorvidt det lange programmet bør implementeres i ordinær rehabilitering vil være en helsepolitisk avveining av effekten på den økte arbeidsdeltakelsen for de sykmeldte og deres familier, bedriftene og samfunnet mot tilleggs kostnadene et slikt tilbud innebærer. Det vil være viktig med ytterligere oppfølging for å undersøke varigheten av effekten av det lange programmet, og vi har i første omgang planlagt enda et års oppfølging i sykefraværregister. En pågående studie undersøker om en variant av det lange programmet på Hysnes Helsefort kan ha ytterligere effekt dersom det kombineres med en strukturert arbeidsplassintervensjon.

De kvalitative studiene har så langt vist at deltakerne forstod og tilegnet seg mye av hovedintensjonen i den terapeutiske tilnærmingen (ACT). Det er tydelig at mange av deltakerne opplevde verdifulle endringsprosesser. Deltakere sa at de hadde en økt bevissthet omkring egen helse- og arbeidssituasjon og at de hadde tilegnet seg flere teknikker for å mestre helseplagene sine. I tillegg beskrev deltakere det som gunstig å delta i grupper sammensatt av personer med ulike diagnoser. Å ha en egen rehabiliteringsterapeut gjennom hele programmet ble også omtalt som viktig og positivt.

7.1. Veien videre

Kunnskapsgenerering om effekter av ulike evalueringsprogram er tidkrevende når de baseres på studier gjennomført ved enkeltinstitusjoner. Det er behov for mer kunnskap om differensierte arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for både unge og eldre arbeidstakere, samt arbeidstakergrupper med høyt fravær. Det er også viktig å generere kunnskap om når rehabilitering bør iverksettes for ulike grupper. For at slik kunnskap skal kunne produseres raskere, er det nødvendig med et sterkt og forpliktende samarbeid mellom NAV, kliniske rehabiliteringsmiljø, Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering og aktuelle forskningsmiljø med evalueringskompetanse.

Vi vil oppfordre aktuelle myndigheter om å vurdere støtte til å opprette et bredt utprøvnings- og evalueringsmiljø som skal generere kunnskap om forebygging av utfall fra arbeidslivet og om effektive rehabiliteringstiltak for de som trenger det. Forskningsgruppen ved NTNU - Institutt for samfunnsmedisin og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering har kompetanse og erfaring til å kunne lede en slik satsing.

8. Finansiering

Studiene i dette forskningsprosjektet er finansiert av:

- Øremerkede midler over Statsbudsjettet til Hysnes-prosjektet (Raskere tilbake-ordningen)
- Forskningsrådets program for sykefravær, arbeid og helse
- Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge RHF og NTNU
- KLP (Kommunal Landspensjonskasse)
- NTNU
- St. Olavs Hospital

9. Referanser

1. OECD: **Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers**: OECD Publishing; 2010.
2. Palmer KT, Harris EC, Linaker C, Barker M, Lawrence W, Cooper C, Coggon D: **Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review**. *Rheumatology (Oxford)* 2012, **51**(2):230-242.
3. Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR: **Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life**. *BMJ* 2010, **340**:c1035.
4. Jensen C, Jensen OK, Christiansen DH, Nielsen CV: **One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention**. *Spine (Phila Pa 1976)* 2011, **36**(15):1180-1189.
5. Myhre K, Marchand GH, Leivseth G, Keller A, Bautz-Holter E, Sandvik L, Lau B, Roe C: **The effect of work-focused rehabilitation among patients with neck and back pain: a randomized controlled trial**. *Spine* 2014, **39**(24):1999-2006.
6. Reme SE, Grasdal AL, Lovvik C, Lie SA, Overland S: **Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial**. *Occup Environ Med* 2015.
7. Reme SE, Tangen T, Moe T, Eriksen HR: **Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients**. *Eur J Pain* 2011.
8. Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon G, Saunders K, Stang P, Brandenburg N, Kessler R: **Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication**. *Pain* 2005, **113**(3):331-339.
9. Briand C, Durand MJ, St-Arnaud L, Corbiere M: **Work and mental health: learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders**. *Int J Law Psychiatry* 2007, **30**(4-5):444-457.
10. Braathen TN, Veiersted KB, Heggnes J: **Improved work ability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long-term sick leave**. *J Rehabil Med* 2007, **39**(6):493-499.
11. **Econ Pöyry. Arbeidsrettet rehabilitering – Innhold og resultater (Occupational rehabilitation - Contents and results)**. Report in Norwegian. In. <http://evalueringsportalen.no/evaluering/arbeidsrettet-rehabilitering-innhold-og-resultater/Arbeidsrettet%20rehabilitering.pdf/@@inline>; 2010.
12. Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J: **Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions**. *Disabil Rehabil* 2010, **32**(8):607-621.
13. Shaw W, Hong QN, Pransky G, Loisel P: **A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability**. *J Occup Rehabil* 2008, **18**(1):2-15.
14. Fimland MS, Vasseljen O, Gismervik S, Rise MB, Halsteinli V, Jacobsen HB, Borchgrevink PC, Tenggren H, Johnsen R: **Occupational rehabilitation programs for musculoskeletal pain and common mental health disorders: study protocol of a randomized controlled trial**. *BMC Public Health* 2014, **14**(1):368.
15. Bradley F, Wiles R, Kinmonth AL, Mant D, Gantley M: **Development and evaluation of complex interventions in health services research: case study of the Southampton heart integrated care project (SHIP)**. *The SHIP Collaborative Group*. *Bmj* 1999, **318**(7185):711-715.
16. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P: **Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health**. *Bmj* 2000, **321**(7262):694-696.

17. Lewin S, Glenton C, Oxman AD: **Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study.** *Bmj* 2009, **339**:b3496.
18. Zigmond AS, Snaith RP: **The hospital anxiety and depression scale.** *Acta Psychiatr Scand* 1983, **67**(6):361-370.
19. Sintonen H: **The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications.** *Ann Med* 2001, **33**(5):328-336.
20. Eriksen HR, Ihlebaek C, Ursin H: **A scoring system for subjective health complaints (SHC).** *Scand J Public Health* 1999, **27**(1):63-72.
21. Cleeland CS, Ryan KM: **Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory.** *Ann Acad Med Singapore* 1994, **23**(2):129-138.
22. Malterud K: **Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis.** *Scand J Public Health* 2012, **40**(8):795-805.
23. Tjora A: **Kvalitative forskningsmetoder i praksis:** Gyldendal akademisk; 2012.
24. **En samtale om arbeidsmuligheter**
[<https://www.nav.no/no/Bedrift/Inkluderende+arbeidsliv/Relatert+informasjon/IA-Funksjonsvurdering.386335.cms>]
25. van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, Franche RL, Schonstein E, Loisel P, van Mechelen W, Anema JR: **Workplace interventions for preventing work disability.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009(2):CD006955.
26. Smith JA, Osborn M, Flowers P: **Doing interpretative phenomenological analysis.** In: *Qualitative Health Psychology: theories & methods.* edn. Edited by Murray M, Chamberlain K. London: Sage; 1999.
27. Aasdahl L, Pape K, Vasseljen O, Johnsen R, Gismervik S, Jensen C, Fimland MS: **Effects of Inpatient Multicomponent Occupational Rehabilitation versus Less Comprehensive Outpatient Rehabilitation on Somatic and Mental Health: Secondary Outcomes of a Randomized Clinical Trial.** *J Occup Rehabil* 2016.
28. Marchand GH, Myhre K, Leivseth G, Sandvik L, Lau B, Bautz-Holter E, Roe C: **Change in pain, disability and influence of fear-avoidance in a work-focused intervention on neck and back pain: a randomized controlled trial.** *BMC Musculoskelet Disord* 2015, **16**(1):94.
29. Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman ILD: **Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed.** *Work Stress* 2006, **20**(2):129-144.
30. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KM, Bohlmeijer ET: **Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis.** *Pain* 2011, **152**(3):533-542.
31. Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, Lemaire J: **A population-based, randomized clinical trial on back pain management.** *Spine (Phila Pa 1976)* 1997, **22**(24):2911-2918.

Forskning ved Hysnes Helsefort

Del 2: Studier om karakteristika av og rehabiliteringsprogram for
langtidssykemeldte med sammensatte symptomlidelser

Petter C. Borchgrevink, Tore C. Stiles, Nils Inge Landrø, Astrid Woodhouse,
Julie Aasvik, Karen Hara, Henrik B. Jacobsen

Alle knyttet opp mot Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk,
Fakultet for medisin og helsevitenskap



Innhold

1.	Forskningen ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk (ISB)	38
2.	Sammendrag	40
3.	Bakgrunn	41
3.1	Sammensatte faktorer ved langtidssykemeldinger.....	41
3.2	Gjennomførbarhet og effekt av et diagnose-uavhengig, arbeidsrettet rehabiliteringsprogram	42
3.3	Langtidssykemeldte med kronisk utmattelse.....	42
3.4	Langtidssykemeldte med konsentrasjons- og hukommelsesproblemer.....	43
3.5	Kan genetiske forskjeller moderere effekter av arbeidsrettet rehabilitering?	44
4.	Metode	45
4.1	Studiepopulasjoner	45
4.1.1	Populasjon i studie 1	45
4.1.2	Populasjon i studie 5	46
4.2	Rehabiliteringsprogrammet	46
4.3	Måleinstrumenter	47
4.4	Arbeidsrettet oppfølging etter rehabilitering	49
4.5	Det kognitive treningsprogrammet	50
5.	Resultater	50
5.1	Sammensatte faktorer ved langtidssykemeldinger.....	50
5.2	Gjennomførbarhet og effekt av et diagnoseuavhengig, arbeidsrettet rehabiliteringsprogram.	52
5.3	Langtidssykemeldte med kronisk utmattelse	53
5.4	Langtidssykemeldte med konsentrasjons- og hukommelsesproblemer.....	54
5.5	Kan genetiske forskjeller moderere effekter av arbeidsrettet rehabilitering?	56
6.	Overordnet, samlet diskusjon av de viktigste funnene.....	57

1. Forskingen ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk (ISB)

Følgende personer knyttet opp mot ISB har forfattet denne rapporten:

- Petter C. Borchgrevink, professor ISB og avdelingsoverlege ved Nasjonalt kompetansesenter for sammensatte symptomlidelser (NKSL), St. Olavs hospital (prosjektleder)
- Tore C. Stiles, professor, Psykologisk institutt, NTNU og NKSL
- Astrid Woodhouse, førsteamanuensis ISB og ISM samt manuell terapeut ved NKSL
- Nils Inge Landrø, professor ved psykologisk institutt, UiO og ved ISB/NKSL
- Karen Hara, overlege ved NAV og NKSL samt universitetslektor ved ISM (tidligere stipendiat)
- Julie Aasvik, master i nevrovitenskap (tidligere stipendiat)
- Henrik B. Jacobsen, postdoktor UiO og psykolog ved Smerteavdelingen, OUS (tidligere stipendiat)

I tillegg har følgende personer vært sentrale bidragsyttere i forskningen som rapporten baserer seg på:

- Håvard Kallestad, postdoktor, Institutt for Nevromedisin, NTNU, psykologspesialist St. Olav
- Truls Ryum, førsteamanuensis, Psykologisk institutt, NTNU
- Johan Håkon Bjørngaard, professor, ISM
- Søren Brage, overlege ved Arbeids- og Velferdsdirektoratet
- Roar Johnsen, professor, ISM
- Marius Fimland, forsker, ISM
- Marit By Rise, professor, ISM

Forskerne knyttet opp mot ISB har så langt publisert seks artikler i og sendt seks manuskript til internasjonale, vitenskapelige tidsskrifter. Disse er vedlagt. Hver av dem belyser en eller flere forskningsbaserte problemstillinger som angis nedenfor:

3.1 Sammensatte faktorer ved langtidssykemeldinger: Studie 1, 2, 3 og 4

3.2 Gjennomførbarhet og effekt av et diagnoseuavhengig, arbeidsrettet rehabiliteringsprogram: Studie 1, 5 og 6

3.3 Langtidssykemeldte med kronisk utmattelse: Studie 6,7 og 8

3.4 Langtidssykemeldte med konsentrasjons- og hukommelsesproblemer: 3, 7, 8, 9 og 10

3.5 Kan genetiske forskjeller moderere effekter av arbeidsrettet rehabilitering: Studie 11 og 12

Det dreier seg om følgende studier:

1. Transdiagnostic Group-Based Occupational Rehabilitation for Participants With Chronic Pain, Chronic Fatigue and Common Mental Disorders. A Mixed Methods Study. Submitted.

Hara KW, Borchgrevink PC, Jacobsen HB, Fimland MS, Rise MB, Gismervik S, Woodhouse A.

- 2. Describing patients with a duration of sick leave over and under one year in Norway.**
Jacobsen HB1, Bjørngaard JH, Borchgrevink PC, Woodhouse A, Fimland MS, Hara KW, Stiles TC. Scand J Occup Ther. 2015 Jan; 22 (1): 72-80. doi: 10.3109 / 11038128.2014.957241. Epub 2014 Oct 20.
- 3. Subjective memory complaints among patients on sick leave are associated with symptoms of fatigue and anxiety.**
Aasvik JK, Woodhouse A, Jacobsen HB, Borchgrevink PC, Stiles TC, Landro NI. Front Psychol. 2015 Sep 8;6:1338. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01338. eCollection 2015.
- 4. The role of stress in absenteeism: cortisol responsiveness among patients on long-term sick leave.**
Jacobsen HB, Bjørngaard JH, Hara KW, Borchgrevink PC, Woodhouse A, Landrø NI, Harris A, Stiles TC. PLoS One. 2014 May 2;9(5):e96048. doi: 10.1371/journal.pone.0096048. eCollection 2014.
- 5. The Effect Of Boosted Follow-up by Telephone On Return-To-Work after Completing an Occupational Rehabilitation Program. A Randomized Controlled Study.** Submitted.
Walseth K, Bjørngaard JH, Brage S, Borchgrevink PC, Johnsen R, Halsteinli V, Stiles TC, Woodhouse A.
- 6. Acceptance and Commitment therapy for the multidisciplinary rehabilitation of fatigue.**
Submitted. *Jacobsen HB, Kallestad H, Landrø NI, Borchgrevink PC, Stiles TC.*
- 7. The role of insomnia in the treatment of chronic fatigue.** *Kallestad H, Jacobsen HB, Landrø NI, Borchgrevink PC, Stiles TC.* J Psychosom Res. 2015 May;78(5):427-32. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.022. Epub 2014 Dec 5.
- 8. Metacognitions Are Associated with Subjective Memory Problems in Individuals on Sick Leave due to Chronic Fatigue.**
Jacobsen HB, Aasvik JK, Borchgrevink PC, Landrø NI, Stiles TC. Front Psychol. 2016 May 13;7:729. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00729. eCollection 2016.
- 9. Effectiveness of working memory training among subjects currently on sick leave due to complex symptoms.** Accepted in *Frontiers in Psychology.*
Aasvik J, Woodhouse A, Stiles TC, Jacobsen HB, Landmark T, Glette M, Borchgrevink PC, Landrø NI.
- 10. The effect of poor sleep on neuropsychological functioning in patients with complex symptom disorders.** Submitted.
Aasvik J, Stiles TC, Woodhouse A, Borchgrevink PC, Landrø NI.
- 11. Cognitive-behavioral rehabilitation for subjective cognitive impairments: Additive associations with variants of the COMT-gene.** Submitted.
Jacobsen HB, Langaas M, Skorpen F, Borchgrevink PC, Stiles TC.
- 12. Effekt av FKBP5 genen (rs1360780) for endring grad av frykt- og unngåelsestenkning hos pasienter med vedvarende fatigue og smerter.** Submitted.
Ryum T, Jacobsen HB, Borchgrevink PC, Landrø NI, Stiles TC.

2. Sammendrag

De tolv ferdige studiene fra Hysnes Helsefort utgått fra Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk ved NTNU, har bidratt til mer kunnskaper om de sammensatte symptomlidelsene som ligger til grunn for svært mange langtidssykemeldinger. Når det ble gjennomført en strukturert vurdering av langtidssykemeldte, viste både diagnostikken gjort av lege og psykolog i fellesskap samt deltakernes egen vurdering at et stort flertall hadde 1. mer enn én svært plagsom symptomlidelse, 2.kronisk utmattelse, 3.langvarige smerter og 4.lettere psykiske lidelser. Flere av studiene viste at også søvnproblemer, konsentrasjons- og hukommelsesproblemer samt dårlig stressmestring er uttalte plager hos langtidssykemeldte.

Den mest uttalte plagen hos langtidssykemeldte på Hysnes Helsefort var kronisk utmattelse, en lidelse som vi fikk bekreftet at ikke i det hele tatt kommer med i de offisielle NAV-statistikkene. I en egen til nå upublisert studie så vi på hvilke diagnoser deltakerne på Hysnes var blitt sykemeldt for. Ikke uventet fikk verken kronisk utmattelse eller langvarig smerte noen viktig plass, og kompleksiteten i de langtidssykemeldtes lidelser kom ikke til syne. Det var enten psykiske lidelser eller muskel-skjelett-lidelser som dominerte.

Flere av studiene viste at det er mulig å gjennomføre et virksomt diagnoseuavhengig, arbeidsrettet rehabiliteringsprogram som kan inkludere pasienter med muskel-skjelett-lidelser, langvarige smerter, kronisk utmattelse og lette, psykiske lidelser i samme aksept- og forpliktelsesterapigrupper (ACT). Da Hysnes Helsefort ble etablert, var dette ikke undersøkt, og vi kjenner fortsatt ikke til andre undersøkelser som har vist dette.

I tillegg viste en randomisert studie at langtidssykemeldte som fikk en oppfølgingsamtale over telefon en gang i måneden det første halvåret etter rehabiliteringsoppholdet, i større grad kom tilbake i jobb det første året sammenlignet med kontrollgruppen. Videre oppfølgingsstudier bør utføres for å avgjøre om denne positive utviklingen fortsetter over år. Vi utførte også en annen kontrollert studie som viste at kognitiv minnetrening i tillegg til det arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammet (ARR) forbedrer eksekutive funksjoner vesentlig.

Kognitive funksjonsforstyrrelser som hukommelses- og oppmerksomhetsproblemer har tidligere i liten grad blitt undersøkt systematisk blant personer som er langtidssykemeldte. Vi fant at både subjektiv og objektiv kognitiv dysfunksjon var uttalt hos langtidssykemeldte. At disse plagene i tillegg har sammenhenger med utmattelse, angst og maladaptive metakognisjoner (uhensiktsmessige tanker om egne tanker), er ny kunnskap og kan i neste omgang trekkes inn i behandling og oppfølging av personer som er sykemeldte på grunn av sammensatte symptomlidelser.

Våre resultater viste at de fleste pasienter tilfredsstilte kriterier for klinisk insomni eller subterskel insomni og at insomni var signifikant assosiert med redusert arbeidsminne. Vi fant også at søvnforbedring under arbeidsrettet rehabilitering førte til signifikant reduksjon i utmattelse ved oppholdets slutt. Vi fant videre at søvnforbedringen førte til signifikant mer normalisert cortisolrespons, noe som antyder at søvnforbedring skaper reduksjon i utmattelse via normalisering av kroppens biologiske stress-system. Funnet gir viktige indikasjoner for tiltak som kan forbedre rehabilitering av pasienter med utmattelse ved å gi adekvat søvnbehandling større oppmerksomhet, særlig hos pasienter med uttalte søvnproblemer som er kartlagte før rehabiliteringen starter.

Når man gjennomfører en randomisert, kontrollert, psykologisk orientert rehabiliteringsstudie er det viktig å undersøke om de psykologiske variablene som påvirkes under rehabiliteringen, kan forklare behandlingsresultatet ved endt opphold. Siden den aktuelle rehabiliteringen var basert på en tredjegenes kognitiv terapi, nemlig aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), er det teoretisk antatt at endring i psykologisk fleksibilitet er endringsmekanismen i rehabiliteringen. Våre resultater viser at

det ikke er endring i psykologisk fleksibilitet som fører til symptomreduksjon, men vi fant at en reduksjon i frykt-unngåelses-tenkning var assosiert med redusert utmattelse.

Siden vi både fant en betydelig reduksjon i frykt-unngåelses-tenkning og subjektiv kognitiv funksjon hos en del, men ikke alle deltakerne, gjennomførte vi undersøkelser av blodprøver med tanke på to spesifikke genetiske varianter som kan tenkes å ha betydning for dette. Vi fant holdepunkter for at en variant av henholdsvis FKBP5- og COMT-genet kan ha betydning for hvor fleksibel man er for slike endringer. Dette er studier som bør gjennomføres på nytt i et større materiale.

Det må til slutt understrekes at studiene som har sett på hvilke faktorer som har virket positivt inn, så langt bare har undersøkt effekt fra begynnelse til slutt under oppholdet. De viktigste studiene i denne sammenhengen, nemlig å se på hvilke komponenter og faktorer i det arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammet som har størst betydning for tilbakeføring til arbeid, er under utarbeidelse.

3. Bakgrunn

3.1 Sammensatte faktorer ved langtidssykemeldinger

I NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering – Et inkluderende arbeidsliv” (Sandman-utvalget) står det at “Mange langtidssykemeldte har ubestemte sammensatte lidelser: muskel-skjelettplager og smerte ofte kombinert med lette psykologiske lidelser” I denne sammenhengen etterlyser NOU 2000: 27 ”tverrfaglige utredningsenheter/ rehabiliteringssentra i oppfølgingen av sykemeldte og personer med rehabiliteringsstøtte.”

Vi har lite kunnskap om årsakene til at så mange er langtidssykemeldte. Folkehelse rapporten 2014, som skal være en kunnskapsbase for planlegging av helsetilbud og arbeidsrehabilitering, sier om årsaker til fraværet: “Fleirtallet av sjukmeldingar og langvarige trygdestønader vert gitt for muskel- og skjelettlidingar og vanlege psykiske lidingar som angst og depresjon (NAV, 2012). Dette er vanlege helseplager i befolkninga, også blant dei som ikkje er sjukmelde eller får trygd (Ihlebak, 2010; Wittchen, 2011).» Og videre: “Én av hundre arbeidsdager tapes på grunn av sjukmelding for psykiske lidelser, og en økende andel tilskrives lettere psykiske lidelser (Brage, 2012). I 2011 var hver tredje uførepensjon tilskrevet en psykisk lidelse. Over halvparten av de som fikk uførepensjon før 40 års alder, fikk uførepensjon begrunnet i en psykisk lidelse (NAV, 2014).”

I et annet kapittel i den samme Folkehelse rapporten står det: «I Norge kan halvparten av uførhetstilfellene tilskrives langvarig smerte (Landmark., 2013; Nielsen, 2013). Smertetilstander er også den ledende årsaken til langtidssykefravær. Tall fra NAV viser at muskel- og skjelettlidelser alene utgjorde 40 prosent av syke-fraværsdagene dekket av Folketrygden i 2013 (NAV, 2013).”

Vi ønsket å se på hva som kjennetegner pasienter ved Hysnes Helsefort som har vært sykemeldt over og under ett år, da dette er et naturlig skille i sykemeldingsprosessen med tanke på inntekt og oppsigelsesvern. Faktorer som ofte er blitt oversett, er utmattelse, kognitiv dysfunksjon og søvn. Selv om disse plagene kan tenkes å ha stor betydning for tilpasninger i arbeidslivet, har slike forhold i liten grad vært undersøkt systematisk hos langtidssykemeldte. Vi ønsket å se om endret kortisolrespons var en fellesnevner hos pasienter på langtidssykemelding. Vi planla og gjennomførte derfor en sosial stressstest på 87 tilfeldig utvalgte deltakere. Testen ligner på de utfordringene deltakerne kan bli

utsatt for i jobbsituasjoner. Det er første gang det planlegges og gjennomføres en laboratorietest som regnes som gullstandard for eksperimentell undersøkelse i stressforskning.

Forskningsspørsmål for å belyse sammensatte faktorer ved langtidssykemeldinger:

- *Hvilke andre plager enn muskel-skjelett-lidelse og psykiske lidelser har langtidssykemeldte?*
- *Hva slags relasjoner er det mellom de forskjellige lidelsene?*
- *Hva er fordelingen av lidelser innen en populasjon av langtidssykemeldte?*
- *Er det forskjeller i sykdomsprofil for sykemeldte på langtidssykemelding (første året) i forhold til de som er på arbeidsavklaringspenger (de som er sykemeldt over et år)?*
- *Er kortisolresponsen under stress mindre fleksibel hos langtidssykemeldte med utmattelse sammenlignet med langtidssykemeldte uten utmattelse?*

3.2 Gjennomførbarhet og effekt av et diagnoseuavhengig, arbeidsrettet rehabiliteringsprogram

Behovet for å gi et godt rehabiliteringstilbud til pasienter med ulike sammensatte lidelser har kommet til uttrykk en rekke ganger de siste årene. I NOU 2000:27 "Sykefravær og uførepensjonering – Et inkluderende arbeidsliv" (Sandman-utvalget) står det at "Mange langtidssyke med ubestemte sammensatte lidelser mangler i dag et tverrfaglig utrednings- og behandlingstilbud som kan avklare den medisinske tilstanden og funksjonsnivå og bidra til opptrening av funksjonsevnen. I tillegg til fysiske plager vil mange utvikle psykiske symptomer som nedstemthet, oppgitthet, manglende tro på framtida og egne muligheter, redsel for å feile noe alvorlig og usikkerhet i forhold til mulighet for bedring."

I foretaksmøte 16.04.08 heter det: "Helse Midt-Norge RHF skal gjennomføre et forprosjekt med hensikt å etablere et rehabiliteringstilbud innrettet mot ulike pasientgrupper med sikte på tilbakeføring til arbeid. Dette gjelder f. eks. personer med sammensatte lidelser, personer med lidelser i muskel/skjelettsystemet og personer med CFS/ME."

3.3 Langtidssykemeldte med kronisk utmattelse

Kronisk utmattelsessyndrom (CFS) er en tilstand som først og fremst kjennetegnes av vedvarende og alvorlig utmattelse av minst seks måneders varighet. Det fører til betydelige forstyrrelser i den enkeltes daglige funksjon. Utmattelsen må ikke kunne forklares av og heller ikke være et resultat av pågående anstrengelse, og ikke bedres av hvile. I tillegg til trøtthet krever de diagnostiske kriteriene tilslutning fra fire eller flere av følgende symptomer: muskel- og leddsmerte, hodepine, sår hals, r minne eller konsentrasjon, søvnmangel, og tretthet som varer mer enn 24 timer etter anstrengelse.

En faktor som kan være involvert i vedlikehold av CFS er insomni. Insomni kan defineres som den subjektive opplevelsen av forstyrret eller dårlig søvn som gir opphav til vansker på dagtid til tross for tilstrekkelig mulighet for søvn. Til tross for sin høye forekomst, er søvnløshet ofte oversett i kliniske settinger, og det er underdiagnostisert hos pasienter med CFS.

CFS og søvnløshet har overlappende funksjoner. Mellom 87% og 95% av pasientene som oppfyller kriteriene for CFS rapporterer ikke oppfriskende søvn. På den annen side er utmattelse et kjernesymptom på søvnløshet. Som i søvnløshet, er CFS mer assosiert med subjektiv opplevelse av søvnforstyrrelser enn objektive mål på dårlig søvn. Svekkelse i hukommelsen eller konsentrasjon er et symptom på både søvnløshet og CFS. Det er mulig at en del av belastningen CFS-pasienter opplever kan være relatert til dårlig søvnkvalitet og søvnløshet, mens andre har antydning at

søvnløshetsymptomer i CFS er sekundært til smerte og depresjon.

Adaptive reaksjoner og aktivering av stress kan være en felles faktor hos insomni og CFS. Søvn er viktig for å gjenopprette evnen til å regulere følelser når de utsettes for negative stimuli og kan ha en stressreducerende effekt. Hos pasienter med CFS er evnen til å komme seg etter en stressor svekket, og stress forverrer symptomene på tretthet. I sin fysiologi viser CFS-pasienter liten variasjon i kortisol når de utsettes for en naturalistisk stressor som oppvåkning eller i laboratoriet med Trier Social Stress Task. Denne lave kortisolvariasjonen har blitt hevdet å være et fysiologisk uttrykk for vital exhaustion, en mental tilstand hvor evnen til å tilpasse seg stress blir forstyrret. Dette kan være en av de biologiske faktorer som bidrar til vedlikehold av CFS.

Forskningsspørsmål for å gi mer innsikt om kronisk utmattelse hos langtidssykemeldte

- *Vil et 3,5-ukers rehabiliteringsprogram med aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) forbedre utmattelse og livskvalitet hos langtidssykemeldte pasienter med kronisk utmattelse?*
- *Vil økning i psykologisk fleksibilitet under ARR føre til redusert utmattelse og bedre livskvalitet ved endt opphold hos pasienter med kronisk utmattelse?*
- *Vil maladaptive metakognitive oppfatninger ved start av rehabiliteringsprogrammet være assosiert subjektiv kognitiv dysfunksjon?*
- *Vil en reduksjon i maladaptive metakognitive oppfatninger under ARR føre til mindre subjektiv kognitiv dysfunksjon ved avsluttet rehabiliteringsopphold, uavhengig av endringer i utmattelse, smerte, søvnløshet, depresjon og angst?*
- *Vil bedring av søvnproblemer under rehabiliteringsoppholdet føre til redusert utmattelse etter endt opphold hos pasienter med kronisk utmattelse?*
- *Vil bedring av søvnproblemer under rehabiliteringsoppholdet føre til normalisering av kortisolrespons ved oppholdets slutt hos pasienter med kronisk utmattelse?*

3.4 Langtidssykemeldte med konsentrasjons- og hukommelsesproblemer

Kognitive funksjonsvansker (konsentrasjon, hukommelse, problemløsningsevne etc.) er godt dokumentert både hos pasienter med kroniske smerter, utmattelse samt depresjon/angst. Betydningen av søvnvansker har i mindre grad vært undersøkt. Subjektiv opplevelse av kognitive dysfunksjoner er målt med Everyday Memory Questionnaire og med objektive nevropsykologiske tester relatert til arbeidshukommelse og inhibitorisk kontroll.

Tidligere forskning har vist at både smerte, depresjon, angst og fatigue er assosiert med svekkelser i hukommelse og konsentrasjon, men vi vet fortsatt lite om de underliggende aspektene/mekanismene for slike vansker. Vi ønsket å undersøke både subjektive og objektive aspekter ved hukommelse og konsentrasjon hos sykemeldte med sammensatte symptomlidelser.

I tillegg ønsket vi å undersøke om det er mulig å øke kapasiteten for hukommelse og konsentrasjon ved målrettet trening. I treningsstudien fokuserte vi på en spesifikk funksjon kalt arbeidsminne. Arbeidsminnet kan forstås som et mentalt arbeidsrom, det defineres som evnen til å holde informasjon aktivt representert i oppmerksomheten, samt å kunne manipulere denne informasjonen på en effektiv og målrettet måte. Arbeidsminnet er nært knyttet til oppmerksomhet og er en sentral kognitiv funksjon som underligger nesten all form for høyere/mer sofistikert kognitiv prosessering. Vi bruker arbeidsminnet for å holde tråden i samtaler, for å knytte informasjon sammen på en meningsfylt måte, samt innen problemløsning. Arbeidsminnet støttes/reguleres av et sett av underliggende kontrollmekanismer, og disse er involvert i regulering av atferd og emosjonelle responser.

Forskningsmål for å belyse konsentrasjons- og hukommelsesvansker hos langtidssykemeldte:

- Å identifisere symptomer assosiert med subjektive hukommelsesplager blant personer som er sykemeldt på grunn av symptomer på kronisk smerte, utmattelse, depresjon, angst og søvnløshet (studie 3).
- Å undersøke hvordan søvnevansker påvirker nevropsykologiske funksjoner blant personer som er sykemeldt på grunn av symptomer på kronisk smerte, utmattelse, depresjon, angst og søvnløshet (studie 10).
- Å undersøke om effektene av et kognitivt treningsprogram påvirker nevropsykologiske funksjoner og subjektive hukommelsesplager blant personer som er sykemeldt på grunn av symptomer på kronisk smerte, utmattelse, depresjon, angst og søvnløshet (studie 9).
- Å studere sammenhenger mellom maladaptive metakognisjoner og subjektive hukommelsesplager blant personer som er sykemeldt på grunn av symptomer på kronisk smerte, utmattelse, depresjon, angst og søvnløshet (studie 8).

3.5 Kan genetiske forskjeller moderere effekter av arbeidsrettet rehabilitering?

Siden den arbeidsrelaterte rehabiliteringen på Hysnes Helsefort var basert på aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), som er en tredjegerasjons kognitiv terapi, vil man teoretisk sett anta at en symptomreduksjon og økt arbeidsevne kan tilskrives endring i kognitiv prosess og kognitiv innhold. Det er endring i måte å tenke på som skaper bedring i symptomer og funksjon. Særlig har det vært mye fokus på å undersøke i hvilken grad bedring i subjektiv kognitiv funksjon og reduksjon i frykt-unngåelsestenkning fører til symptomreduksjon og økt arbeidsevne.

En ny tilnærming er å undersøke genetiske faktorer som antas å være sentrale i endringsmekanismer i nyere psykologisk orienterte behandlingsmetoder. Vi valgte å undersøke i hvilken grad spesifikke genetiske varianter påvirker plastisiteten i subjektiv kognitiv funksjon og frykt-unngåelsestenkning. Det siste er viktig å undersøke fordi det vil gjøre det mulig å identifisere pasienter med høyere vs. lavere endringspotensiale og åpne opp for mer fokus på personalisert rehabilitering.

Vi ønsket å se på COMTgenet som koder for aktivitet i hjernens dopaminsystem, mer spesifikt påvirker prefrontal funksjon ved å gi for lite eller for mye dopamin. Polymorfismen COMTval158met har gjentatte ganger blitt assosiert med lav fleksibilitet og liten kontroll av oppmerksomhet når en utfører mentale oppgaver.

se.

Forsknings spørsmål for å besvare om genetiske forskjeller kan moderere effekter av arbeidsrettet rehabilitering

- *Har varianter av COMT Val158Met-genet betydning for bedring i subjektiv kognitiv funksjon etter endt arbeidsrettet rehabiliteringsopphold?*

- *Kan ulike genotyper av r1360780 predikere endring i grad av frykt- og unngåelsestenkning hos et utvalg pasienter som har mottatt korttids arbeidsrettet rehabilitering for utmattelse og smerterelaterte tilstander?*

4. Metode

4.1 Studiepopulasjoner

For alle tolv studiene var de aktuelle deltakerne personer mellom 18 og 59 år som hadde vært sykmeldt åtte uker eller mer og henvist fra sin fastlege (eller spesialisthelsetjenesten) til arbeidsrettet rehabilitering. Eksklusjonskriterier var de samme som Hysnes mottakspoliklinikk vurderte som uforenlige med et rehabiliteringsopphold: 1) pågående alkohol- eller narkotikamisbruk, 2) alvorlig somatisk lidelse (f.eks. langtkommen kreftsykdom, ustabil hjertesykdom) eller psykisk lidelse (f.eks. aktive tanker om selvmord, psykose, pågående manisk episode), 3) spesifikk lidelse som krevde spesifikk behandling før rehabilitering kunne vurderes, 4) graviditet, 5) for dårlige norskkunnskaper til å delta i gruppesesjoner. Alle de henviste pasientene som deltok i rehabilitering ved Hysnes Helsefort ble spurt om å være med i studien.

4.1.1 Populasjon i studie 1

Nedenfor vises figur av inklusjon av deltakere i studie 1 som dannet basis for alle de andre studiene unntatt studie 4, 5, 10, 11 og 12.

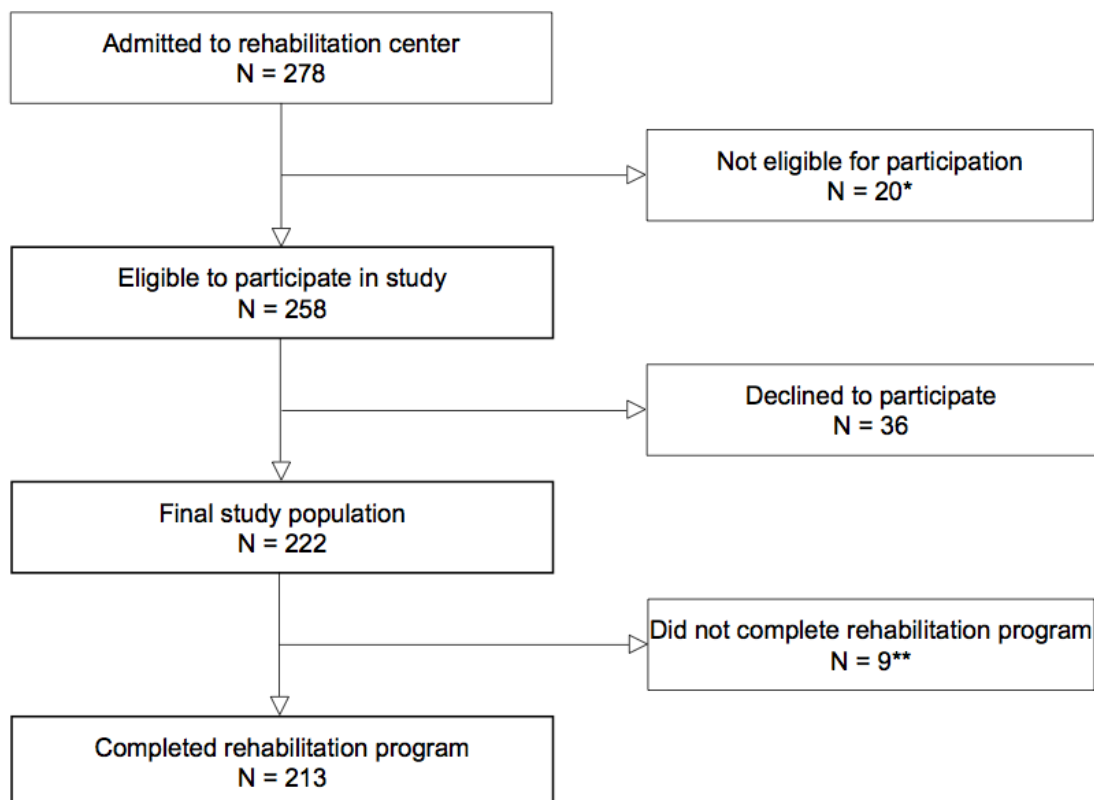


Fig. 1: Flytskjema over studiedeltagelse. Totalt ble 222 deltakere inkludert i studie 1 fra januar 2012 til juni 2013. *Ikke inkluderbar grunnet svangerskap (1), inkomplett studieregistrering (3), student

med mål om retur til studier fremfor jobb (6) ikke mottaker av verken arbeidsavklaringspenger eller sykepenger (10). **fullførte ikke rehabiliteringsprogrammet grunnet akutt sykdom(3) eller personlig/familiær årsak(6)

4.1.2 Populasjon i studie 5

278 deltakere ble godkjent for deltakelse. Alle de 213 deltakere som fullførte rehabiliteringsoppholdet (se fig 1) ble inkludert i studie 5. Nest siste dag av oppholdet ble de randomisert til enten standard arbeidsrettet oppfølging (kontrollgruppen, n= 109) eller styrket arbeidsrettet oppfølging (intervensjonsgruppen, n= 104). Se figur 2 for detaljer.

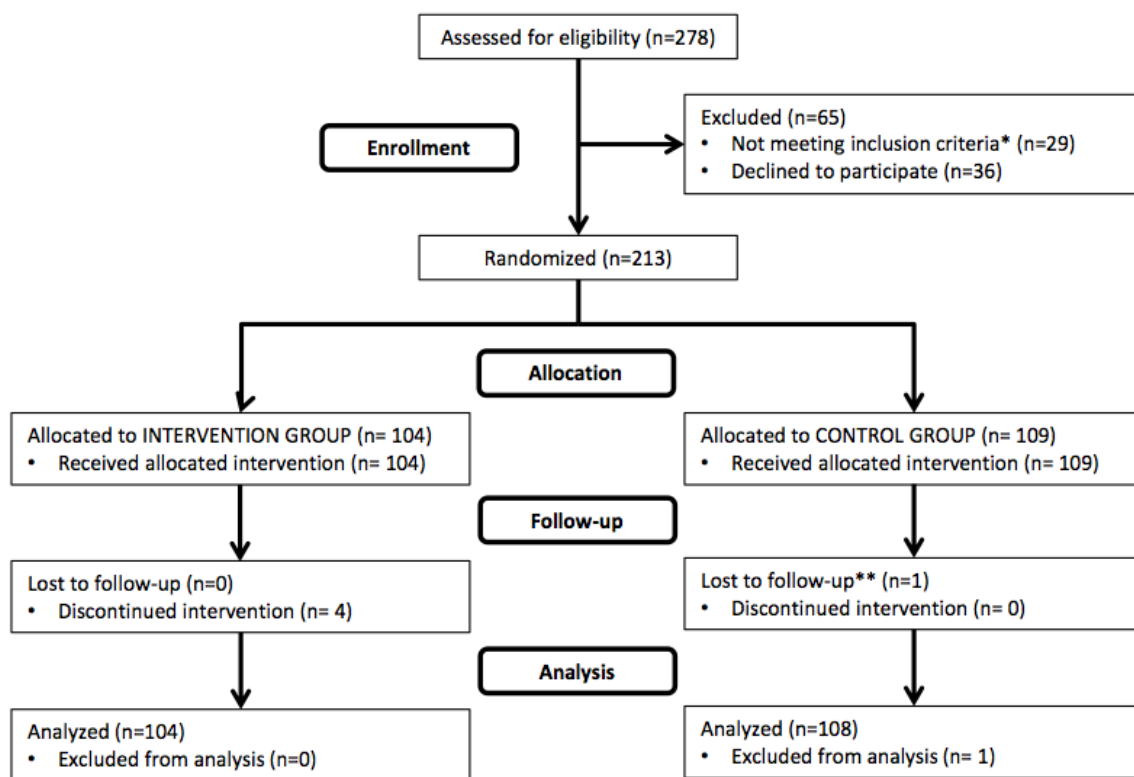


Fig 2. Oversikt over inklusjon og randomisering for studie 5. * ikke inkluderbar (se fig 1 for årsaker)** Manglet data på primært endepunkt (arbeidsdeltagelse).

4.2 Rehabiliteringsprogrammet

Alle deltakerne i de tolv studiene gjennomgikk det som i ISM-rapporten er benevnt som det lange rehabiliteringsprogrammet, som altså ble gjennomført i løpet av 3 ½ uker. Det inneholdt både individuelle og gruppebaserte timer og var organisert som seks til sju timers «arbeidsdager». To til tre rehabiliteringsterapeuter hadde ansvaret for grupper på inntil åtte deltakere. Hovedelementene i rehabiliteringen var ACT, fysisk trening og å lage en plan for bærekraftig retur til arbeid.

Rehabiliteringsterapeutene hadde ulik bakgrunn (fysioterapi, psykologi, treningsfysiologi, sykepleie eller annet).

Det ble arrangert en «nettverksdag». Denne dagen kunne deltakeren ta med seg en eller flere personer (vanligvis familie eller nære venner) slik at disse kunne få innsikt i rehabiliteringsprosessen og dermed kunne understøtte den videre prosessen etter oppholdet. I det korte programmet ble det arrangert et arbeidsplassbesøk dersom det var relevant og deltakeren aksepterte dette. Hensikten med arbeidsplassbesøket var å identifisere hindringer og løsninger for retur til arbeid. Hvis deltakeren ikke hadde en arbeidsgiver kunne det arrangeres tilsvarende møte med NAV.

Selvrapportert informasjon om helse og funksjon ble målt med internettbaserte spørreskjema. Disse ble fylt ut før den polikliniske screeningen, ved programstart, programslutt og ved 6 og 12 måneders oppfølging. Deltakerne mottok en SMS når de skulle svare på et nytt spørreskjema, ved manglende svar fikk de påminnelser. Hvis de ikke hadde svart etter to påminnelser, kontaktet en prosjektmedarbeider dem via telefon for en siste påminnelse. De mest sentrale spørreskjemaene er beskrevet nedenfor.

4.3 Måleinstrumenter

Demografi

Demografi er registrert med NOSF-MISS spørreskjema som kartleggingsverktøy. NOSF-MISS skjema er utarbeidet av Norsk smerteforening for bruk i norske smerteklinikker og består av viktige personalia, samt andre ulike validerte spørreskjema (62).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er registrert med to ulike spørreskjema hvor «Norsk funksjonsskjema» er det største i denne studien (63). Originalt ble skjemaet laget som en 4-poengs skala, men er senere endret til 5-poengs på grunn av høyere validitet og styrke (64). For variablene under fysisk funksjon består skjemaet av 24 spørsmål fordelt på 4 temaer (gå/stå, holde/plukke, løfte/bære og sitte). Andre del av skjemaet omhandler variabler som i denne studien kategoriseres under psykisk helse. Det er 15 spørsmål fordelt på 3 temaer (mestre, samhandling/kommunikasjon og sanser). Hvert spørsmål er gradert som en 5-poengs skala, rangert fra 0 (ingen vansker) til 4 (kan ikke). Scoringene summeres innenfor hvert tema, og det måles et gjennomsnitt. En lavere score indikerer bedre funksjon.

Det andre skjemaet er et domene fra SF-36, som handler om fysisk aktivitet (65). Det er 10 spørsmål som hvert er gradert med en 3-poengs skala, rangert fra 0 (Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt) til 2 (ja, begrenser meg mye). Scorene summeres og omregnes etter gjeldende regnenøkkel for å gi en gradering mellom 0-100, hvor en høyere score indikerer bedre funksjon. SF-36 er et validert spørreskjema og har fått en Cronbach's alpha score på over 0.85 (66, 67).

Frykt og unngåelsesatferd

Frykt og unngåelsesatferd er registrert med «Fear avoidance Beliefs Questionnaire» (FABQ) (68). Spørreskjemaet er todelt. Del 1 handler om fysisk aktivitet og består av 5 spørsmål. Hvert spørsmål er gradert som en 7-poengs skala, rangert fra 0 (helt uenig) til 6 (helt enig). Scoringene summeres og gir en gradering mellom 0-30. Del 2 handler om arbeid og består av 11 spørsmål. Hvert spørsmål er gradert som en 7 poengs skala, rangert fra 0 (helt uenig) til 6 (helt enig). Scoringene summeres og gir en gradering mellom 0-66. Høyere score indikerer større frykt og unngåelses adferd. Spørreskjemaet er validert til bruk i Norge (69). Cronbach's alpha score er beregnet på spørsmålene som omhandler fysisk aktivitet til å være 0,85 og på spørsmålene som omhandler arbeid til å være 0.93 (70).

Katastrofetenkning

Katastrofetenkning er registrert med «Pain Catastrophizing Scale» (PCS) (71). Det består av 13

spørsmål. Hvert spørsmål er gradert etter en 5-poengs skala, rangert fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (hele tiden). Scoringene summeres og gir en gradering mellom 0-52. Høyere score indikerer økt katastrofetenkning. PCS er validert for bruk i Norge, og det er beregnet en Cronbach's alpha score for hele spørreskjemaet på 0.90 (72).

Smerte og smertemestring

Smerte er registrert med «Brief Pain Inventory» (BPI) (73). Fra BPI er det brukt 3 spørsmål; sterkeste smerte, svakeste smerte og gjennomsnitts smerte fra den siste uken. Disse graderes på en 11-poengs skala, rangert fra 0 (ingen smerte) til 10 (verst tenkelig smerte). Scoringene måles med en mean score. BPI har fått anbefalinger for bruk i forskningssammenheng hos blant annet IMMPACT (74). BPI er i denne studien med som en del NOSF-MISS-skjemaet (62). Både den originale utgaven samt den norske utgaven av BPI er validerte (75, 76)

Det er inkludert to spørsmål om smertemestring fra «Coping Strategies Questionnaire» (CSQ) (77). Disse spørsmålene lyder: «Når jeg har smerte er det forferdelig og jeg føler at det aldri kommer til å bli bedre» og «Når jeg har smerte føles det som om jeg ikke holder ut». Begge spørsmålene er gradert på en 7-poengs skala, rangert fra 0 (aldri) til 6 (alltid). Scoringene summeres og gir en gradering mellom 0-14. En lavere verdi indikerer bedre smertemestring. CSQ er et validert selvrapporterings-skjema og et av de mest brukte spørreskjemaene på måling av smertemestring (78).

Søvn

Søvn er registrert med "The Insomnia Severity Index" (ISI) (79). Skjemaet som består av 7 spørsmål der hvert spørsmål er gradert som en 5-poengs skala, rangert fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (store problemer). Scoringene summeres og gir en gradering mellom 0-28. En score på ≥ 15 er satt som cut-off med indikasjon på søvnproblematikk. ISI er reliabel, valid og et sensitivt selvrapporterings-skjema, som er anbefalt som screening verktøy og som utfallsmål ved behandling av og forskning på søvnproblematikk. Internreliabiliteten for ISI er rapportert å være 0,74 (79, 80).

Utmattelse

Utmattelse er registrert med "The Chalder Fatigue Questionnaire" (CFQ) (81), som består av 11 spørsmål. Disse omfatter både fysisk og mental utmattelse. Hvert spørsmål har fire svarkategorier som scorer bimodalt, 0-0-1-1. Besvarelsen scores som sum med gradering mellom 0-11. Det er satt en cut-off på ≥ 5 for utmattelsesproblematikk. Skjemaet er både reliabelt og valid, og er også validert for bruk i Norge. Cronbach's alpha score er beregnet for alle spørsmålene til mellom 0,88- 0,90 (82, 83).

Hukommelse

Hukommelsesplager er registrert med "The Everyday Memory Questionnaire- Revised " (EMQ-R) (84). EMQ-R var opprinnelig utviklet av (85), men ble senere revidert og kortet ned av (84). Skjemaet består av 13 spørsmål hvor det er mulig å skille mellom tre faktorer. Kun to av dem er blitt identifisert 1: gjenfinning, og 2: oppmerksomhet. Den tredje ikke er identifisert eller navngitt. Hvert spørsmål er gradert i en 5-poengs skala rangert fra A som er 0 poeng til E som er 4 poeng. Totalscoren summeres og deles på antall spørsmål for å få frem generell hukommelse, som vektlegges i denne studien, og gir en gradering mellom 0-4 poeng. En høyere score indikerer økte hukommelsesvansker. Reliabilitetstester på EMQ har vist en sterk intern reliabilitet med en Cronbach's alpha score på 0,89 (84).

Depresjon og angst

Depresjon og angst er registrert med " The Hospital Anxiety and Depression Scale " (HADS) (86). Skjemaet består av 14 spørsmål som deles inn i to underskaleringer med depresjon og angst. Hvert spørsmål graderes fra 0-3, og summeres til slutt for hver gruppe. Dette gir en gradering mellom 0-21 i hver gruppe. En score ≥ 8 er satt som cut-off med indikasjon på hver av gruppene. De psykometriske egenskapene til bruk som selvrapporterings verktøy har blitt validert fra 0,40 til 0,74 (mean 0,56).

Cronbach's alpha for HADS-A varierte fra 0,68 til 0,93 (mean 0,83) og for HADS-D fra 0,67 til 0,90 (mean 0,82) (87).

For depresjon er det også brukt et domene fra SF36 som omtales som «Mental Health Inventory 5» (MHI-5) (88). Det er 5 spørsmål som er gradert på en 6-poengs skala, rangert fra 1 (hele tiden) til 6 (ikke i det hele tatt). Scorene summeres og omregnes etter gjeldende regnenøkkel for å gi en gradering mellom 0-100. Høy score indikerer god mental helse. Den norske versjonen er validert og viste gode psykometriske egenskaper (89). Cronbach's alpha er beregnet til 0.82.

Sosial deltakelse

Sosial deltakelse er registrert med to domener fra «The Psychosocial Assessment Instrument» (PAI) (90). Det er 4 spørsmål om sosial deltakelse. Disse er gradert på en 6-poengs skala, rangert fra 0 (meget utilfredsstillende) til 5 (meget tilfredsstillende). Scoren blir summert og gir en gradering mellom 0-20. En høyere score indikerer en bedre familie-/vennerelasjon. Det er også med 9 spørsmål om forhold til arbeid, kolleger og ledelse. De er gradert på en 0-3 poengs skala, rangert fra 0 (ikke i det hele tatt) til 3 (mye). Scoren summeres og gir en gradering mellom 0-36. En høyere score indikerer en økt tilfredshet med arbeidsplass og kolleger/ledelse.

4.4. Arbeidsrettet oppfølging etter rehabilitering

Vi sammenlignet effekten av to ulike oppfølgingsregimer i etterkant av et standard Hysnes-opphold i en RCT-studie. Alle fikk ordinær oppfølging lokalt, og intervensjonsgruppen. Fikk i tillegg et styrket oppfølgingsregime.

Ordinær oppfølging: Alle deltagerne fikk oppfølging lokalt i henhold til nasjonale retningslinjer for personer som mottar midlertidige NAV-ytelser. Ordinær oppfølging innebar individualisert oppfølging gitt av kommunale aktører; fastlegen, eventuell arbeidsgiver, NAV-kordinator og ev. andre. I denne studien ble det ikke registrert detaljer omkring ordinær oppfølging.

Styrket oppfølging: Deltagere som var randomisert til styrket oppfølging, fikk seks måneders oppfølging av fagkoordinator ved Hysnes Helsefort. Fagkoordinator hadde hatt ansvar for oppfølgingen av deltageren de 3 ½ ukene som Hysnes-oppholdet varte og var dermed godt informert om deltagerens hjemmesituasjon og arbeidssituasjon, hans eller hennes individuelle plan for arbeidsdeltagelse, opplevde barrierer for arbeidsretur og også progresjon eller andre forandringer som hadde skjedd under Hysnes-oppholdet.

Informasjon om deltagerens NAV-ytelser, arbeidsstatus og antall arbeidstimer ble hentet fra NAVs databaser. Dette inkluderte både medisinske ytelser (sykemelding, arbeidsavklaringspenger, uføretrygd) og ikke-medisinske ytelser (arbeidsledighetstrygd, barnetrygd, sosialstønad). Antall timer i lønnet arbeid ble hentet fra perioden 6 uker før Hysnes-oppholdet til 56 uker etter avsluttet opphold.

Det primære utfallsmålet var tilbakeføring til lønnet arbeid (antall timer pr uke) fra avslutning av Hysnesopphold og gjennom det påfølgende år (56 uker). Antall timer ble deretter dikotomisert til lønnet arbeid ≥ 1 dag (7.5 timer) per uke da dette ble ansett som et meningsfullt første steg tilbake til ordinært arbeid for personer med dårlig forventet prognose. Det ble også utført analyser med andre cut-off score: "minimum 50% jobb" definert som ≥ 2.5 dager (18.75 timer) per uke og "fulltidsjobb" definert som ≥ 4 dager (30 timer) per uke.

Det ble også utført kostnadsanalyser der kostnad av styrket oppfølging per deltager ble beregnet avhengig av hvilken type kontakt (telefon, videokonferanse, møte) og hvor mange kontaktpunkt som var registrert.

4.5 Det kognitive treningsprogrammet

Noen deltakere som hadde sagt ja til å være med i det generelle forskningsprogrammet ved Hysnes Helsefort, ble i tillegg spurt om de ønsket å være med i et forskningsprosjekt som hadde til hensikt å undersøke hvorvidt det er mulig å trene opp hukommelse og konsentrasjon ved bruk av et adaptivt treningsprogram designet for å trene arbeidsminne, et program kalt Cogmed.

Deltakere ble randomisert til enten å få arbeidsminnetrening i tillegg til den arbeidsrettede intervensjonen på Hysnes Helsefort eller til en gruppe som kun fikk det arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammet.

Dette interaktive treningsprogrammet, utviklet av Klingberg, går over fem uker og består av totalt 12 oppgaver som er designet for å trene ulike aspekter ved arbeidsminnet. Deltakerne skal trene alle hverdager og hver treningsøkt tar ca. 30-45 minutter. Treningsprogrammet er kalibrert slik at alle starter med svært enkle oppgaver. Vanskelighetsgraden økes så i takt med hver enkelt deltakers prestasjoner slik at deltakeren hele tiden presses til å trene helt på grensen av hva de kan prestere.

For å kunne avgjøre hvorvidt slik trening har en overføringsverdi dvs. forbedrer prestasjoner på andre oppgaver enn de som ble gitt i treningsprogrammet, ble hver deltaker målt på et sett av nevropsykologiske tester før og etter treningsperioden. En slik nevropsykologisk utredning tok ca. to timer. Dersom deltakerne viser signifikant bedring på post-test kan det tyde på at arbeidsminnetreningen har hatt effekt.

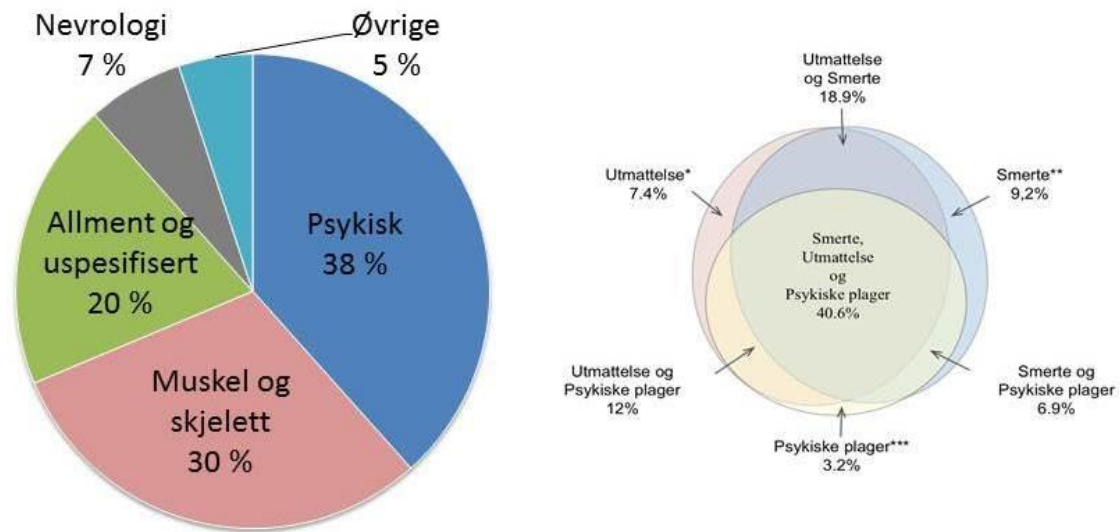
5. Resultater

5.1 Sammensatte faktorer ved langtidssykemeldinger

Studie 1: Diagnoseuavhengig, gruppebasert rehabilitering av deltakere med langvarig smerte, kronisk utmattelse og lettere psykiske lidelser.

Et delmål med denne studien var å se på hvilke og hvor komplekse plager og symptomer langtidssykemeldte har. Hovedmålet med studien sorteres under punkt 5.2, og det meste av studien presenteres derfor lenger ned.

Som det framgår av Venn-diagrammet til under til høyre, rapporterte de fleste (76%) av de 213 deltakerne ved Hysnes Helsefort et betydelig høyt symptomtrykk for å ha mer enn en symptomlidelse. Det vanligste symptomet var kronisk utmattelse (79%), tett fulgt av langvarige smerter (75%) og psykiske plager (62%). En tilleggsundersøkelse som så på hva disse deltakerne var blitt sykemeldt for, ga et mindre differensiert bilde. Som det framgår av kakediagrammet i fig. 3, var hoveddiagnose ved sykmelding psykiske lidelser (38%) og muskel-skjelett-lidelser (30%). Kun 22% fylte diagnosekriterier for en pågående psykisk lidelse (ICD-10) ved klinisk undersøkelse.



Figur 3. Til venstre: Kakediagram over sykemeldingsdiagnoser registrert i data fra NAV. Til høyre: Venn-diagram som viser prosentandel av deltakerne som selvrapporterte kronisk smerte, kronisk utmattelse eller psykiske plager og overlapp mellom disse tilstandene. 3.3% av deltagerne rapporterte ingen av tilstandene. *Kronisk utmattelse: ≥ 4 på Chalder Fatigue Scale og varighet ≥ 6 måneder, **Kronisk smerte: \geq moderat til svært alvorlig smerte og varighet ≥ 6 måneder, ***Psykiske plager: ≥ 8 for angst og/eller depresjons domene av HADS (Hospital Anxiety Depression Score).

Studie 2: Sammenligning av symptomprofil hos pasienter med sykefravær over og under ett år

Den estimerte forekomsten av smerte, utmattelse, angst og depresjon var samlet sett høy. Det var en tendens til høyere prevalens av utmattelse, angst og depresjon hos personer med sykefravær mindre enn ett år, med unntak av søvnproblemer, som var mer hyppig hos pasienter med sykefravær av lengre varighet. Disse hadde også et dårligere forholdet til venner, familie, kolleger og den siste arbeidsplassen. Tverrsnitts-analyser indikerte at sosiale og arbeidsrelaterede problemer er mer uttalte for pasienter med lengre sykefravær, mens psykiske og somatiske symptomer er mer plagsomme det første året.

Studie 3: Hukommelsesvansker hos sykmeldte er assosiert med symptom på utmattelse og angst

Målet med studien var å identifisere symptomer assosiert med subjektive hukommelsesplager (SMCS) blant personer som er sykmeldt på grunn av symptomer på kronisk smerte, tretthet, depresjon, angst og søvnløshet.

Sykmeldte ($n = 167$) ble bedt om å fullføre en omfattende undersøkelse bestående av følgende: deltakernes beskrivelse av sin sosiodemografi, ett element fra SF-8 helseundersøkelsen som måler smerte, Chalder fatigue Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, Insomnia Severity Index, og Everyday Memory Spørreskjema - Revidert. Generell lineær modellering ble brukt til å analysere variabler knyttet til SMCS.

Symptomer på tretthet (p -verdi $< 0,001$) og angst (p -verdi = $0,001$) var unikt og signifikant assosiert med hukommelsesvansker. Assosiasjoner med symptomer på smerte, depresjon og søvnløshet var ikke statistisk signifikante.

Konklusjonen er at selvopplevde hukommelsesproblemer bør anerkjennes som en del av de

komplekse symptomene som mange langtidssykemeldte angir, spesielt hos de som plages av utmattelse og angst.

Studie 4: Kortisolrespons hos langtidssykemeldte pasienter

Målet med denne studien var å undersøke stressresponsen målt med kortisol i spytt hos et representativt utvalg på 87 langtidssykemeldte som gjennomgikk Trier Social Stress Test for grupper. At denne testen ga deltakerne et intenst stress, ble dokumentert ved en uttalt økning av hjertefrekvens og subjektivt stress målt med visuelle analoge skalaer som indikerte betydelig autonom og psykisk aktivisering.

Deltakere presenterte en svært lav kortisol-variasjon med en maksimal økning kortisol i spytt på 26% (95% KI, 0,21 til 0,32), betydelig lavere enn i en kontrollgruppe. De aktuelle funnene er den første beskrivelsen av en "avstumpet" kortisolrespons i en heterogen gruppe av pasienter med langtidsfravær. Resultatene tyder på mangel på reaktivitet i kortisolutskillelse som en mulig biologisk kobling involvert i veien mellom stress, vedvarende aktivering og manglende sunn stressrespons når dette er nødvendig.

5.2 Gjennomførbarhet og effekt av et diagnoseuavhengig, arbeidsrettet rehabiliteringsprogram

Studie 1: Diagnoseuavhengig, gruppebasert rehabilitering av deltakere med langvarig smerte, kronisk utmattelse og lettere psykiske lidelser. A Mixed Methods Study

Det overordnede målet med denne studien var å undersøke gjennomførbarheten av et nytt transdiagnostisk, gruppebasert arbeidsrettet rehabiliteringsprogram for deltakere med langvarig smerte, langvarig utmattelse og psykiske lidelser.

Observasjonsdata på individuell deltakelse og gruppeklima ble utvidet med kvalitative data fra fokusgruppeintervju med deltakere. Programgjennomføring blant deltakerne var høy (96%). De som fullførte deltok aktivt (95%) i programmet. Totalt gruppeklima var stabilt med høy grad av engasjement i transdiagnostiske grupper. Deltakere med klinisk bekreftet psykiske lidelser (22%) viste lignende resultater. Selvrapporterte problemer med "å jobbe i en gruppe" før rehabilitering var ikke forbundet med hvordan deltakerne opplevde gruppens klima. Kvalitative data støttet funn relatert til positive deltakererfaringer med transdiagnostisk gruppesetting.

Konklusjon: En gruppebasert yrkesrettet attføring som blandet deltakere med kronisk smerte, kronisk tretthet og/eller psykiske lidelser, viste gjennomførbarhet gjennom høy deltakelse, høyt gruppeengasjement på tvers av alle symptomprofiler og positive pasienterfaringer med slike grupper.

Studie 5: Effekt av telefonoppfølging etter arbeidsrettet rehabiliteringsprogram

Hovedmålet med denne studien var å undersøke om styrket oppfølging, levert fra helsetjenesten direkte etter at den sykmeldte hadde fullført et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram, kunne ha en positiv effekt på arbeidsdeltagelse.

Nest siste dag av oppholdet ble deltakerne randomisert til styrket arbeidsrettet oppfølging (intervensjonsgruppen, n= 104) eller til kun standard arbeidsrettet oppfølging (kontrollgruppen, n= 109) . Se figur 2 for detaljer. Styrket oppfølging ble gitt når deltakerne hadde returnert til sine hjemkommuner. De mottok telefonoppfølging fra sin kontaktperson ved Hysnes Helsefort éen gang i måneden i eks måneder Dette kom i tillegg til standard oppfølging fra lokale aktører (fastlege, lokalt

NAV-kontor og arbeidsgiver). Ett år etter utskrivning hadde intervensjonsgruppen en 87% økt odds for å gå tilbake til arbeid ≥ 1 dag per uke sammenlignet med kontrollgruppa (95% konfidensintervall 01.06 til 03.31, $p = 0,031$), med tilsvarende positive resultater for følsomhetsanalyse av deltakelse $\geq 2,5$ dager per uke. Merarbeidet for helsetjenesten per deltaker som mottok intervensjonen var mindre enn ett ekstra dagsverk. Kostnaden for styrket oppfølging var 3280 NOK per person. Deltakerne som mottok styrket arbeidsrettet oppfølging gikk i større grad tilbake til arbeid i løpet av det første året sammenlignet med kontrollgruppen. En lavkostnads oppfølging via telefon etter fullført arbeidsrettet rehabilitering ser ut til å kunne forsterke effekten på retur til arbeid.

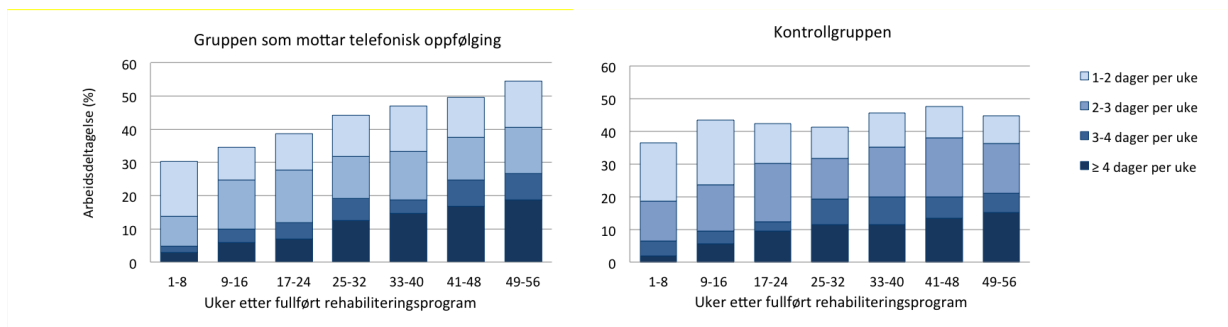


Fig. 4 Arbeidsdeltagelse for gruppen som fikk styrket telefonisk oppfølging (intervensjonsgruppen) versus kontrollgruppen som mottok kun standard oppfølging. Søylar viser andel av deltagerne som jobbet ≥ 1 dag per uke i snitt per 8 ukers periode gjennom det første året etter arbeidsrettet rehabilitering ved Hysnes Helsefort. Fargekoding viser gjennomsnittlig antall dager jobbet per uke.

5.3 Langtidssykemeldte med kronisk utmattelse

Studie 6: Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) for tverrfaglig rehabilitering av utmattelse.

Å jobbe målrettet med maladaptive kognisjoner gjennom kognitiv atferdsterapi (CBT) har tidligere vist seg å redusere kronisk utmattelse. Målet med den aktuelle studien var å teste om et 3,5-ukers rehabiliteringsprogram med aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) ville forbedre utmattelse og livskvalitet (QoL). Det var også et mål å se om mindre utmattelse og bedre livskvalitet var assosiert med bedre psykologisk fleksibilitet.

140 langtidssykemeldte som rapporterte invalidiserende utmattelse ble inkludert. Deltakerne svarte på spørsmål om sosiodemografiske, somatiske og psykiske faktorer og maladaptive kognisjoner. Det ACT-baserte RTW-programmet var effektivt i å forbedre livskvalitet og redusere utmattelse fra før til etter behandling. I tråd med tradisjonell CBT ble en reduksjon i frykt-unnngåelses-kognisjoner og alt-eller-ingenting-tanker signifikant assosiert med økt livskvalitet og redusert selvrapportert tretthet. Psykologisk fleksibilitet var ikke assosiert med en reduksjon i selvrapportert tretthet eller forbedret livskvalitet.

Studie 7: Betydningen av insomni i behandling av sykemeldte med kronisk utmattelse

Definisjonen av kronisk utmattelsessyndrom overlapper med definisjoner av søvnproblemer, men det er begrenset kunnskap om rollen til insomni i behandling av kronisk utmattelse. Målet med studien var å teste om bedring av søvnproblemer under behandling av kronisk utmattelse var assosiert med bedre resultater på utmattelse og kortisolrespons under stresseksponering.

Metoder: Pasienter ($n = 122$) med kronisk utmattelse fikk en 3,5-ukers innleggelse i et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram basert på Aksept- og forpliktelsesterapi. Pasientene fylte selv ut spørreskjema som måler utmattelse, smerte, depresjon, angst, søvnløshet før og etter behandling. En undergruppe

(n = 25) gjennomførte også Trier Social Stress Test for grupper før og etter behandling. Syv kortisolprøver ble tatt i løpet av hver test.

Resultater: En hierarkisk regresjonsanalyse i ni trinn viste at bedring i søvnløshet predikerer bedring i utmattelse uavhengig av alder, kjønn samt forbedring i smerteintensitet, depresjon og angst. En annen hierarkisk regresjonsanalyse viste at bedring i søvnløshet predikerte kortisolrespons uavhengig av forbedring i trøtthet.

Konklusjon: Bedring i søvnløshet har en betydelig innvirkning på både forbedring i utmattelse og muligheten til å restituere fra en stressende situasjon. Alvorlighetsgrad av insomni kan være en opprettholdende faktor i kronisk utmattelse. Behandling spesielt rettet mot søvnproblemer hos pasienter med kronisk utmattelse kan øke behandlingsresponsen.

Studie 8: Metakognisjoner er assosiert med subjektive hukommelsesproblemer hos langtidssykemeldte med utmattelse

Bakgrunn: Subjektiv kognitiv dysfunksjon forekommer hyppig, men er dårlig forstått hos pasienter med kronisk utmattelse. Vi antok at maladaptive metakognitive oppfatninger ved baseline var assosiert med baseline subjektiv kognitiv svekkelser, at de spår subjektive kognitive svekkelser ved avsluttet behandling, og at en reduksjon i maladaptive metakognitive oppfatninger var assosiert med mindre subjektiv kognitiv svikt ved avsluttet behandlingen, uavhengig av endringer i utmattelse, smerte, søvnløshet, depresjon og angst.

Metoder: I denne ikke-kontrollerte studien, har pasienter (n = 137) som er sykmeldte på grunn av kronisk utmattelse fått en 3,5-ukers innleggelse i et RTW (arbeidsrettet) rehabiliteringsprogram. Av disse pasientene ble 69 (50,4%) henvist med ICPC-2 diagnosen kronisk utmattelse. Pasienter fylte ut spørreskjema om metakognitive oppfatninger, somatiske plager, psykiske plager og kognitive svekkelser før og etter behandling. For å teste hypotesene utførte vi parett t-tester av endringen, samt syv hierarkiske lineære regresjoner.

Resultater: Resultatene viste at baseline maladaptive metakognitive oppfatninger var signifikant assosiert med subjektive kognitive svekkelser ved baseline, kontrollert for symptomer. Score på baseline metakognitive oppfatninger forutsier ikke vansker etter behandling. Ved testing av spesifikk maladaptiv kognitiv tillit, ble score før behandling på kognitiv tillit forbundet med subjektive kognitive svekkelser både før og etter behandling, kontrollert for symptomer.

Konklusjon: Å jobbe målrettet med metakognitive oppfatninger kan være en effektiv terapeutisk intervensjon for å redusere subjektiv kognitiv dysfunksjon hos disse pasientene.

5.4 Langtidssykemeldte med konsentrasjons- og hukommelsesproblemer

Studie 3: Hukommelsesvansker hos sykmeldte er assosiert med symptomer på utmattelse og angst
Aasvik JK, Woodhouse A, Jacobsen HB, Borchgrevink PC, Stiles TC, Landro NI. Front Psychol. 2015 Sep 8;6:1338. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01338. eCollection 2015.

Målet med studien var å identifisere hvilke symptomer som er assosiert med subjektive hukommelsesplager blant personer som er sykemeldt på grunn av symptomer på smerte, utmattelse, depresjon, angst og søvnløshet.

Sykemeldte (n = 167) ble bedt om å fullføre en omfattende undersøkelse bestående av følgende: sosiodemografi, ett element fra SF-8 helseundersøkelsen som måler smerte, Chalder fatigue Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, Insomnia Severity Index, og Everyday Memory questionnaire - Revised. Generell lineær modellering ble brukt til å analysere variabler knyttet til

subjektive hukommelsesproblemer.

Symptomer på utmattelse (p -verdi $<0,001$) og angst (p -verdi = $0,001$) var unikt og signifikant assosiert med hukommelsesvansker. Assosiasjoner med symptomer på smerte, depresjon og søvnløshet var ikke statistisk signifikante.

Konklusjonen er at selvopplevde hukommelsesproblemer bør anerkjennes som en del av de komplekse symptomene som mange langtidssykemeldte rapporterer, spesielt hos de som plages av utmattelse og angst.

Studie 8: Metakognisjoner er assosiert med subjektive hukommelsesproblemer langtidssykemeldte med utmattelse. *Jacobsen HB, Aasvik JK, Borchgrevink PC, Landrø NI, Stiles TC Front Psychol. 2016 13;7:729*

Subjektiv kognitiv dysfunksjon forekommer hyppig, men er dårlig forstått hos pasienter med kronisk utmattelse. Vi antok at maladaptive metakognitive oppfatninger ved baseline var assosiert med redusert subjektiv kognitiv funksjon og at de spår subjektive kognitive svekkelser ved avsluttet behandlingen, uavhengig av endringer i utmattelse, smerte, søvnløshet, depresjon og angst.

I denne ikke-kontrollerte studien har langtidssykemeldte med kronisk utmattelse ($n = 137$) fått en 3,5-ukers innleggelse i et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram. Av disse pasientene ble 69 (50,4%) henvist med ICPC-2 diagnosen kronisk utmattelse. Pasienter fylte ut spørreskjema om metakognitive oppfatninger, somatiske plager, psykiske plager og kognitive svekkelser før og etter behandling. For å teste hypotesene utførte vi paret t -tester av endringen, samt syv hierarkiske lineære regresjoner.

Resultatene viste at baseline maladaptive metakognitive oppfatninger var signifikant assosiert med subjektive kognitive svekkelser ved baseline, kontrollert for symptomer. Score på baseline metakognitive oppfatninger forutsier ikke vansker etter behandling. Ved testing av spesifikk maladaptiv kognitiv tillit, ble score før behandling på kognitiv tillit forbundet med subjektive kognitive svekkelser både før og etter behandling, kontrollert for symptomer.

Konklusjon: Å jobbe målrettet med metakognitive oppfatninger kan være en effektiv terapeutisk intervensjon for å redusere subjektiv kognitiv dysfunksjon hos pasienter med kronisk utmattelse.

Studie 9: Effekt av arbeids-minne-trening for personer sykemeldt pga. sammensatte symptomer. *Aasvik J, Woodhouse A, Stiles TC, Jacobsen HB, Landmark T, Glette M, Borchgrevink PC, Landrø NI.*

Denne studien undersøkte om arbeidsminnetrening kan forbedre arbeidsminne, inhibitorisk kontroll og selvopplevd hukommelse hos sykemeldte med smerte, søvnevansker, utmattelse, depresjon og angst.

Deltakerne ble randomisert enten til trening ($N = 25$) eller kontroll ($N = 29$). Førstnevnte mottok arbeidsminnetrening i tillegg til det rehabiliteringsprogrammet som alle fikk. Arbeidsminne ble målt med Spatial Working Memory Test, inhibitorisk kontroll ble målt med Stop Signal Test, mens selvopplevd hukommelse ble målt med The Everyday Memory Questionnaire-Revised.

Det var ingen forskjell mellom gruppene hva angikk spatialt arbeidsminne. Deltakerne i treningsgruppa viste signifikant bedring i inhibitorisk kontroll sammenlignet med kontrollgruppen ($p = 0,025$). Begge gruppene rapporterte mindre hukommelsesproblemer post-test, men det var ingen forskjell mellom de to gruppene.

Resultatene indikerer at arbeidsminnetrening ikke forbedrer generelt arbeidsminne per se. De viser imidlertid at slik trening forbedrer inhibitorisk kontroll.

Studie 10: Søvnproblemer påvirker nevropsykologisk fungering hos pasienter med sammensatte symptom lidelser

Julie Aasvik, Tore Stiles, Astrid Woodhouse, Petter Borchgrevink, Nils Inge Landrø.

Formålet med studien var å undersøke hvordan søvnproblemer påvirker selvopplevd hukommelse og nevropsykologisk fungering i en gruppe langtidssykemeldte med og uten symptomer på klinisk søvnløshet. 76 pasienter deltok i studien. Basert på Insomnia Severity Index ble pasienter delt i en søvnproblemgruppe (N = 35) og en sammenligningsgruppe (N = 41). Faktorer som alder, generell kognitiv funksjon og symptomer på smerte, utmattelse, depresjon og angst var like i de to gruppene.

Deltakerne svarte på et spørreskjema som vurderte selvopplevd hukommelse og et nevropsykologisk testbatteri som målte generell kognitiv funksjon, spatial og verbalnumerisk arbeidsminne samt inhibitorisk kontroll. Pasienter med symptomer på klinisk søvnløshet rapporterte ikke å ha flere hukommelsesproblemer enn sammenligningsgruppa. De nevropsykologiske testene viste derimot at de med kliniske søvnproblemer demonstrerte signifikante svekkelser på tester som måler spatial og verbalnumerisk arbeidsminne. Det var ingen forskjell mellom gruppene i inhibitorisk kontroll.

Disse resultatene viser at søvnproblemer er en svært viktig faktor (og har avgjørende betydning) for kognitiv fungering. Nevropsykologer bør derfor inkludere mål på søvnkvalitet ved nevropsykologiske undersøkelser.

5.5 Kan genetiske forskjeller moderere effekter av arbeidsrettet rehabilitering?

Studie 11: Effekt av kognitiv atferdsterapi er assosiert med varianter av COMT-genet

Jacobsen HB, Borchgrevink PC, Landrø NI, Stiles TC, Skorpen F. Innsendt

Bakgrunn: Genet katekol-O-metyltransferase (COMT) er knyttet til bekymring som neurobiologisk er lokalisert til prefrontale hjerneområder gjennom dopamin metabolisme. Vi testet additive effekter fra varianter av COMT Val158Met på subjektiv kognitiv funksjon hos menn og kvinner etter arbeidsrettet rehabilitering.

Metoder: Blodprøve av 121 sykemeldte pasienter ble genotypet og gjort tilgjengelig for analyse.

Resultater: Vi observerte en tidsavhengig, betydelig forbedring i subjektiv kognitiv funksjon hos kvinner med minst ett Met allel ved posisjon 158. Denne effekten ble ikke vist hos menn.

Konklusjon: Behandlingseffekten av subjektiv kognitiv funksjon var betydelig bedre hos kvinner med minst én Met allel, men ikke hos menn.

Studie 12: Effekt av FKBP5 gen (rs1360780) for endringsgrad av frykt- og unngåelsestenkning hos pasienter med vedvarende fatigue og smerter.

*Truls Ryum, Henrik Børsting Jacobsen, Petter Borchgrevink, Nils Inge Landrø, Tore C. Stiles
Innsendt*

FKBP5-genet (rs1360780) er funnet å være relatert til endret hypotalamus-hypofyse-binyrebark-akse-respons og redusert fysisk og psykisk helse. Å være bærer av en eller to T alleler (CT/TT) gir slik en forhøyet sårbarhet for psykisk sykdom sammenlignet med en C/C genotyp, men det er lite kunnskap om hvordan kognitive variabler kan være med og forklare denne effekten. Hensikten med denne studien var å undersøke om ulike genotyper av rs1360780 predikerer endring i grad av frykt- og unngåelsestenkning hos et utvalg pasienter som mottok korttids kognitiv atferdsterapi for utmattelse

og smerterelaterte tilstander.

Et utvalg på 125 pasienter (99 kvinner, 26 menn) som gjennomførte et 3 ½ ukers rehabiliteringsopphold, ble genotypet og var tilgjengelige for analyser. En treveis mixed-model interaksjonsanalyse (rs1360780 * kjønn * tid) ble gjennomført for å undersøke om varianter av rs1360780 (CC/CT/TT) var relatert til endring i frykt- og unngåelsestenkning over tid (pre/ post) målt med Fear- and Avoidance Behaviour.

Ved oppstart (T1) rapporterte menn med en C/C genotyp signifikant lavere FABQ score sammenlignet med de andre genotypene (kvinner og menn). En statistisk signifikant treveis interaksjonseffekt (rs1360780 * kjønn * tid) viste at menn med en T/T genotype rapporterte større reduksjon på FABQ sammenlignet med andre genotyper (kvinner/ menn) fra T1 til T2. Studien gir ny kunnskap om hvordan ulike rs1360780 genotyper er relatert til endring av frykt- og unngåelsestenkning hos kvinner og menn, og gir støtte til en hypotese om at effekten av rs1360780 på psykisk helse medieres gjennom kognitive faktorer.

6. Overordnet, samlet diskusjon av de viktigste funnene

Flere av studiene (spesielt studie 1 og 2) viste at langtidssykemeldte som har et hovedproblem med langvarige smerter, muskel-skjelett-lidelser, kronisk utmattelse eller lettere psykiske lidelser, ikke bare har ett, men flere alvorlige symptomer. Når den opprinnelige sykemeldingsdiagnosen til de langtidssykemeldte deltakerne på Hysnes Helsefort ble undersøkt i NAV-registeret, var ikke overraskende de klart vanligste diagnosene "psykiske lidelser" eller "muskel-skjelett-lidelser". Dette sto i sterk kontrast til de strukturerte vurderingene som ble gjennomført av de langtidssykemeldte selv, samt leger og psykologer i fellesskap på inklusjonspoliklinikken. Resultatet av begge disse vurderingene var at et stort flertall både hadde 1) mer enn én svært plagsom symptomlidelse, 2) kronisk utmattelse, 3) langvarige smerter og 4) lettere psykiske lidelser. I tillegg hadde omtrent halvparten store søvnproblemer og svært mange hadde kognitiv dysfunksjon (konsentrasjons- og hukommelses-problemer) og en patologisk stressrespons.

Studie 1 viser at det er mulig å gjennomføre et virksomt, diagnoseuavhengig, arbeidsrettet rehabiliteringsprogram som kan inkludere pasienter med muskel-skjelett-lidelser, langvarige smerter, kronisk utmattelse og lettere psykiske lidelser i samme ACT-gruppe. Da Hysnes Helsefort ble etablert, var dette ikke undersøkt, og vi kjenner fortsatt ikke til andre undersøkelser som har vist dette. I hvor stor grad programmet bidrar til at deltakerne kommer i jobb er ikke undersøkt som en kontrollert studie av ISB-forskningsgruppa, men studie 5 viser at de fleste deltakerne er i en større jobbandel året etter enn før. ISM-forskningsgruppa har forøvrig, som det framgår at del 1 av denne rapporten, vist i en randomisert studie at deltakere som gjennomfører dette diagnoseuavhengige, arbeidsrettede rehabiliterings-programmet kommer i jobb i en større grad enn de som gjennomgår en poliklinisk rehabilitering. Det studie 5 har vist som en randomisert undersøkelse, er at langtidssykemeldte som fikk en oppfølgingssamtale over telefon en gang i måneden det første halvåret etter rehabiliteringsoppholdet, i større grad kom tilbake i jobb det første året, enn en kontrollgruppe.

Vår randomiserte kontrollerte studie (studie 5) antyder at en mer aktiv oppfølging av sykmeldte etter rehabiliteringsoppholdet fører til redusert tilbakeføring på kort sikt, men viser samtidig en mer stabil og økende arbeidstilstedeværende over tid. Våre oppfølgingsstudier vil vise om denne positive utviklingen fortsetter over år.

Det ble vist (i studie 3) at de subjektive hukommelsesplagene som er utbredt blant langtidssykemeldte, særlig er assosiert med utmattelse og angst. Søvnvansker påvirket ikke subjektive hukommelsesplager,

men hadde en negativ effekt på arbeidsminnefunksjonen (studie 10). Videre ble det vist (studie 8) at maladaptive metakognisjoner (uhensiktsmessige tanker om egne tanker) er assosiert med subjektive hukommelsesvansker. Med et kontrollert design ble det vist at et kognitivt treningsprogram (studie 9) ikke påvirket subjektive hukommelsesplager i denne gruppen, men det var en signifikant effekt av treningsprogrammet på inhibitorisk kontroll.

Kognitive funksjonsforstyrrelser har tidligere i liten grad blitt undersøkt systematisk blant langtidsykemeldte. Sammenhenger med utmattelse, angst og maladaptive metakognisjoner i denne gruppen er ny kunnskap, som i neste omgang kan trekkes inn i behandling og oppfølging av personer som er sykemeldt på grunn av sammensatte symptom lidelser.

Våre resultater viste at de fleste pasienter tilfredstilte kriterier for klinisk insomni eller subterskel insomni (studie 7) og at insomni var signifikant assosiert med redusert arbeidsminne (studie 10). Vi fant videre at søvnforbedring under arbeidsrettet rehabilitering førte til signifikant reduksjon i utmattelse ved oppholdets slutt. Vi fant også at søvnforbedringen førte til signifikant mer normalisert cortisolrespons, noe som antyder at søvnforbedring skaper reduksjon i utmattelse via normalisering av kroppens biologiske stress-system. Funnene gir viktige indikasjoner for tiltak som kan forbedre en rehabilitering av pasienter med utmattelse ved å inkludere et høyere fokus på adekvat søvnbehandling, særlig hos pasienter med uttalte søvnproblemer som er kartlagt før rehabiliteringen starter.

Når man gjennomfører en randomisert, kontrollert psykologisk orientert rehabiliteringsstudie, er det viktig å undersøke om de psykologiske variablene som påvirkes under rehabiliteringen også kan forklare behandlingsresultatet. Siden det arbeidsrelaterte rehabiliteringsprogrammet var basert på en tredjegenasjons kognitiv terapi, nemlig aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), er det teoretisk antatt at endring i psykologisk fleksibilitet er endringsmekanismen i rehabiliteringen. Våre resultater viser at det ikke er endring i psykologisk fleksibilitet som fører til symptomreduksjon.

Ettersom våre behandlingsresultater viste at reduksjon i frykt-unngåelses-tenkning var assosiert med redusert utmattelse, fant vi det interessant å undersøke hvorvidt spesifikke genetiske varianter kunne påvirke plastisiteten i frykt-unngåelses-tenkningen. Vi valgte å undersøke effekten av FKBP5-genet. Grunnen til at vi valgte denne genvarianten, er at den er involvert i reguleringen av HPA-aksen som er det sentrale biologiske hormonsystemet i stressreaksjoner. Vi vet fra annen forskning at frykt-unngåelsestenkning fører til aktivering av dette biologiske stress-systemet. Våre funn viste at en variant av FKBP5-genet modererte plastisiteten i frykt-unngåelses-tenkningen. Dette gir viktige indikasjoner på at denne gen-varianten har signifikant prognosebetydning og gir antydning om at pasienter med ulik variant av dette genet vil profitere ulikt på samme intervensjon.

Siden reduksjon i negative metakognisjoner predikerte bedring i subjektiv kognitiv funksjon (studie 8), fant vi det interessant å undersøke om en variant av COMT-genet kunne påvirke bedringspotensialet i subjektiv kognitiv funksjon. Vi valgte å ha fokus på subjektiv kognitiv funksjon fordi mange pasienter med utmattelse, smerter, insomni og/eller angst og depresjon rapporterer at de har vesentlige problemer med dette i dagliglivet. Vi valgte å ha fokus på COMT fordi dette genet i tidligere studier er vist å være assosiert med eksekutiv funksjon. Våre resultater viste at denne genvarianten påvirker endringspotensialet i subjektiv kognitiv funksjon (studie 11). Dette kan ha viktige behandlingsimplikasjoner fordi pasienter med den ene spesifikke genvarianten lett vil kunne forbedre sin subjektive kognitive funksjon, mens de med den andre varianten vil ha mer vansker med det. Sistnevnte gruppe vil derfor kanskje ha behov for mer intensive tiltak for å bedre denne funksjonen.

