

**Hospitalsbaserede interventioner for
arbejds-mæssig rehabilitering af sygemeldte
med smerter i ryg, nakke eller skulder**



Hospitalsbaserede interventioner for arbejdsmæssig rehabilitering af sygemeldte med smerter i ryg, nakke eller skulder.

© Forskning og Udvikling, MarselisborgCentret, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2012

Emneord: Tilbage til arbejde, tværfaglige interventioner, sygemelding, bevægeapparat

Sprog: Dansk med engelsk resumé

Version: 1,0 uden bilag

Udgivet af: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, september 2012

Design og tryk: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Korrektur: Inger Hornbech

Rapporten er sat med: Midtsans

Udgave: 1. udgave

ISBN: 978-87-995312-2-6 (trykt version)

ISBN: 978-87-995312-3-3 (elektronisk version)

Redaktion/forfattere:

Chris Jensen

Eva Ladekjær Larsen

Ole Kudsk Jensen

Claus Vinther Nielsen

Denne publikation citeres således:

Jensen C, Larsen EL, Jensen, OK, Nielsen CV

Titel: Hospitalsbaserede interventioner for arbejdsmæssig rehabilitering af sygemeldte med smerter i ryg, nakke eller skulder.

Sektion for Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, Institut for Folkesundhed, Aarhus

Universitet, MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling, CFK • Folkesundhed og

Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, Center for Bevægeapparatlidelser,

Regionshospitalet Silkeborg, Region Midtjylland

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Forskning og Udvikling, MarselisborgCentret, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

P.P. Ørumsgade 11, byg. 1B

8000 Aarhus C

Tlf.: 7841 4440

E-mail: Inger.Hornbech@stab.rm.dk

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Rapporten kan downloades fra www.cfk.rm.dk under udgivelser

Forord

'Center for Bevægeapparatlidelser' (CfB), Regionshospitalet Silkeborg blev etableret i 2004 i et samarbejde mellem Regionshospitalet Silkeborg og Sektion for Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet og MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Hensigten var at gennemføre studier af tidlige koordinerede og sammenhængende tværfaglige og tværsektorielle indsatser overfor sygemeldte med lænderygsmærter. Tilbagevenden til arbejde efter sygefravær er oftest ganske ukompliceret, men i nogle tilfælde bliver sygefraværet langvarigt. For de længerevarende sygemeldinger involverer indsatsen overfor sygemeldte ofte mange aktører og samspillet mellem den sygemeldte og jobcenteret, arbejdspladsen, familien, de praktiserende sundhedsprofessionelle (læger, fysioterapeuter, kiropraktorer m.fl.) og måske sygehus kan være kompliceret.

Evalueringen af studierne gennemføres ved Sektion for Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, som har til huse i MarselisborgCentret. Denne rapport opsummerer resultaterne af et evalueringsprojekt finansieret af

Arbejds miljøforskningsfonden fra 2008 til 2012 med 3.951.429 kr. (projekt nr: 20080016279/3).

Evalueringen har fra starten desuden været finansieret af CFK-Folkesundhed og

Kvalitetsudvikling. Driften af de hospitalsbaserede indsatser har været finansieret af

Regionshospital Silkeborg og de medvirkende kommuner. Vi takker derfor Silkeborg, Skanderborg, Randers og Favrskov Kommuner, som har støttet og deltaget i det oprindelige projekt og Hedensted, Ikast-Brande og Lemvig Kommuner, som kom til senere.

Vi takker også personalet på CfB og de sygemeldte deltagere uden hvem, der ikke havde været noget projekt.

Chris Jensen

Eva Ladekjær Larsen

Ole Kudsk Jensen

Claus Vinther Nielsen

Sektion for Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
MarselisborgCentret, Forskning og Udvikling, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region
Midtjylland

Center for Bevægeapparatlidelser, Regionshospitalet Silkeborg, Region Midtjylland

FORORD	3
PUBLIKATIONER	4
RESUME	6
SUMMARY	8
FORMÅL	10
BAGGRUND	11
METODE	13
Ryg-sygemeldte, interventionsstudiet	14
Nakke/skulder-sygemeldte, interventionsstudiet	18
Evaluering af interventionsstudierne	23
RESULTATER	25
Ryg-sygemeldte, interventionsstudiet	25
Nakke-skulder studiet	31
DISKUSSION	35
PATIENTPERSPEKTIVET I	
REHABILITERINGSPROCESSEN	40
REHABILITERINGSOVERVEJELSER	44
IMPLEMENTERING	45
REFERENCER	46

Publikationer

Rapporten bygger på resultater, som er publiceret i fem videnskabelige artikler, én rapport og en specialeafhandling. Desuden er der indsendt yderligere to artikler til optagelse i videnskabelige tidsskrifter, som endnu ikke er accepterede.

Publikationerne er:

1. Jensen C, Jensen OK, Nielsen CV. Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomised clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2012, 13:156. (DOI: 10.1186/1471-2474-13-156).
2. Larsen EL, Nielsen CV, Jensen C. Getting the pain right: How low back pain patients manage and express their pain experiences. *Disability and Rehabilitation*. August 13, 2012. (doi:10.3109/09638288.2012.709302)
3. Stapelfeldt CM, Jensen C, Andersen NT, Fleten N, Nielsen CV. Validation of sick leave measures: self-reported sick leave and sickness benefit data from a Danish national register compared to multiple workplace-registered sick leave spells in a Danish municipality. *BMC Public Health*. 2012 Aug 15;12(1):661.
4. Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Jensen OK, Nielsen CV, Petersen KD, Jensen C. Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011, 12:112
5. Jensen C, Jensen OK, Christiansen DH, Nielsen CV. One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: Randomised clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *Spine* 2011; 36(15): 1180-1189.
6. Jensen C, Nielsen CV, Jensen OK, Petersen KD. Cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention compared to a brief intervention to facilitate return to work in sick-listed low-back pain patients. Submitted.
7. Rolving N, Christiansen DH, Andersen LL, Skotte J, Ylinen J, Jensen OK, Nielsen CV, Jensen C. Effect of strength training in addition to general exercise in patients on sick leave due to non-specific neck pain. A randomized clinical trial. Submitted.

8. Løvschal-Nielsen P, Vinther-Nielsen C, Jensen C. Interventioner i hverdagen. Et hverdags- og rehabiliteringsperspektiv på sygemelding og lænderyg-problem. Socialmedicin og Rehabilitering. MarselisborgCentret. 2012. Rapport.
9. Rolving N. Effect of strength training in addition to general exercise in patients on sick leave due to non-specific neck pain. 2011. Master Thesis, den Folkesundhedsvidenskabelige Kandidatudd.

Resume

Formål og metode

Ved Regionspsygehuset Silkeborg gennemførtes to studier, som havde som hovedformål at forbedre arbejdsfastholdelse af sygemeldte arbejdstagere med smerter i ryg eller nakke/skulder ved hjælp af en ny hospitalsbaseret interventionsmodel. Studierne var hver især designet som et sammenlignende studie af to interventioner, hvor deltagere rekrutteredes fra praktiserende læge efter 4 ugers sygemelding. En Mini-interventionsgruppe modtog kun lægefaglig afklaring, rådgivning ved fysioterapeut og tilbagemelding til kommune, mens den anden interventionsgruppe (CfB-intervention) herudover modtog en skræddersyet indsats af et tværfagligt team bestående af reumatolog, fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver og socialmedicinsk speciallæge. Interventionen omfattede kontakt med arbejdsplads og jobcenter efter behov. Der gennemførtes en evaluering med undersøgelse af effekter i op til 2 år efter første sygemelding. Evalueringen undersøgte effekter på sygefravær, arbejdsfastholdelse, funktionsevne og helbred baseret på spørgeskemaer og udtræk fra register over overførselsindkomster (DREAM). Der beregnedes omkostningseffektivitet, hvor interventionsomkostninger holdtes op mod udgifter til sundhedsvæsen og sygedagpenge.

Desuden gennemførtes der kvalitative studier af de sygemeldtes oplevelse af deres (arbejds)liv som smertepatienter. Der fokuseredes på den sygemeldtes eget perspektiv på rehabiliteringsprocessen og på deres livssituation under rehabiliteringsprocessen. Denne type data indsamledes gennem deltagerobservation og interviews med aktører. Sideløbende med ovennævnte fordeling i to indsatsgrupper, undersøgte også ved tilfældig opdeling i to grupper om rådgivning om generel motion eller mere specifik nakke-træning virkede bedst i forhold til forbedring af reduktion af smerter og fear-avoidance.

Resultater

I rygstudiet blev der inkluderet 351 patienter i løbet af 3 år. I løbet af det første år efter inklusion vendte 76% (80% efter 2 år) fra Mini-interventionsgruppen og 71% (77% efter 2 år) fra CfB-interventionsgruppen tilbage til arbejde i mindst 4 uger. Hazard ratioen (HR), som er forholdet imellem de to gruppers sandsynlighed for at vende tilbage, var 0,83 (95% CI: 0,65-1,06). I en subgruppe af patienter, som svarede, at de havde indflydelse på planlægning af deres eget arbejde og at de ikke mente, de var i risiko for at miste arbejdet, kom man hurtigere i arbejde, hvis man havde fået

Mini-interventionen (HR=0,65 (95% CI: 0,45-0,95). I subgruppen af patienter uden indflydelse på planlægning af deres eget arbejde eller i risiko for at miste arbejdet kom man hurtigere i arbejde, hvis man havde fået CfB-interventionen (HRR=1,42 (95% CI: 0,92-2,18). Det var også kun i denne

subgruppe, at interventionen var omkostningseffektiv (udgifter til CfB-intervention var lavere end de sparede sygedagpengeudgifter). Forskellen på interventionernes effekt i subgrupperne var statistisk sikker ($p=0,008$), og resultaterne blev bekræftet i et efterfølgende valideringsstudie med 120 patienter.

I nakke/skulder studiet blev der inkluderet 112 patienter over 2 år, hvilket ikke var nok til at konkludere, om der var forskel på tilbagevenden til arbejde, da patienter CfB-interventionen blev 1,38 gange hurtigere raskmeldt end patienter fra Mini-intervention i løbet af det første år, men den statistiske usikkerhed varierede fra 0,84 til 2,28. Smerteniveauet forbedredes i løbet af de første 3 måneder, men der var ingen forskel på, om man havde deltaget i generel eller specifik træning. Specifik styrketræning gav heller ikke større forbedring af muskelstyrken end generel træning, men der var forbedring på fear-avoidance i begge interventionsgrupper og ændringen var størst i gruppen, der havde gennemført specifik træning ($p=0.046$).

De kvalitative studier demonstrerede, at når sygemeldte forsøgte at regulere og kontrollere rygproblemet, var deres handlinger, ikke direkte rettet mod regulering og kontrol af rygproblemet. Tværtimod havde deres handlinger et socialt sigte og rettede sig mod at indpasse rygproblemet i hverdagen gennem forskellige hverdagsinterventioner, som i sygemeldingsforløbet ofte var rettet mod at bidrage til familiens hverdagsliv, men særlig efter raskmelding også var rettet mod rollen som den gode, arbejdsomme kollega. Ønsket om at bevare sine sociale roller var motiverende for overskridelse af smertegrænser.

Konklusion

En større hospitalsbaseret tværfaglig indsats med samarbejde på tværs af sektorgrænser, så ikke ud til at få alle sygemeldte med rygsmerter hurtigere tilbage til arbejde. Der blev fundet subgrupper, som havde gavn af den store indsats, og andre som havde mere gavn af en mindre, men grundig klinisk udredning med rådgivning om tilbagevenden til arbejde. Dette bør bekræftes i nye studier. Det bør overvejes om, rehabiliteringsindsatser skal tage mere udgangspunkt i patientens hverdagsliv og de sygemeldtes muligheder for deltagelse i vanlige sociale sammenhænge i privat- og arbejdslivet, end man ofte gør i dag.

Summary

Aims and methods

Two studies were conducted at the Spine Centre, Region Hospital Silkeborg to improve Return To Work (RTW) using a new, hospital-based intervention in groups of sick-listed employees with pain in the lower back, neck or shoulder. Each study was designed as a randomised clinical trial comparing a Brief and a Multidisciplinary Intervention, where patients were recruited from GP's after 4 weeks of sick leave. Prior to randomisation, the participants completed a baseline questionnaire and underwent a thorough clinical examination by a rehabilitation doctor and a physiotherapist. Reassuring explanations for pain and advice on a gradual increase in physical activity were provided. After two weeks, all participants were scheduled for a follow-up visit at the physiotherapist and usually also at the rehabilitation doctor. For participants allocated to the Brief Intervention, hospital care stopped at the last visit at the physiotherapist or doctor. For participants allocated to the Multidisciplinary Intervention, a visit with the case manager was scheduled a couple of days after the first consultation. The case manager and the patient jointly made a tailored rehabilitation plan to facilitate RTW. The rehabilitation plan was discussed by the entire team that included a specialist of social medicine, a specialist of rehabilitation, a physiotherapist, a social worker and an occupational therapist. The case manager also contacted the work place and the social service centre to discuss and coordinate relevant initiatives.

Results were analysed for 1 and 2 years follow-up periods. Effect measures were RTW, sick leave, disability and health factors based on national registers and questionnaires. Cost-effectiveness analyses were conducted, where intervention costs, health care costs and disability benefits were estimated. Qualitative studies were undertaken to investigate how patients managed pain in everyday life settings such as the workplace and at home. Focus was on the process of rehabilitation from the perspective of the patient and data were collected through observations and semi-structured interviews. In one of the RCT's it was also studied whether advice on general activity or general activity and specific neck exercises had more effect on pain and fear-avoidance reduction.

Results

A total of 351 employees sick-listed due to low back pain were recruited during a 3-year study period. RTW for at least 4 consecutive weeks was seen during the first year for 76% of the patients (80% after 2 years) from the Brief Intervention group and 71% of the patients (77% after 2 years) from the Multidisciplinary Intervention group. The hazard ratio (HR), which is the relative probability of RTW between the two groups (Multidisciplinary/Brief), was 0.83 (95% CI: 0.65-1.06). A subgroup of patients with influence on work planning and who did not feel at risk of

losing their job returned faster to work, when they received the Brief as compared to the Multidisciplinary Intervention (HR=0.65 (95% CI: 0.45-0.95). A subgroup of patients with low influence on work planning and feeling at risk of losing their job due to their sick leave returned to work faster, when they received the Multidisciplinary Intervention (HRR=1.42 (95% CI: 0.92-2.18). In this subgroup of patients the Multidisciplinary Intervention was cost-effective (intervention costs were lower than saved disability benefits). The difference in subgroup effects was statistically significant ($p=0,008$) and the result were verified in a validation study with 120 patients.

In the other RCT 112 patients sick-listed due to neck and/or shoulder pain were included during a 2-year period, which was not enough to conclude, whether the effects of the Brief and Multidisciplinary Interventions were different. RTW of patients from the Multidisciplinary Intervention was 1.38 times faster than RTW of patients from the Brief Intervention during the first year of follow-up, but this was not statistically significant (95% CI: 0.84-2.28). Pain was reduced during a 3-month follow-up period, but there was no difference between general exercise and specific neck exercise. Also, specific exercises did not improve muscle strength more than general exercise, but fear-avoidance was more improved in the group that performed specific exercises than in the other group ($p=0.046$).

The studies using qualitative methods demonstrated that sick-listed employees constantly evaluate, whether the activities they participate in will ease or worsen their pain sensations. In this process their behaviour was guided by the social roles they fulfil in the relevant social context. Their actions therefore had social aims and were directed towards adapting their back problem to their every-day life. At the beginning of the sick leave period they usually tried to adapt to their role in their family life, while later, usually after RTW, they aimed at full-filling their role as a valuable colleague.

Conclusions

The Multidisciplinary Intervention did not seem more effective than the Brief Intervention to increase RTW. However, subgroups of patients with low influence on work planning and feeling at risk of losing their jobs due to their sick leave seemed to RTW faster when receiving the Multidisciplinary Intervention than when they received the Brief Intervention. This should be verified in new studies. Furthermore, it should be considered whether rehabilitation professionals should be more conscious about the social roles of the sick-listed employee and their participation in every-day and working life as a starting point for rehabilitation efforts.

Formål

Hovedformålet med dette projekt var at sammenligne virkningen af forskellige interventioner rettet mod sygemeldte arbejdstagere med smerter i lænderyg eller nakke/skulder regionen med henblik på at forbedre mulighederne for at komme tilbage i arbejde og bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Effekterne af en tværfaglig, tværsektoriel indsats (CfB-intervention) blev sammenlignet med en Mini-intervention (klinisk udredning og rådgivning) for en gruppe af sygemeldte med rygsmerter og en gruppe af sygemeldte med smerter i nakke/skulder.

Derudover undersøgtes effekten af to forskellige former for fysisk træning, primært på reduktion i smerter, for sygemeldte med smerter i nakke/skulder.

Sideløbende ønskedes at undersøge patientperspektivet på rehabiliteringsprocessen, herunder betydningen af smerter for sygemelding og sociale roller i et hverdags- og et arbejdslivsperspektiv.

Baggrund

Smerter fra bevægeapparatet er et af de væsentligste folkesundhedsproblemer og hyppig årsag til sygemeldinger blandt arbejdstagere. I 2005 havde 30% af voksne danskere oplevet smerter eller ubehag i ryg eller lænd inden for de sidste 14 dage, 33% havde oplevet smerter eller ubehag i nakke/skulder og 31% i andre dele af kroppen¹. Ved en opgørelse af alle sygemeldinger med mindst 4 ugers fravær i 2003- 2004 i Galten Kommune fandt vi, at sygemeldingsdiagnosen i godt 12% af alle sygemeldingerne var relateret til lænderyg, mens 4% var relateret til nakke/skulder. Bevægeapparatlidelser er også karakteriseret ved en høj grad af komorbiditet. Mellem 40 og 70 % oplever smerter i flere kropsregioner og risikoen for langtidsfravær er fundet øget med en faktor 2,5 for sygemeldte med smerter i både lænderyg og skulder/nakke region i forhold til sygemeldte med "rene" ryg- eller skulder/nakke smerter^{2,3}.

Der er rapporteret delvist forskellige risikofaktorer for rygpatienter og patienter med skulder/nakke problemer, men smerteniveau i samspil med funktionsevnenedsættelse betyder meget for risikoen for sygefravær for alle sygemeldte⁴.

Forskning fra bl.a. Sverige, Finland, Holland, Canada og USA vedrørende sygemeldte med lænderygsmerter peger på at en tværfaglig bio-psyko-social tilgang kan reducere sygemeldingsperioden og forebygge udstødning fra arbejdsmarkedet^{5,6,7,8}.

I Danmark er der gennemført lignende studier med positive erfaringer⁹. Interventioner, som baserer sig på en tidlig indsats koordineret på tværs af fag og sektorer, syntes effektiv i de fleste studier. De valgte interventionsmodeller har imidlertid været forskellige, og de tværfaglige teams har været sammensat på forskellige måder. Og det er ikke bare de større tværfagligt koordinerede interventioner, men også mindre indsatser der har haft positive effekter. De mindre korterevarende indsatser har typisk bestået af en grundig klinisk udredning udført af læge og fysioterapeut, ledsaget af rådgivning om tilbagevenden til arbejde^{8,10,11}. Interventionerne har primært været rettet imod rygpatienter og kun i mindre grad mod andre bevægeapparatlidelser, og nogle af dem har også peget på det samfundsøkonomisk fordelagtige ved en tidlig koordineret indsats. Men økonomiske beregninger fra udenlandske studier kan næppe overføres direkte til danske forhold, da de indkomsterstøttende ydelser kan være meget forskellige, og sygefraværets længde typisk også vil afhænge af de nationale arbejdsmarkedsstrukturer. Det eneste danske studie af en multidisciplinær indsats for rygpatienter viste en reduktion i sygefraværstimer på 340 timer (34%) i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen og en reduktion i produktionstab i interventionsgruppen med 19.000 kr. hhv. 67.000 kr pr person efter 6 måneder hhv. 12 måneder, mens de direkte interventionsomkostninger beløb sig til 12.000 kr. pr person⁹.

Som ovenfor nævnt er det meste af den viden, vi har, baseret på studier af sygemeldte med lænderygsmerter. Vi formoder, at de samme metoder og den bio-psyko-sociale tilgang kan

anvendes overfor sygemeldte med smerter i nakke/skulder regionen, men der er naturligvis forskelle i metoderne ved den kliniske undersøgelse og muligvis også i den form for motion og træning, som kan forebygge udviklingen af smerter.

Fysisk træning /aktivitet er en vigtig del af behandlingen ved både ryg og nakke/skulder smerter^{12,13}. Ingen specifik form for fysisk træning har dog kunnet demonstrere overlegen behandlingseffekt. Mens nogle studier har fundet smertereduktion og øget funktionsevne ved specifikke træningsprogrammer rettet mod styrke og udholdenhed i nakke/skulder region¹⁴⁻¹⁷, har andre studier ikke fundet lignende effekt sammenlignet med rådgivning og mere generel fysisk træning/aktivitet¹⁸⁻²¹. Et studie har indikeret at træning via generel fysisk aktivitet (gå, cykle og svømning) måske er mere effektiv i behandlingen af vedvarende smerter end specifik øvelsestræning hos personer med rygsmerter²². I behandlingen af vedvarende smerter i muskler og led opfordres der i stigende grad til mere patientaktiverende og selvbehandlende strategier som f.eks. hjemmetræning²³. En strategi, hvor patienterne lærer et træningsprogram, kan være medvirkende til at øge patientens egen evne til at håndtere smerterne. Hvorvidt et sådan træningsprogram skal rettes specifikt mod træning af den del af kroppen, hvor man har smerter, eller man skal anbefale mere generel træning/aktivitet, er uvist.

Rehabiliteringsmodeller

Der er behov for at afdække hvilke rehabiliteringsmodeller, der er mest effektive i forhold til opnåelse af høj funktionsevne og arbejdsfastholdelse på lang sigt, og som også er omkostningseffektive i økonomisk forstand for sygemeldte med smerter i bevægeapparatet. Her tænkes på arbejdsfastholdelse i bred forstand således, at de som ikke kan vende tilbage i arbejde i fuldt omfang bliver afklaret i forhold til arbejdsmarkedet i stedet for at ende varigt eller midlertidigt uden for. En væsentlig forudsætning har i tidligere undersøgelser været en indledende biomedicinsk afklaring, som enten kunne afdække specifikke sygdomme, eller som i de fleste tilfælde afkræftede tilstedeværelsen af disse. Dermed kunne afklaringen bidrage til at fjerne den sygemeldtes frygt for at skade eget helbred ved aktiv deltagelse i arbejds- og privatliv. Den lægelige afklaring overfor specielt belastede sygemeldte er man bedst rustet til at gennemføre på reumatologiske afdelinger i sygehussektoren. Det er desuden et tilbagevendende problem for den sygemeldte, arbejdsgiveren og den sociale sektor, at der er lang ventetid til speciallægeundersøgelser. Det vil derfor være fordelagtigt at foretage en tidlig diagnostisk afklaring på kvalificerede sygehusafdelinger. Det kan også være et problem, at der fra sygehusvæsenets side kun er fokus på biomedicinsk behandling, og at man ikke forholder sig til behov for rehabilitering herunder tilbagevenden til arbejdet. Det vil derfor være en forbedring, hvis man kan skabe sammenhæng og kontinuitet mellem diagnostik, behandling og rehabilitering – koordinere indsats mellem egen læge, sygehus, socialforvaltning og arbejdsgiver – i et team som er placeret på sygehuset.

At det tværfaglige team er forankret på et sygehus har endnu ikke været afprøvet og evalueret. Efter strukturreformen forekommer der stadig afgrænsningsproblemer mellem hvad der er regionens/sygehusets opgaver, og hvad der er kommunens. Faglige, strukturelle, økonomiske og organisatoriske forhold har således betydning for hensigtsmæssige forløb. Center for Bevægeapparatlidelser (CfB) ved Regionshospitalet i Silkeborg er det første sygehusbaserede center i Danmark, som siden 2004 har haft til opgave at varetage en tværfaglig og tværsektoriel intervention over for sygemeldte borgere. Et hovedformål ved oprettelsen af CfB var at få evalueret sådanne interventioner.

Metode

Her beskrives metoderne for hvert studie for sig. Først beskrives studiet, hvor effekt af interventioner sammenlignes for ryg-sygemeldte, dernæst interventionsstudiet for nakke/skulder-sygemeldte og til sidst det kvalitative studie af patientperspektivet på rehabiliteringsprocessen og smerternes betydning for sygemelding og sociale roller i hverdags- og arbejdslivet.

Ryg-sygemeldte, interventionsstudiet

Der anvendtes et randomiseret sammenlignende design (RCT), hvor sygemeldte ved lodtrækning blev tildelt én af følgende to indsatser:

1. Mini-intervention: Grundig udredning ved læge og fysioterapeut efterfulgt af kontrol efter 14 dage.
2. CfB-intervention: Grundig udredning ved læge og fysioterapeut. Herudover en koordineret sammenhængende rehabiliteringsindsats i Center for Bevægeapparatlidelser.

Den praktiserende læge henviste efter følgende in- og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier:

- alder 18-60 år
- hel eller delvis sammenhængende sygemelding fra arbejde i 4-12 uger
- smerter i lænderyg med eller uden tegn på nerverodstryk er det primære problem og årsag til sygemelding
- patienten taler og forstår dansk

Eksklusionskriterier:

- vedvarende eller progredierende symptomer på nerverodstryk, som indebærer, at der er planer eller ønske om operation herfor
- operation i ryg inden for det sidste år eller anden specifik eller alvorlig bevægeapparatsygdom
- primær psykiatrisk lidelse
- misbrug af alkohol eller narkotiske stoffer
- graviditet

Forløb

Ved første besøg på centeret udfyldte den sygemeldte et spørgeskema (basis-spørgeskema) og fik en grundig klinisk undersøgelse af reumatolog og fysioterapeut. Herefter blev der foretaget en blindet lodtrækning til Mini- eller CfB-intervention. Var der behov for supplerende lægelig udredning, henvistes patienten til dette. Patienten fik tid til svar på diverse undersøgelser og anden udredning hos reumatologen og kontrol ved fysioterapeuten efter 14 dage. For de, der skulle deltage i CfB-interventionen, blev der aftalt en ny tid til første samtale med koordinatoren inden for en uge. En skematisk oversigt over forløbet er vist i figur 1.

Mini-interventionen

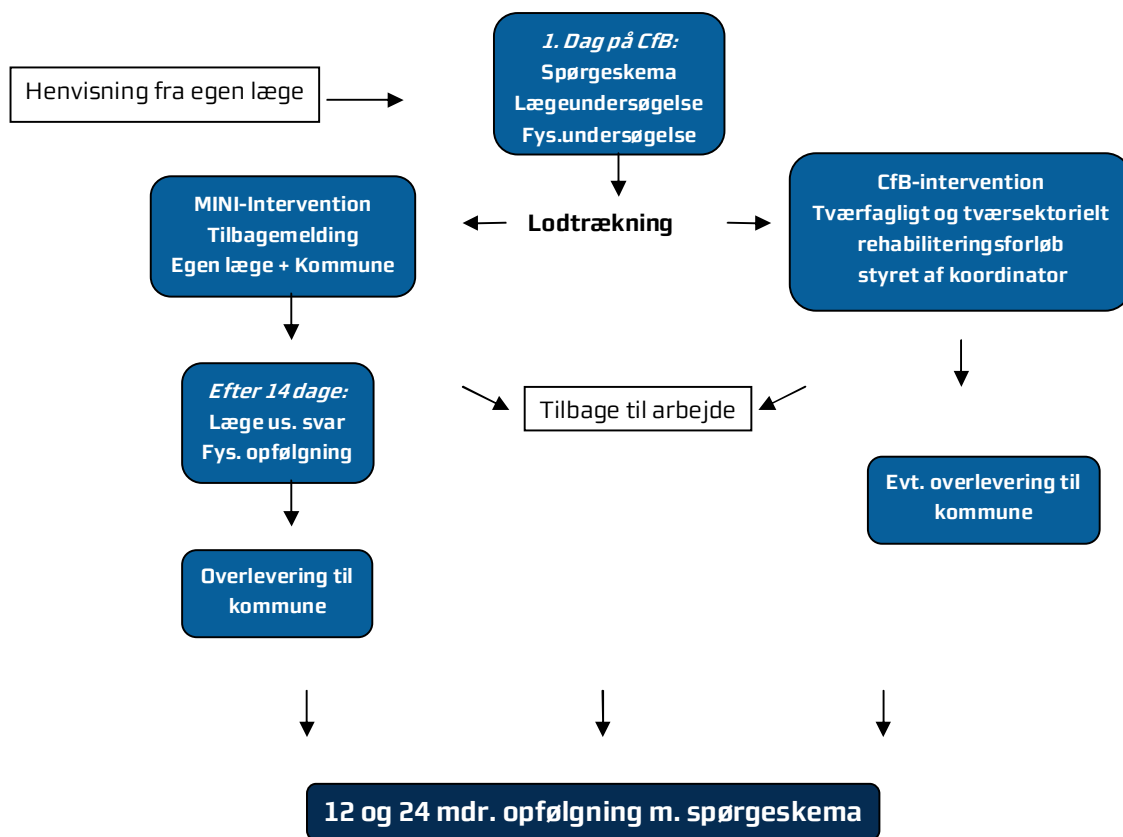
Mini-interventionen bestod af en reumatologisk udredning og undersøgelse ved fysioterapeut. Reumatologen undersøgte først patienten, informerede om undersøgelsesresultatet og behandlingsmuligheder. Når undersøgelsen var færdig fulgte reumatologen patienten til fysioterapeuten og overleverede de væsentligste fund fra undersøgelsen. Fysioterapeuten fortsatte derefter med sin undersøgelse. Hovedelementerne i udredningen ved reumatolog og fysioterapeut var:

Reumatolog:

- Grundig klinisk undersøgelse inklusive måling af bevægelighed
- Der bestiltes MR scanning af ryggen, som blev udført i forbindelse med opfølgende kontrol efter 14 dage, således at der blev givet svar ved samme lejlighed.
- Der blev taget stilling til anden eller supplerende smertestillende behandling
- Grundig ikke-sygeliggende information til patienten om mulige årsager til smerterne, at man i de fleste tilfælde ikke kan se årsagen til smerterne og at fysisk aktivitet som hovedregel hjælper på smerter i bevægeapparatet.

Fysioterapeut:

- Systematisk undersøgelse og testning
- Opfordring til gradvis genoptagelse og udførelse af normal daglig aktivitet.
- Information om at det ikke skader noget i ryggen at være fysisk aktiv og øget fysisk aktivitet derimod kan være medvirkende til at lindre smerterne og øge funktionsniveauet.



Figur 1. Forløbet i interventionsstudiet med ryg-sygemeldte

Patienterne fik efter de to besøg hos læge og fysioterapeut en ny tid til svar på diverse undersøgelser og kontrol hos fysioterapeuten efter 14 dage og afsluttedes derefter. Journalnotater sendtes direkte til sagsbehandler i jobcenteret og egen læge efter hver undersøgelse. Havde patienten herefter spørgsmål vedrørende sygemeldingen, henvendte han sig hos egen læge eller sagsbehandleren.

CfB-interventionen

CfB-interventionen var en supplerende rehabiliteringsindsats i forhold til ovennævnte Mini-intervention. Det vil sige, at alle fik en grundig udredning ved læge og fysioterapeut, som ovenfor nævnt. Herefter fortsatte deltagerne i CfB-interventionen i et tværfagligt og tværsektorielt rehabiliteringsforløb med inddragelse af alle faggrupper i det tværfaglige team, hvor fokus var på genoptagelse af arbejdet.

Overordnet set bestod indsatsen af:

- Forløb med tværfaglig og tværsektoriel indsats styret af koordinator

- Drøftelse i det tværfaglige team
- Handleplan
- Monofaglig indsats ved behov

Koordinatoren var enten uddannet samfundsmediciner, socialrådgiver eller ergoterapeut. Koordinatorerne havde supplerende uddannelse indenfor kommunikation, hvor der anvendtes elementer af TERM-modellen, systemisk, kognitiv og narrativ samtalemethode. Koordinatorerne havde endvidere mange års erfaring i tværfagligt- og tværsektorielt samarbejde.

Det tværfaglige team, som udover koordinatoren bestod af reumatologen og fysioterapeuten, var oplært i tværfagligt samarbejde og kommunikation og anvendte supervision til løbende vedligeholdelse af teamets kompetencer.

Koordinatorens primære opgaver bestod af:

- Koordinatorsamtale—ressourceprofil
- Samtaleforløb
- Samarbejde med kommunal sagsbehandler
- Samarbejde med arbejdsplads
- Slutstatus

Koordinatorens opgave var således at sikre en relevant undersøgelse af patientens dagligdag for at afdække ressourcer og barrierer i forhold til genoptagelse af arbejdet, at koordinere udredningsforløbet på CfB og indsatsen omkring genoptagelse af arbejdet med inddragelse af de relevante aktører omkring den sygemeldte, som minimum kommunal sygedagpengeafdeling og arbejdsplads. Koordinatoren var ansvarlig for at processen med at udrede patientens helbredsforhold forløb kontinuerligt og sammenhængende. Herunder havde koordinatoren til opgave at sikre, at patienten følte sig forstået, havde indsigt i og udviklet en forklaring på sine symptomer herunder en forståelse for, at der i nogle tilfælde ikke findes en effektiv behandling, som kan fjerne symptomerne. Koordinatoren støttede patienten i at håndtere sin smertetilstand og herunder også dagligdagens krav. Sammen med patienten kortlagde koordinatoren de arbejdsmæssige muligheder. Var der behov for offentlige hjælpemuligheder, formidlede koordinatoren dette.

Koordinatoren afdækkede patientens behov for støtte til at etablere kontakt med relevante parter, og koordinatoren kunne være den, som etablerede eller formidlede kontakt til kommunen og arbejdspladsen. Koordinatoren havde ansvaret for at lave de nødvendige aftaler, deltage i rundbordssamtaler og møder sammen med patienten på arbejdspladsen og evt. i kommunens sygedagpengeafdeling. Koordinatoren udarbejdede sammen med patienten en handleplan for det videre forløb, som løbende justeredes. Der blev lagt vægt på, at den helhedsorienterede

rehabiliteringsindsats blev skræddersyet i forhold til patientens aktuelle behov. Videre at der blev taget hånd om problemstillinger, som havde betydning for patienten, og i tilfælde hvor der var behov for andre faggruppers indsats at få denne etableret.

Koordinatorens rolle var således at få afdækket patientens behov, at bringe problemstillingerne tilbage

til det tværfaglige team til drøftelse på konferencer, og etablere nødvendige monofaglige indsatser.

Koordinatorerne kunne ved behov bidrage med følgende monofaglige indsatser:

- Arbejdspladsvurdering ved ergoterapeut
- Arbejds-mæssig funktionsbeskrivelse ved ergoterapeut
- Vurdering af behov for hjælpemidler
- Socialmedicinsk undersøgelse
- Socialmedicinsk samtaleforløb
- Samtale ved socialrådgiver

Reumatologen og fysioterapeuten kunne bidrage til det tværfaglige rehabiliteringsforløb med nye undersøgelser og vurderinger. Koordinatoren havde regelmæssig kontakt med sagsbehandler i kommunen, og som i Mini-interventionen blev der undervejs i forløbet sendt journalnotater til sagsbehandler og egen læge.

CfB- forløbet blev afsluttet, når patienten kom i arbejde i samme omfang som før sygemelding eller ved anden afklaring, hvis det blev vurderet, at det ikke var muligt at komme tilbage i arbejde.

Nakke/skulder-sygemeldte, interventionsstudiet

Der anvendtes et faktorielt design, hvor sygemeldte ved lodtrækning blev fordelt ad to omgange til henholdsvis:

- 1 Grundig udredning ved læge og fysioterapeut og generel motion/aktivitet eller
- 2 Grundig udredning ved læge og fysioterapeut, generel motion/aktivitet og specifik nakke-træning.

Og efterfølgende til:

- 3 Mini-intervention: 1 eller 2 efterfulgt af kontrol efter 14 dage og afslutning eller
- 4 CfB-intervention: 1 eller 2 efterfulgt af en koordineret sammenhængende rehabiliteringsindsats i Center for Bevægeapparatlidelser.

De praktiserende læger henviste patienter til studiet efter følgende in- og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier:

- alder 18-60 år
- hel eller delvis sammenhængende sygemelding fra arbejde i 4-16 uger
- smerter i nakke, skulder eller øvre ryg med eller uden tegn på nerverodstryk er det primære problem og årsag til sygemelding
- patienten taler og forstår dansk

Eksklusionskriterier:

- vedvarende eller progredierende symptomer på nerverodstryk, som indebærer, at der er planer eller ønske om operation herfor
- operation i ryg, nakke eller skulder inden for det sidste år eller anden specifik eller alvorlig bevægeapparatsygdom
- primær psykiatrisk lidelse
- misbrug af alkohol eller narkotiske stoffer
- graviditet

På CfB blev sygemeldte med tegn på nerverodstryk ekskluderet fra træningsstudiet, men deltog i studiet af Mini- versus CfB-intervention. Disse sygemeldte blev opfordret til at dyrke generel motion, men frarådet specifik styrketræning af nakkemusklere, som kunne medføre forværring af smerter.

Forløb

Ved første besøg på centeret fik den sygemeldte en grundig klinisk undersøgelse af reumatolog og fysioterapeut og udfyldte et basis-spørgeskema. Umiddelbart efter blev der foretaget en blindet lodtrækning til de to typer træningsindsats (generel motion eller generel motion suppleret med specifik nakketræning) og til Mini- eller CfB-intervention. Var der behov for supplerende lægelig udredning henvistes patienten til dette. Patienten fik tid til svar på diverse undersøgelser og anden udredning hos reumatologen og kontrol ved fysioterapeuten efter 14 dage. De patienter, der på det tidspunkt havde genoptaget arbejdet, blev afsluttet. For de øvrige blev det oplyst om, de skulle deltage i Mini-interventionen eller CfB-interventionen. En skematisk oversigt over forløbet er vist i figur 2.

Mini-interventionen

Mini-interventionen bestod også her af en reumatologisk udredning og undersøgelse ved fysioterapeut. Hovedelementerne i udredningen ved reumatolog og fysioterapeut var:

Reumatolog:

- Grundig klinisk undersøgelse inklusive måling af nakkebevægeligheden
- Ved symptomer på nerverodspåvirkning bestiltes MR scanning af nakken
- Ved tegn på skulderlidelse blev der foretaget ultralydsundersøgelse af skulderen og evt. binyrebarkhormonindsprøjtning
- Ved lungesyntomer, symptomer på hjertelidelse eller anden lidelse, hvor der var behov for det, bestiltes udredning med sigte på svar efter 14 dage.
- MR scanningen af nakken blev planlagt til opfølgende kontrol på Regionshospitalet Silkeborg efter 14 dage, således at der blev givet svar samme dag
- Ultralydsundersøgelse af skulderen blev foretaget samme dag, effekt blev monitoreret ved kontrol efter 14 dage
- Der blev taget stilling til anden eller supplerende smertestillende behandling
- Grundig ikke-sygeliggørende information til patienten om mulige årsager til smerterne, at man i de fleste tilfælde ikke kan se årsagen til smerterne og at fysisk aktivitet som hovedregel hjælper på smerter i bevægeapparatet

Fysioterapeut:

- Systematisk undersøgelse og testning, inklusiv testning af neuromuskulær kontrol, isometrisk styrke i nakke/skulder region og submaksimal konditionstest (et -punkt test).
- Opfordring til gradvis genoptagelse og udførelse af normal daglig aktivitet.
- Information om at det ikke skader noget i nakke/skulder at være fysisk aktiv, og øget fysisk aktivitet derimod kan være medvirkende til at lindre smerterne og øge funktionsniveauet.

Journalnotater sendtes direkte til sagsbehandler i jobcenteret og egen læge efter hver undersøgelse. Havde patienten herefter spørgsmål vedrørende sygdomsmeldingen, henvendte han sig hos egen læge eller sagsbehandleren.

Efter endt fysioterapeutisk undersøgelse informeredes om, at der i dette studie blev afprøvet to forskellige træningstilgange til at bedre smerter og funktionsniveauet, og at man ikke vidste hvilken tilgang, der var bedst. Fysioterapeuten informerede om indholdet i de to interventioner, og den sygemeldte blev ved lodtrækning tildelt én af følgende hjemmetræningsprogrammer:

- a) Generel motion/fysisk aktivitet
Træningsplan for motionstræning f.eks. gang, cykling eller svømning blev lagt i samarbejde med patient. Der opfordredes til at udføre motionstræningen mindst 3 x gange ugentlig i 30-60 min.

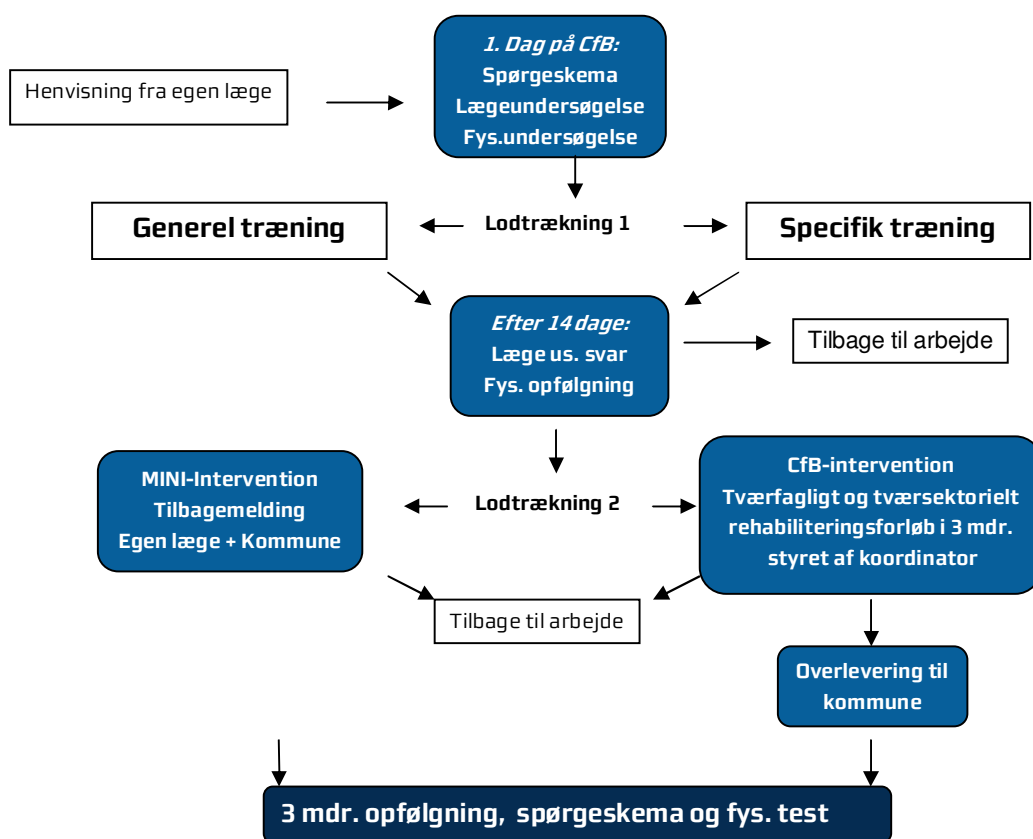
- b) Generel motion/fysisk aktivitet + specifik træning
Udover motionstræning instrueredes i specifikt træningsprogram for nakke og skulderregion med elastik (Thera-bånd), indeholdende isometriske nakkeøvelser i siddende og dynamiske øvelser for skulder og arme i stående stilling^{14,25}.

Træningsdagbog udleveredes til monitorering af træning, smerter, behandling og medicin indtag. Træningsprogrammet justeredes og progredieredes ved 14 dage og 3 måneders kontrol og en ny test af bevægelighed og isometrisk styrke i nakke/skulder muskulatur udførtes ved 3 mdr. kontrol.

CfB-interventionen

CfB-interventionen var den samme som for de ryg-sygemeldte (se ovenfor) med et par væsentlige ændringer. Den ene ændring var, at det tværfaglige team udover koordinatorene, reumatologen og fysioterapeuten, blev suppleret med en psykolog, der dog ikke deltog i alle patientforløb, men blev inddraget når teamet vurderede, at der var et behov.

CfB- forløbet blev stadig afsluttet, når patienten kom i arbejde i samme omfang som før sygemelding. Den anden ændring var dog, at hvis patienten stadig var sygemeldt, når CfB-forløbet havde varet 3 måneder, blev der i samarbejde med arbejdsgiver og sagsbehandler fra jobcenteret lagt en plan for det videre forløb med henblik på genoptagelse af arbejdet, og patienten blev herefter afsluttet fra CfB. Var der enighed om, at patienten med fordel kunne fortsætte forløbet på CfB, kunne dette aftales. Der skulle da være en klar aftale om, hvad formålet med det forlængede forløb var, og hvordan der skulle følges op på det.



Figur 2. Oversigt over projektførløbet i nakke/skulder studiet.

Stikprøvestørrelse

Der skulle inkluderes i alt 350 sygemeldte til sammenligning af Mini- og Cfb-intervention i begge ovennævnte studier. Dette var baseret på at kunne måle en forskel på 10 procentpoint på andelen, der blev raskmeldt efter 1 år med en styrke på 0,80 og et signifikansniveau på 0,05. I studiet af de to træningsinterventioner var det primære mål reduktion af smerter, som krævede cirka 25 sygemeldte i hver gruppe for at kunne måle en ønsket effekt (forskell i smertescore på 2,0 (SD=2,5) på skala fra 0 til 10).

Evaluering af interventionsstudierne

Nogen effektmål var ens for studierne. Det primære effektmål for sammenligning af Mini- og Cfb-intervention var "raskmelding" baseret på registerdata (DREAM), som vi også definerer som "tilbage til arbejde". De sekundære effektmål var funktionsevne, smerte og fysisk og mentalt helbred baseret på spørgeskemaer.

DREAM-databasen bestyres af Beskæftigelsesministeriet og omfatter alle personer, der siden 1991 har modtaget offentlige overførselsindkomster. Overførselsindkomsterne er registreret ugevis, såfremt man har modtaget en ydelse mindst én dag i den pågældende uge. Uger, hvor der ikke modtages overførselsindkomst, optræder uden kode. Raskmelding/tilbage til arbejde målt som overgang til mindst 4 uger uden overførselsindkomst eller til arbejdsløshedsdagpenge.

I studiet med ryg-sygemeldte blev der også foretaget sundhedsøkonomiske analyser. Her anvendtes udgifter til ambulans behandling i sygehussektoren som mål for interventionsomkostninger. Desuden blev udgifter til receptpligtig medicin, udgifter i primærsektoren og udgifter til sygehusindlæggelser beregnet. Udgifter til sygedagpenge blev beregnet baseret på sygefraværdata fra DREAM og gældende sygedagpengesatser. Desuden blev der foretaget en analyse af interventionsomkostninger pr sparet sygefraværugsuge.

Det primære effektmål i træningsstudiet blandt nakke/skulder-sygemeldte var smerte reduktion efter 3 måneder. Sekundære effektmål var ændringer i styrkemål og fear-avoidance, også efter 3 måneder.

Der anvendtes data fra spørgeskemaer udfyldt ved første møde i Center for Bevægeapparatlidelser, efter 3 måneder og 1 år. Skemaerne omfattede blandt andre følgende instrumenter: Low Back Pain Rating scale²⁶ til vurdering af smerter i ryg og ben, Roland Morris Disability score²⁷ til vurdering af funktionsevne for personer med rygsmerter, Ørebro-skema²⁸ – et screeningsværktøj vi anvendte i studiet med nakke/skulder-sygemeldte. Desuden indeholdt

spørgeskemaerne oplysninger om en lang række individuelle faktorer (køn, alder, civilstand, familiære forhold), erhvervmæssig og økonomisk status (uddannelse, stilling, indkomst), arbejdsmiljø (krav, indflydelse, sociale forhold, rummelighed, anerkendelse), depression og livsstilsfaktorer (rygning og motion).

I de statistiske analyser med DREAM-data benyttedes Cox og logistiske regressionsmodeller, hvor der kontrolleredes for potentielle konfoundere, som minimum køn og alder. I de øvrige analyser anvendtes t-test og ikke-parametriske tests.

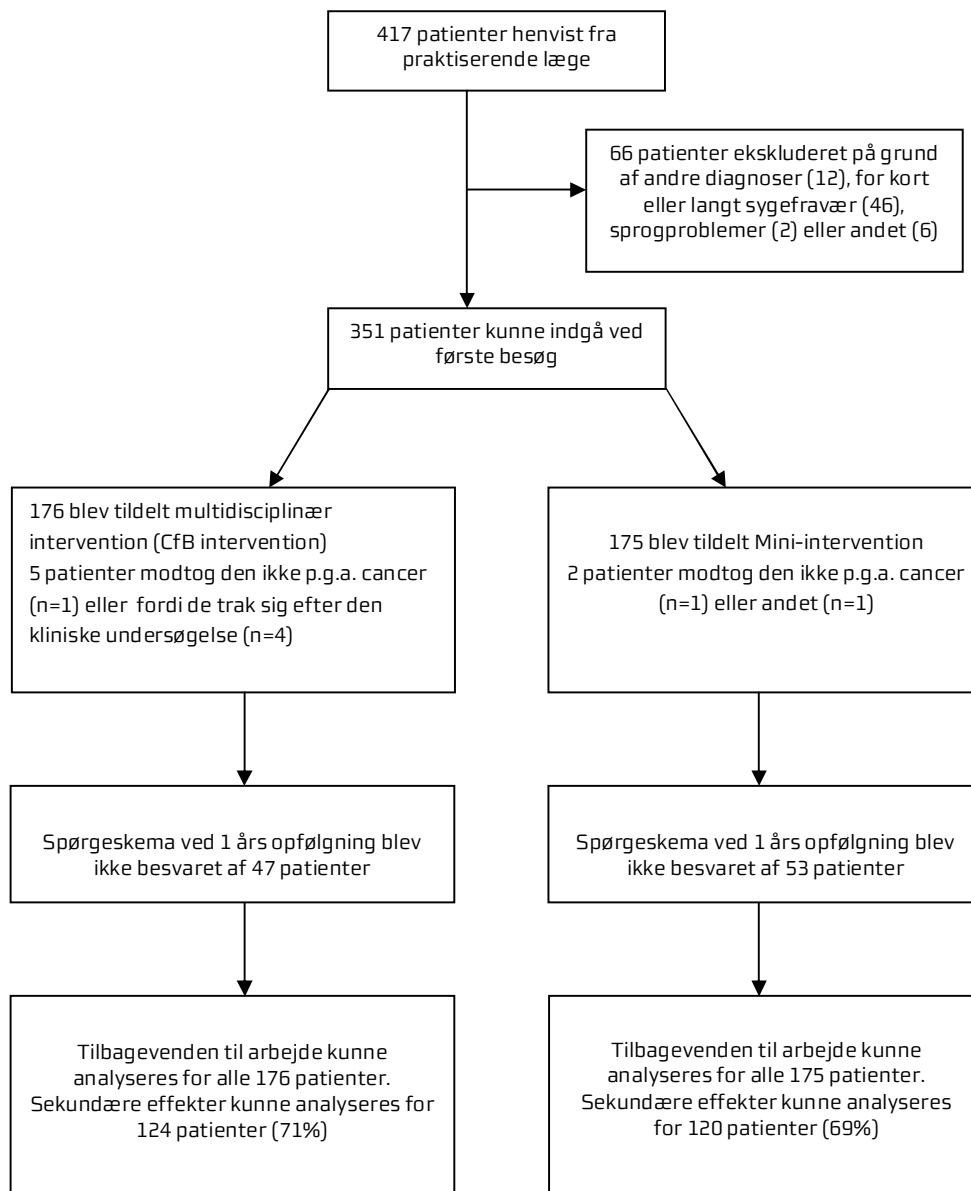
Da DREAM data var komplette kunne der foretages intention-to-treat analyser (analyser, hvor alle patienter indgår, uanset om de har deltaget i interventionen, som det var tiltænkt).

Der udførtes efterfølgende subgruppe-analyser i studiet med ryg-sygemeldte baseret på statistiske interaktionsanalyser (effektmodifikation)²⁹. Formålet var at identificere enkeltfaktorer og undergrupper, som "klarede" sig forskelligt med hensyn til det primære effektmål.

Der anvendes et signifikansniveau på $p < 0,05$, og der beregnedes 95% konfidens-intervaller (95% CI).

Resultater

Ryg-sygemeldte, interventionsstudiet



Figur 3. Patientflow i studiet med ryg-sygemeldte.

Fra november 2004 til juni 2007 blev 417 patienter henvist til studiet (figur 3) og fik en tid på CfB til første udredning i løbet af 0 til 34 dage (median 6 dage). Heraf kunne 351 patienter inkluderes og fik tildelt en af de to interventioner ved lodtrækning. Alle fik foretaget den første udredning ved læge og fysioterapeut og besvarede basis-spørgeskemaet inden lodtrækningen. Herefter fik de, der skulle deltage i CfB interventionen en ny tid til første samtale med koordinatoren. Koordinatoren mødte patienterne gennemsnitligt 4 gange i et forløb. Der blev arrangeret møder med arbejdspladsrepræsentanter for 54 patienter, og koordinatoren kontaktede arbejdsgivere direkte i 33 andre tilfælde. I gennemsnit kontaktedes arbejdspladsrepræsentanter 6 gange for de 87 patienter, hvor man tog kontakt. I 89 tilfælde blev der ikke taget kontakt med arbejdsplads. Den mediane varighed af et forløb i CfB interventionen var 18 uger, i Mini-interventionen 2 uger.

Deltagerne

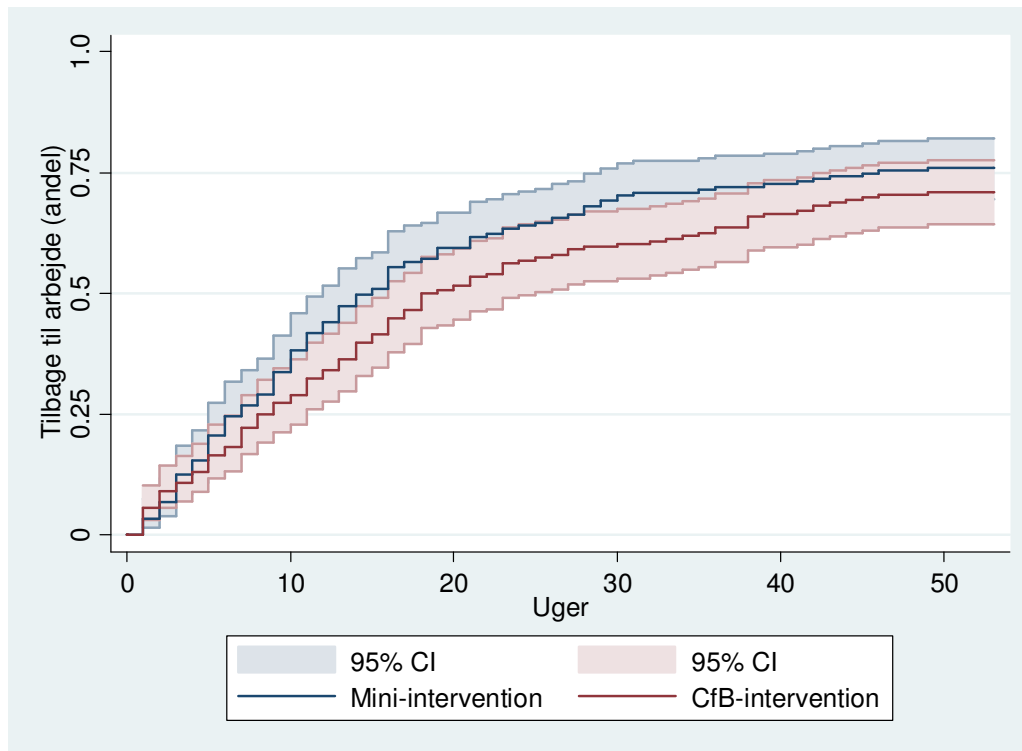
Halvdelen var kvinder, 88 (50,3%) i Mini-interventionsgruppen og 95 (54,0%) i CfB-interventionsgruppen. Deltagernes gennemsnitlige alder var henholdsvis 41,9 (SD=10,4) år og 42,1 (SD=10,5) år i de to grupper.

Uspecifikke rygsmerter var til stede hos 191 (54%) patienter. Der blev fundet tegn på nerverodstryk hos 112 (32%) patienter, og de sidste 48 (14%) patienter fik konstateret andre diagnoser som (fx spondylolistese). Senere i forløbet fik 33 (9%) patienter foretaget rygoperation på grund af manglende fremskridt ved konservativ behandling, henholdsvis 16 og 17 patienter i hver af de to interventionsgrupper. Det gennemsnitlige smerteniveau på Low Back Pain Rating Scale var 32,7 (SD=12,4) og 31,6 (SD=12,1) hos patienter i Mini- og CfB-interventionsgrupperne. Den gennemsnitlige score for Roland Morris funktionsevnenedsættelse var 15,6 (SD=4,0) og 15,6 (SD=4,4) i de to grupper.

Cirka 80% (n=292) fortalte, at de ønskede at vende tilbage til den arbejdsplads, de var sygemeldt fra frem for at finde et nyt arbejde.

Tilbagevenden til arbejde, smerte og funktionsevnenedsættelse

I løbet af det første år vendte 133 (76%) patienter fra Mini-interventionsgruppen og 125 (71%) fra CfB-interventionsgruppen tilbage til arbejde i mindst 4 uger (figur 4). Efter 2 år var tallene steget til 140 (80%) og 136 (77%). Hazard ratioen (HR), som er forholdet imellem de to gruppers sandsynlighed for at vende tilbage, var 0,83 (95% CI: 0,65-1,06, p=0,14), så der var ingen statistisk betydende forskel på andelen, der vendte tilbage til arbejde i de to interventionsgrupper. Det var der heller ikke, når der justeredes for køn, alder og flere andre baseline variable. Den mediane varighed af perioden, indtil de sygemeldte vendte tilbage til arbejde, var henholdsvis 14 og 18 uger.



Figur 4. Andel sygemeldte med rygsmerter der vendte tilbage til arbejde det første år. 95 % CI står for konfidens-intervallet, der viser den statistiske usikkerhed.

Smerte og funktionsevnenedsættelse ved 1 års opfølgning

Ved 1 års opfølgning besvarede cirka 70% af deltagerne spørgeskemaet. Blandt de, der ikke besvarede skemaet, var der lidt færre, der var i arbejde på opfølgningstidspunktet (589% mod 65% blandt dem der svarede) og lidt flere mænd (38% af alle mænd) end kvinder (24% af alle kvinder).

Både smerter og funktionsevnenedsættelse forbedredes markant i forhold til baseline, men der var ingen forskel imellem de to interventionsgrupper. Det gennemsnitlige smerteniveau på Low Back Pain Rating Scale ved opfølgningstidspunktet var 22,5 (SD=15,2), og 21,0 (SD=13,5) og for Roland Morris funktionsevnenedsættelse var scoren 8,7 (SD=6,6) og 8,6 (SD=6,6) hos patienter i Mini- og CfB-interventionsgrupperne.

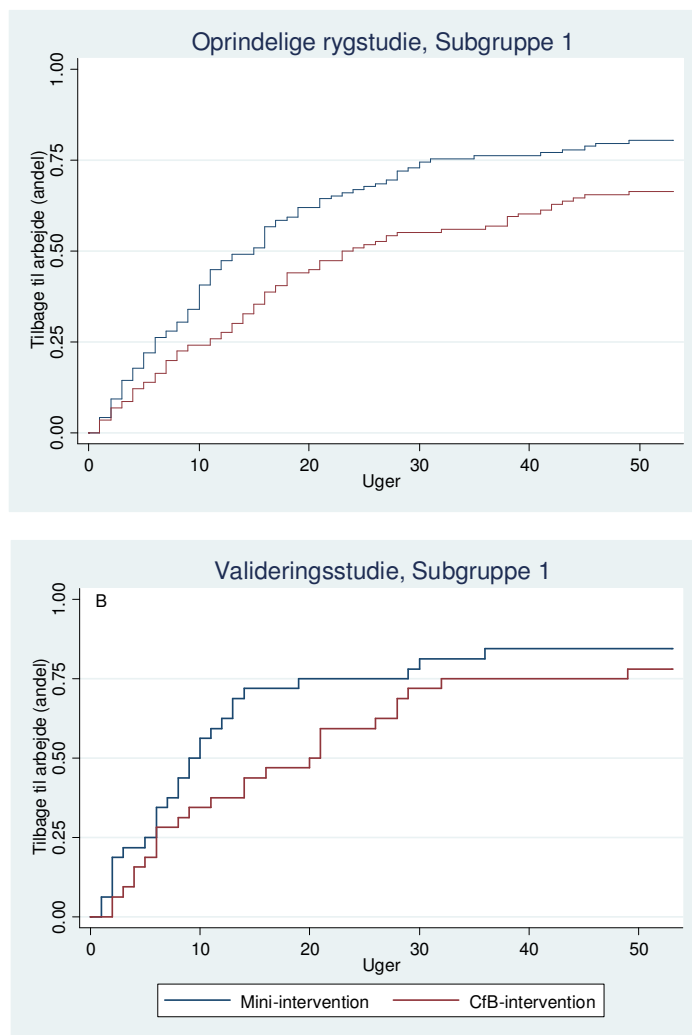
Subgrupper

Efter de primære analyser, som ikke viste nogen forskel på effekten af interventionerne, foretog vi en række subgruppe-analyser for at undersøge, om udvalgte grupper af patienterne havde gavn af den ene eller den anden intervention. Her identificerede vi flere faktorer blandt de arbejdsrelaterede forhold, der var vurderet ved baseline, som syntes at have betydning for hvilken intervention, der havde bedst effekt på tilbagevenden til arbejde. Således syntes jobtilfredshed, indflydelse på arbejdet, risiko for at miste arbejdet på grund af sygemeldingen, og det at have søgt om erstatning for ryglidelsen (forsikrings- eller arbejdsskadessag) at have betydning for om den ene eller anden intervention var mest effektiv. Socio-demografiske eller helbredsrelaterede variable betød mindre eller ingenting for hvilken intervention, der virkede bedst. F.eks. var de to interventioners effekt ens for patienter med høj og lav smertescore. I en forenklet model kombinerede vi de arbejdspladsrelaterede variable for at karakterisere to subgrupper, hvor interventionerne virkede forskelligt. I Subgruppe 1 var patienter, som svarede, at de havde indflydelse på planlægning af deres eget arbejde og ikke var i risiko for at miste arbejdet på grund af sygemeldingen. I Subgruppe 2 var patienter uden indflydelse på planlægning af deres eget arbejde eller, som mente, at de var i risiko for at miste arbejdet. I disse analyser blev alle, som havde en verserende erstatningssag, ekskluderet. I Subgruppe 1 kom man hurtigere i arbejde, hvis man havde fået Mini-interventionen (HR=0,65 (95% CI: 0,45-0,95), mens man i Subgruppe 2 kom hurtigere i arbejde, hvis man havde fået CfB-interventionen (HR=1,42 (95% CI: 0,92-2,18)). Forskellen på Mini- og CfB-interventionens effekt imellem subgrupperne var statistisk sikker ($p=0,008$).

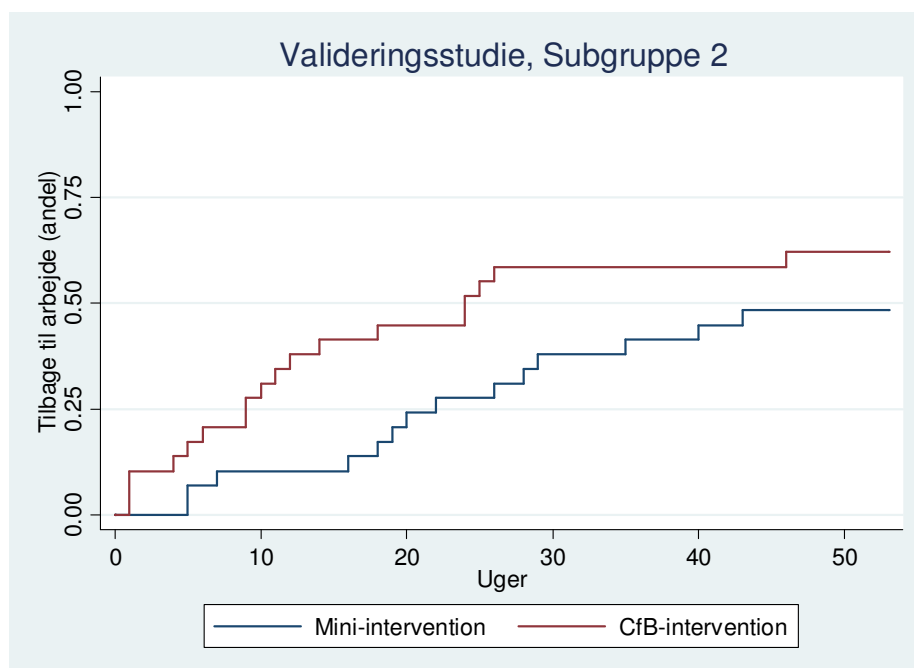
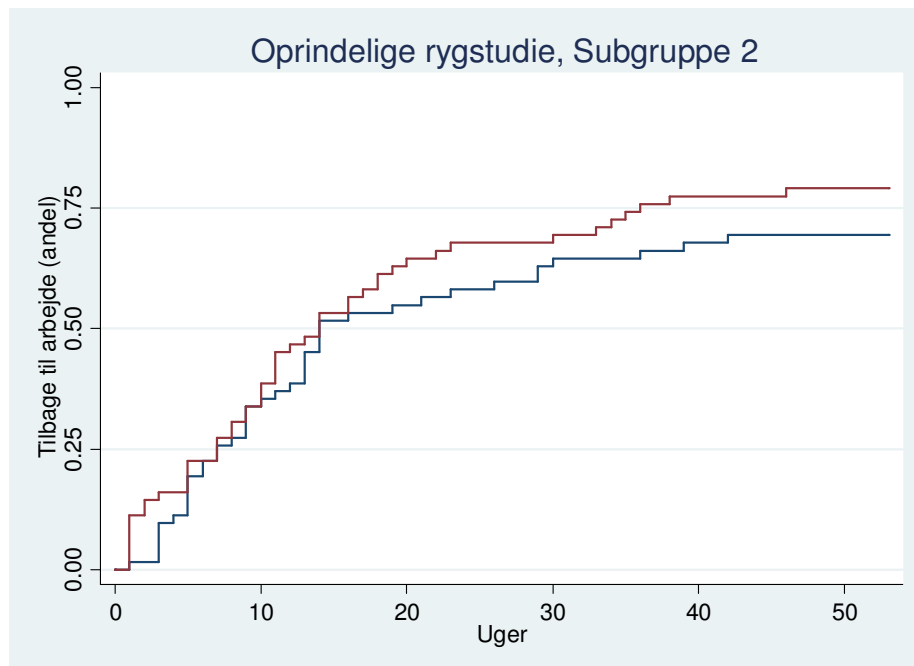
Validering

I et nyt studie i 2007-2008, som i princippet var en gentagelse af det første rygstudie, inkluderedes yderligere 120 patienter. Formålet var at afprøve om de resultater, vi havde fundet i det første studie, kunne genfindes i det nye eller valideres, om man vil. I det nye studie var der 60 patienter i hver interventionsgruppe, ialt 58% kvinder og 42% mænd. Low Back Pain Rating scoren var i gennemsnit henholdsvis 35,2 (SD=11,7) og 35,1 (SD=12,1) i Mini- og CfB-intentionsgrupperne. HR var 1,14 (95% CI: 0,74-1,76), der var altså fortsat ikke forskel i tilbagevenden til arbejde i de to interventionsgrupper, da HR ikke var signifikant forskellig fra 1. I subgrupperne fandt vi også de samme resultater som i det oprindelige studie, blot med den forskel at vi ikke ekskluderede personer med en erstatningssag. For det første så "erstatningssag" ikke ud til at have betydning for interventionernes effekt, og for det andet gjorde det lavere antal patienter i grupperne det vigtigt, at få så mange med i analyserne som muligt. I den nye Subgruppe 1, altså alle med indflydelse på eget arbejde og uden risiko for at miste arbejdet, var HR=0,73 (95% CI: 0,41-1,28, $n=62$), hvilket igen betød, at de kom hurtigere i

arbejde, hvis de havde fået Mini-interventionen. I Subgruppe 2, som var patienter uden indflydelse på eget arbejde eller i risiko for at miste arbejdet, var HR=2,16 (95% CI: 1,03-4,53, n=56), så her var chancen for at komme i arbejde omtrent dobbelt så høj for de, der havde fået CfB-interventionen. Igen var forskellen mellem subgrupperne statistisk sikker (p=0,025). Andelene, der vendte tilbage til arbejde i løbet af det første år i de to subgrupper, er afbildet i figur 5 og 6.



Figur 5. Andel sygemeldte med rygsmerter i Subgruppe 1, der vendte tilbage til arbejde det første år. Subgruppe 1 bestod af dem, der havde indflydelse på planlægning af eget arbejde og ikke følte, de var i risiko for at miste arbejdet på grund af sygemeldingen.



Figur 6. Andel sygemeldte med rygsmerter i Subgruppe 2, der vendte tilbage til arbejde det første år. Subgruppe 2 består af dem der ikke havde indflydelse på planlægning af eget arbejde eller følte de var i risiko for at miste arbejdet på grund af sygemeldingen.

Sundhedsøkonomi

Der blev foretaget sundhedsøkonomiske analyser, som primært opgjorde udgifter i sundhedsvæsenet og udgifter til sygedagpenge. Disse analyser viste ikke overraskende, at CfB interventionen var dyrere end Mini-interventionen, og da CfB-interventionen i gennemsnit var forbundet med flere sygedage, var Mini-interventionen mere omkostningseffektiv. Således sparede man ved Mini-interventionen i gennemsnit 2.631 kr. for hver gang, man også sparede en sygefraværsuge. De færre sygedage i CfB-interventionsgruppen kunne dog ikke bekræftes i valideringsstudiet.

I subgrupperne havde vi som ovenfor nævnt fundet forskelle i andelen, der vendte tilbage til arbejde i de to interventionsgrupper. Dermed var der også forskel på omfanget af sygefraværet. Her var Subgruppe 2 mest interessant, da det her blev beregnet, at det kostede 1.617 kr. at drive CfB-interventionen pr. sparet sygefraværsuge, hvilket var mindre end omkostninger til sygedagpenge. I Subgruppe 1 var det naturligvis både dyrere at gennemføre CfB-interventionen, og det resulterede i flere sygedage.

En selvstændig beregning på udgifterne til sygedagpengemodtagere, der ikke vendte tilbage til arbejde i løbet af det første år, blev også foretaget. Det drejede sig om 62 patienter, som i gennemsnit havde udgifter i sundhedsvæsenet og til sygedagpenge fra offentlig myndighed på i alt 253.781 kr. pr. patient. Sundhedsudgifterne, som både bestod af udgifter til ambulant behandling (interventionen), indlæggelser, medicin og til primærsektoren, var i gennemsnit 65.281 kr. pr. patient til denne gruppe, så de udgjorde en markant mindre andel end udgifterne til sygedagpenge.

Nakke-skulder studiet

Det var planlagt, at der i løbet af 2 år skulle inkluderes 350 sygemeldte patienter med nakke/skuldersmerter. Som tidligere nævnt fandt vi i Galten Kommune, at sygemeldingsdiagnosen i godt 12% af alle sygemeldingerne var relateret til lænderyg, mens 4% var relateret til nakke/skulder. Der blev indgået aftaler med Silkeborg, Skanderborg, Randers, Favrskov, Lemvig, Hedensted og Ikast-Brande kommuner om at praktiserende læger i disse kommuner skulle kunne henvise patienter til projektet, hvilket var en udvidelse i forhold til rygprojektet, hvor der kun henvistes patienter fra de 4 førstnævnte kommuner. Lægerne blev informeret pr. brev fra CfB og gennem regionens praksiskonsulent. Det lykkedes dog ikke at rekruttere tilstrækkelig mange patienter, og vi besluttede derfor at foretage en foreløbig evaluering efter de 2 år for at vurdere, om studiet skal fortsætte. Såfremt det ikke så ud til at være nogen forskel i effekt på Mini- og CfB-intervention, ville projektet kunne afsluttes. Hvis der

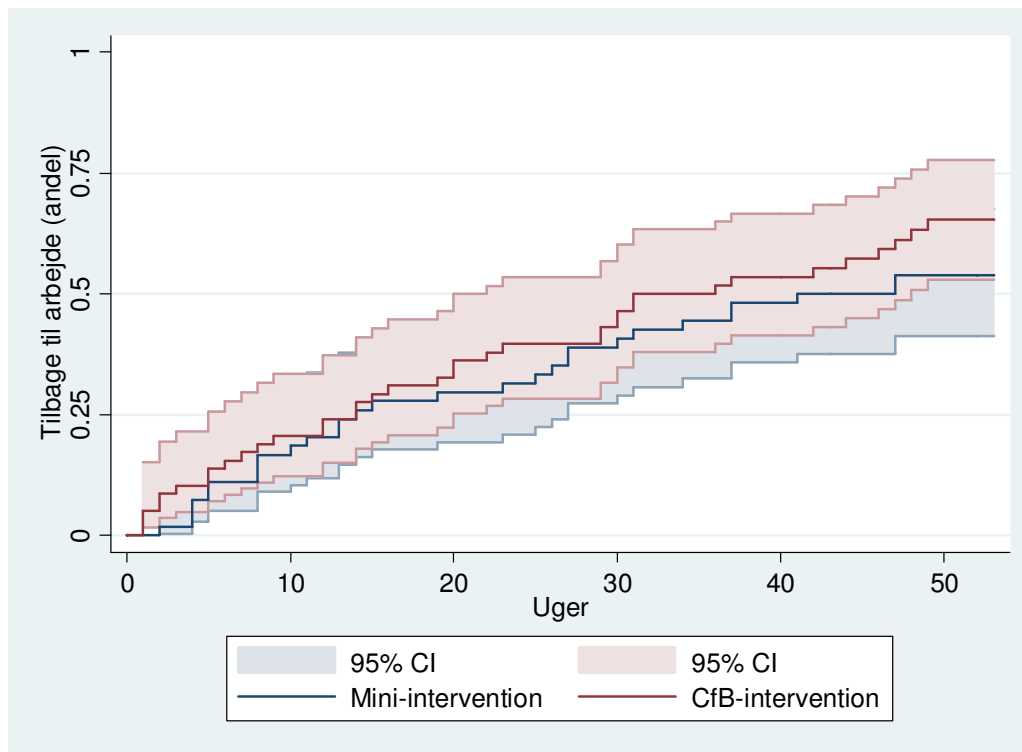
derimod blev målt en forskel i effekt, som med 350 patienter ville have været statistisk sikker, så vil projektet kunne fortsætte indtil det oprindeligt planlagte antal patienter nås.

I studiet af de to træningsinterventioner var det primære mål reduktion af smerter, som blot krævede cirka 25 sygemeldte i hver gruppe for at kunne måle en ønsket effekt. Derfor var der tilstrækkeligt mange inkluderede patienter til at foretage en endelig evaluering af denne del af studiet.

Mini- versus CfB-intervention

Den foreløbige evaluering viste, at der fra april 2009 til juni 2011 blev henvist 169 patienter med nakke eller skuldersmerter fra praktiserende læger til CfB. Tid fra henvisning til første besøg på CfB varierede fra 0 til 55 dage, medianværdien var 12 dage. Heraf kunne 57 patienter ikke inkluderes, da deres sygefravær havde været for længe, eller de havde andre specifikke diagnoser. Derfor blev 112 patienter tildelt Mini- (n=54) eller CfB-interventionen (n=58), og de blev ligeledes fordelt på de to træningsinterventioner ved lodtrækning. Alle fik foretaget den første udredning ved læge og fysioterapeut og besvarede basis-spørgeskemaet inden lodtrækningen. Træningsinterventionerne blev umiddelbart iværksat, mens tildeling af Mini- eller CfB-intervention ikke blev oplyst før 2 uger senere, hvor CfB-interventionen også blev startet op. Af de 58 patienter, der skulle have CfB-intervention, vendte 7 tilbage i arbejde inden opstart. Desuden var der 8, som ikke fik CfB-interventionen, fordi de fik planlagt operation, fraflyttede kommunen eller trak sig fra projektet.

Koordinatoren havde kontakt med de resterende 43 patienter 5,5 gange i gennemsnit inklusiv telefonkontakt. Der blev arrangeret møder på arbejdspladsen med 10 patienter, og der blev taget kontakt med arbejdsgiver for yderligere én patient. Koordinatoren havde kontakt med arbejdspladsrepræsentanter 1,9 gange i gennemsnit pr. patient, for de patienter hvor der var kontakt. Koordinatoren havde kontakt med sagsbehandler i kommunen i 29 tilfælde, 1,6 gange i gennemsnit pr. patient. Heraf blev der arrangeret møder på jobcenteret 4 gange. Tilbagevenden til arbejde i løbet af det første år skete for 59%'s vedkommende, og der så ud til at være en forskel på, hvor hurtigt man vendte tilbage i arbejde i de to interventionsgrupper (figur 7). Således var 54% vendt tilbage i arbejde i Mini-intentionsgruppen og 64% i CfB-intentionsgruppen. HR var 1,38 (95% CI: 0,84-2,28), som antyder, at sygemeldte i CfB-intentionsgruppen vendte 1,38 gange hurtigere tilbage i arbejde end sygemeldte fra Mini-intentionsgruppen. Dette var dog ikke statistisk sikkert.



Figur 7. Andel sygemeldte med nakke/skuldresmerter, der vendte tilbage til arbejde det første år. 95 % CI står for konfidens-intervallet, der viser den statistiske usikkerhed.

Specifik eller generel træning

I denne del af studiet kunne 83 patienter inkluderes, 43 blev tildelt "specifik træning (ST)" og 40 blev tildelt "generel træning (GT)". Fem patienter i ST-gruppen valgte at forlade studiet fra starten, mens yderligere 4 fra ST-gruppen og 3 fra GT-gruppen ikke gennemførte interventionen i alle de tre efterfølgende måneder. Desuden var der 8 deltagere, som ikke besvarede spørgeskema ved 3 måneders opfølgningen, og andre 9 gennemførte ikke de fysiske tests ved opfølgningen. Derfor blev 58 (70%) patienter inkluderet i analyserne, hvor det primære mål (smerter) indgik.

Firs procent udfyldte en dagbog med oplysninger om deres træningsindsats i hjemmet de første 2 uger efter første besøg på CfB. Patienterne i GT-gruppen gennemførte træning i 8 ud af 14 dage (median-værdi) mens deltagerne i ST-gruppen udførte træning i 6 dage (median-værdi). Efter de første 2 uger var der relativt mange, som ikke udfyldte dagbogen, og det kunne derfor ikke lade sig gøre at vurdere træningsindsatsen på et nogenlunde sikkert grundlag fra den 3. uge og frem.

Den mediane reduktion i smerte-score var 1 enhed (skala fra 0 til 10) fra basismåling til opfølgningen 3 måneder senere i begge interventionsgrupper. 14 patienter i ST-gruppen og 11 patienter i GT-gruppen opnåede en klinisk relevant reduktion i smerte-score på mindst 2 enheder, men der var ikke statistisk betydende forskel på de to grupper. Der var kun delvist forbedringer i muskelstyrke (tabel 1), og der var ikke statistisk sikker forskel på ændringen i muskelstyrke i de to interventionsgrupper. Specifik styrketræning gav altså ikke større forbedring af muskelstyrken end generel træning. Derimod var der forbedring på fear-avoidance skalaen i begge interventionsgrupper, og ændringen var største i ST-gruppen ($p=0.046$).

Tabel 1. Ændringer i muskelstyrke (Nm) og "fear-avoidance" fra basis-måling til opfølgning.

	ST-gruppe			GT-gruppe		
	Median (IQR)	n	p-værdi*	Median (IQR)	n	p-værdi*
Nakke ekstension	3.9 (1.1;9.6)	32	0.043	1.8 (-3.0;6.3)	24	0.34
Nakke fleksion	2.8 (0.9;6.0)	32	0.005	2.5 (-2.2;4.4)	24	0.007
Skulder abduktion	3.1 (-5.1;5.7)	30	0.59	0.5 (-8.6;5.5)	24	0.84
Fear-avoidance	6 (3;12)	31	<0.001	3 (0;8)	26	0.004

ST-gruppe: specifik træning; GT-gruppe: generel træning

Fear-avoidance blev målt på en skala fra 0 (bedste) til 30 (værste) baseret på 3 spørgsmål om undgåelsesadfærd.

*Signed rank test.

Diskussion

Mini-interventionen var lige så effektiv som den mere omfattende tværfaglige indsats; CfB-interventionen da deltagerne, der var sygemeldt på grund af rygsmerter, kom lige hurtigt tilbage i arbejde i de to interventionsgrupper. Studiet viste heller ingen forskel med hensyn til smerte og funktionsevnenedsættelse i de to grupper.

Det så således ud til, at en grundig klinisk undersøgelse udført af specialiseret sundhedspersonale og deres rådgivning om sikker og gradvis tilbagevenden til normal aktivitet (Mini-interventionen) var tilstrækkelig for denne population af sygemeldte. Subgruppe-analyserne viste dog, at Mini-interventionen faktisk så ud til at være mere effektiv for nogle sygemeldte, mens andre så ud til at have brug for en mere koordineret indsats fra sundhedsvæsenet, arbejdsgiveren og den sociale sektor.

Andre studier

I løbet af det første år kom 74% tilbage til arbejde i vores studie, hvilket er sammenligneligt med det, der er opnået i interventionsgrupperne i andre skandinaviske studier^{8,9,10,11}. Vi valgte ikke at inddrage en kontrolgruppe i studiet, da alle involverede parter lagde vægt på, at de sygemeldte som minimum skulle tilbydes en klinisk undersøgelse. De samme undersøgelser, som nævnt ovenfor, har typisk vist en lavere andel, der kom tilbage til arbejde fra kontrolgruppen. Hvilket viste, at interventionerne var effektive, men det indikerer også, at et design med en kontrolgruppe i den primære sundhedssektor kan være etisk problematisk i fremtidige studier. I det danske interventionsstudie⁹ bestod den tværfaglige indsats af en koordineret og individuelt skræddersyet handlingsplan udført af et tværfagligt rehabiliteringsteam. Efter et år kom 78% tilbage til arbejde sammenlignet med 62% i kontrolgruppen. De to norske undersøgelser, hvor de korte interventioner lignede vores Mini-intervention, rapporterede lignende resultater: Hagen et al.¹¹ opnåede at få 69% tilbage til arbejde i interventionsgruppen sammenlignet med 57% i kontrolgruppen i den primære sundhedssektor. I modsætning hertil rapporterede en anden norsk undersøgelse ingen effekt af en tværfaglig ret omfattende intervention³⁰.

Interventionen i denne undersøgelse omfattede daglige sessioner i fire uger med kognitiv adfærdsterapi, fysisk behandling og undervisning om relevante emner (f.eks. arbejdspladsændringer). Endnu en norsk undersøgelse viste, at mænd med kroniske smerter, som fik en let tværfaglig indsats opnåede hurtigere tilbagevenden til arbejde end mænd, som fik en omfattende tværfaglig intervention eller ingen intervention³¹. En medvirkende forklaring kan være, at hvis en begrænset og kortvarig intervention er tilstrækkelig til at øge tilbagevenden til arbejde, så kan det ikke være overraskende, at en mere omfattende og længerevarende intervention kan forlænge denne proces.

Undersøgelser fra andre lande end de skandinaviske er sværere at sammenligne med vore resultater, fordi de sociale systemer og sundhedsvæsenet er meget forskellige. Inspirationen til CfB-interventionen i vores undersøgelse opstod primært fra den canadiske Sherbrooke-model, der anvendte en kombination af arbejdsplads- og klinisk intervention⁷. En lignende hollandsk undersøgelse viste en positiv effekt på tilbagevenden til arbejde blandt sygemeldte, der deltog i en arbejdsplads-baseret intervention, mens et rent klinisk baseret træningsprogram ikke havde nogen virkning⁵.

Subgrupper

De processer, der fører til tilbagevenden til arbejde, er svære at identificere og afprøve i kliniske studier, hvor man i princippet kun tester forskellen på to "standardiserede" situationer. For at få mere viden om de forskellige fordele ved forskellige typer af interventioner, kan det derfor være fordelagtigt at gennemføre analyser af interventionernes effekt i subgrupper. Dette foretog vi også i vores studie med de ryg-sygemeldte.

En række indikatorer for tilbagevenden til arbejde blev fundet, men kun én variabel, "jobtilfredshed", havde umiddelbart betydning for virkningerne af interventionerne i subgruppe-analyserne. Når sygemeldte med anmeldte arbejdsskadesager blev udelukket, var der yderligere to variabler: "indflydelse på eget arbejdes planlægning" og "i risiko for at miste sit job på grund af sygefravær", som havde betydning for, hvordan interventionerne virkede. Således syntes deltagere med lav jobtilfredshed, ingen indflydelse på arbejdet, og i risiko for at miste deres job at vende hurtigere tilbage til arbejde, når de fik CfB-interventionen, mens deltagere med indflydelse, en højere grad af jobtilfredshed og som ikke følte sig i risiko for at miste deres job syntes at vende tidligere tilbage til arbejde, når de fik Mini-interventionen. Den første gruppe udgjorde 1/3 af deltagerne.

Valideringsstudiet med 120 nye sygemeldte viste heller ingen betydende forskel i tilbagevenden til arbejde mellem de to interventioner, og det bekræftede desuden de effekter, der blev fundet i subgruppe-analyserne i det oprindelige projekt. Forklaringerne på forskellene i subgrupperne kan være mange. Selvom de blev bekræftet i valideringsstudiet, kan de skyldes statistiske tilfældigheder, som kun kan be- eller afkræftes i et nyt studie (RCT). Et sådant studie er sat i værk på Regionshospitalet Silkeborg, hvor man på forhånd opdeler patienterne i subgrupper, og efterfølgende trækker lod om de skal have Mini- eller CfB-intervention indenfor disse subgrupper. Det vil dog være naturligt om CfB-interventionen skulle virke bedst over for sygemeldte med en relativt svag tilknytning til deres arbejdsplads. Disse har brug for mere hjælp til at bevare og modificere deres job, f.eks. til at lave aftaler med deres arbejdsgiver, at få lov til at

tage pauser, når der er behov for at ændre arbejdsopgaver, mindske tunge løft eller andet, der kan gøre det muligt at vende tilbage til arbejde med rygsmerter.

For sygemeldte med stærkere tilknytning til deres arbejdsplads syntes en grundig klinisk udredning tilstrækkelig, og yderligere tværfaglige tiltag kan måske blot forsinke processen med at vende tilbage til arbejde. Lav-intensive rygskoler er også blevet rapporteret at have den samme eller en lidt bedre effekt på tilbagevenden til arbejde som høj-intensive rygskoler³².

Den positive effekt af CfB-interventionen i subgruppen uden indflydelse eller i risiko for at miste arbejdet syntes endnu stærkere i valideringsstudiet end i det oprindelige studie. Hvis det ikke skyldtes en tilfældighed, kan det skyldes, at kvaliteten af interventionerne havde ændret sig, eller der var sket ændringer på arbejdsmarkedet. Valideringsstudiet blev gennemført i begyndelsen af perioden med den globale finansielle krise, hvor flere patienter var bekymrede for at miste deres job end i den oprindelige projektperiode, der var præget af højkonjunktur. En anden mulig årsag til de bedre resultater af den tværfaglige intervention i valideringsundersøgelsen kan være, at det tværfaglige team blev mere effektive med hensyn til at lette tilbagevenden til arbejde i denne subgruppe. Interventionerne var "identiske" i begge studieperioder, og teamets medlemmer holdt konferencer på daglig basis for at nå til enighed om handlingsplaner og mål. Men studiet varede 5 år, og i denne periode har teammedlemmerne uden tvivl udviklet deres kompetencer og deres samarbejde med de ansatte på de kommunale jobcentre, arbejdsgivere og ledere på arbejdspladserne. Så mens de løbende bestræbelser på at standardisere interventionerne sikrede, at de enkelte teammedlemmer ikke ville forfølge u hensigtsmæssige individuelle mål, så kan hele holdet have forandret deres færdigheder i løbet af årene.

At have anmeldt rygsmerterne som en arbejdsskade eller forsikrings sag er en risikofaktor for ikke at vende tilbage til arbejde^{33,34}. I det oprindelige studie kom sygemeldte med arbejdsskadessager da også langsommere tilbage i arbejde, og det var særlig udtalt, hvis de fik CfB-interventionen. Denne forskel på Mini- og CfB-interventionen var dog ikke til stede i valideringsstudiet. Der kræves ret omfattende dokumentation for at smerterne kan skyldes ens arbejde, hvis man skal få tildelt kompensation for en arbejdsskadessag på grund af rygsmerter. Det kan tage måneder at nå frem til en afgørelse, og det er ofte en hindring for at den sygemeldte kan eller vil vende tilbage til arbejde, før en afgørelse er truffet.

Sundhedsøkonomi

CfB-interventionen var ikke omkostningseffektiv sammenlignet med Mini-interventionen. De samlede udgifter i sundhedssektoren, herunder udgifterne til interventionen, var højere i CfB-interventionsgruppen og sygefraværsperioderne var længere end i Mini-interventionsgruppen. Dette var endnu mere udtalt hos patienter, der havde indflydelse på deres eget arbejde og ikke følte sig i risiko for at miste deres job på grund af sygefraværet. Men hos de patienter, der følte sig i risiko for at miste deres job eller havde ringe indflydelse på planlægning af eget arbejde, blev det modsatte mønster fundet, selv om forskellen mellem interventionerne i denne subgruppe kun var statistisk sikker i valideringsundersøgelsen.

Det var ikke overraskende, at omkostningerne til medicin og behandling var markant højere for patienter, der ikke vendte tilbage til arbejdsmarkedet det første år end for de patienter, hvis sygemeldingsperioder var kortere. Den tværfaglige indsats syntes at kunne reducere antallet af "dyre" patienter i subgruppen med svag tilknytning til deres arbejdsplads, men ikke i den anden subgruppe, hvor de sygemeldte havde en stærkere tilknytning til arbejdspladsen.

Træning af sygemeldte med nakke/skulder-smerter

For de sygemeldte med nakke/skuldersmerter blev der ikke inkluderet tilstrækkelig mange patienter til, at man kunne konkludere, om der var forskel i effekten af Mini- og CfB-intervention på tilbagevenden til arbejde. Træningsstudiet på de samme patienter viste, at hjemmebaseret generel træning og specifik styrketræning oven i generel træning ikke havde forskellige effekt på reduktion i smerte. Under halvdelen af patienterne i begge grupper opnåede en klinisk relevant reduktion i smerteniveau i løbet af 3 måneder. Mangel på ændringer i muskelstyrke tydede på, at øget supervision ville være nødvendigt for at få tilstrækkelig intensitet på træningen. I gruppen, der udførte specifik træning, opnåede man dog en større reduktion i "fear avoidance" end i den anden træningsgruppe, hvilket kan have betydning for parathed til at komme i gang med nye fysiske aktiviteter.

Budskaber

For sygemeldte med rygsmerter:

- Mini-interventionen var lige så effektiv som den mere omfattende tværfaglige indsats, CfB-interventionen, da deltagerne kom lige hurtigt tilbage i arbejde.
- Der var ingen forskel i de to interventionsgrupper med hensyn til smerte og funktionsevnenedsættelse efter 1 år.
- Deltagere med lav jobtilfredshed, lav indflydelse på arbejdet, og i risiko for at miste deres job syntes at vende hurtigere tilbage til arbejde, når de fik CfB-interventionen
- Deltagere med indflydelse, en højere grad af jobtilfredshed og som ikke følte sig i risiko for at miste deres job syntes at vende tidligere tilbage til arbejde, når de fik Mini-interventionen.

For sygemeldte med nakke/skuldersmerter:

- Der var ingen øget smertereduktion ved at tilføje hjemmebaseret specifik styrketræning til mere generel fysisk aktivitet.
- Styrketræning syntes at reducere "fear avoidance" mere end generel træning alene.

Patientperspektivet i rehabiliteringsprocessen

Det overordnede formål var her at skabe viden om, hvilke centrale forhold man bør være opmærksom på i en rehabiliteringsproces, når sygemeldte skal sikres en stabil og varig tilknytning til arbejdsmarkedet.

Der fokuseredes på den sygemeldtes eget perspektiv på rehabiliteringsprocessen og på deres livssituation under rehabiliteringsprocessen. Data skabtes via følgende indfaldsvinkler:

- a) De sygemeldtes perspektiv på henholdsvis fremmere og barrierer for deres rehabilitering mod ovenstående mål (stabil tilbagevenden til arbejdsmarkedet), dvs. hvilke momenter i sin omverden den sygemeldte tilskrev betydning, herunder også i forhold til særligt udvalgte tematiske områder.
- b) De sygemeldtes perspektiv på, hvordan de oplever dagligdagen med ondt i ryggen, at være sygemeldt og fraværende fra arbejdspladsen, om deltagelse i rehabilitering, og eget mål hermed.

Ramme

Det teoretiske ståsted for analyserne tager udgangspunkt i Ganniks (2002) forståelse af, at sygdom ikke forstås med et entydigt blik på individet og den fysiske krop, men at kontekster og de forskellige sociale relationer, individet indgår i, må medtænkes. Med dette udgangspunkt er der fokus på at indkredse dynamiske og interaktive aspekter af sygemeldtes aktiviteter. Denne tilgang åbner for muligheden at identificere relevante problemstillinger i rehabiliteringsprocessen, man ikke på forhånd har kunnet forudse.

Den sygemeldtes situation og projektets intervention kan illustreres med en model, der fremstiller processen som en fremadrettet bevægelse mellem tre positioner: 1. sygemeldtes liv før sygemelding, 2. sygemeldtes liv under sygemelding og 3. sygemeldtes liv ved raskmelding/ 'tilbage til arbejde'. Projektets intervention placerer sig ved position to og mellem to og tre og kan karakteriseres som tiltag, der skal sikre, at sygemeldte bevæger sig mod position tre. Den kvalitative del af undersøgelsen fokuserede på denne bevægelse, interventionerne og sygemeldtes perspektiv herpå. Desuden var undersøgelsen centreret omkring sygemeldtes oplevelse af deres situation med smerter og sygemelding (position 2). Rammen tillader, at den kvalitative undersøgelse rettede opmærksomheden mod de sygemeldte på flere niveauer: tidsmæssigt (før, under og mod fremtiden), omverdensmæssigt (sygemeldtes personlige og private liv, og andre aktører i projektet: arbejdsplads, kommune, fagforening, praktiserende læge m.m.).

Kvalitativ metode

Det kvalitative studie bestod af to delstudier, begge baseret på en eksplorativ og narrativ interviewmetode. Den narrative tilgang anvendtes, fordi den kan udforske de komplekse motiver, der ligger bag personers valg af handlinger og viser de begrænsninger og muligheder, som krop og kontekster sætter for dem. Det enkelte interview varede 1- 2 timer og blev efterfølgende transskriberet ad verbatim, gennemlyttet og gennemlæst flere gange, kondenseret og tematiseret i forbindelse med analysen.

Delstudie 1

I det første studie deltog patienter på et relativt tidligt tidspunkt, efter de havde haft deres første møde på CfB. Her deltog 8 informanter, 3 kvinder og 5 mænd i alderen 33-50 år. Selve interviewet var i udgangspunktet indrammet af fire tematiske spørgsmål vedrørende sygemeldtes hverdag, som rettede sig mod tiden før sygemeldingen og rygproblemet, den aktuelle situation og den fremtidige:

- En beskrivelse af dagen som den aktuelt var
- En beskrivelse af hvordan dagen og livet var før sygemeldingen
- En beskrivelse af sygemeldtes ønsker om, hvordan dagen og livet skal være
- En beskrivelse af, hvad det ville betyde for sygemeldte at komme (tilbage) i arbejde

Delstudie 2

I det andet delstudie deltog patienter, der var længere i rehabiliteringsprocessen, dvs. var raskmeldt, havde genoptaget arbejdet og havde afsluttet interventionsforløbet. Her deltog yderligere 8 patienter, 5 kvinder og 3 mænd i alderen 22-57 år. Patienterne var desuden ligeligt fordelt i forhold til om de havde modtaget Mini-interventionen eller CFB-interventionen. Interviewets omdrejningspunkt omhandlede hvordan og hvilke forhold, der havde bidraget til en positiv rehabiliteringsproces og tilbagevenden til arbejde og fokuserede på 4 forskellige kontekster:

- Forhold vedrørende familien og de nære relationer
- Forhold vedrørende arbejdspladsen
- Forhold vedrørende interventionen, som de var deltagende i
- Forhold der vedrører ens personlige kompetencer

Resultater

En tilgang, der vægter interaktion, kontekst og hverdagsrutiner, illustrerer, at et rygproblem ikke alene er et funktionsevneproblem, der kan behandles isoleret i det enkelte individ. Tværtimod berører problemet og dets konsekvenser også sygemeldtes sociale liv og relationer, og som kan være afgørende for, hvordan rehabiliteringsprocessen opleves.

Analyserne fra delstudie 1 demonstrerede, at når sygemeldte forsøgte at regulere og kontrollere rygproblemet, var deres handlinger ikke direkte rettet mod regulering og kontrol af rygproblemet. Tværtimod havde deres handlinger et socialt sigte og rettede sig mod at indpasse rygproblemet i hverdagen gennem forskellige hverdagsinterventioner. Disse hverdagsinterventioner var karakteriseret ved at være sygdomshandlinger, der var rettet mod at bidrage til familiens hverdagsliv og opretholde sociale roller og funktioner trods lænderygproblemet. Deres beskrivelser af hverdagen på dette tidlige tidspunkt i sygemeldingen tydeliggør strategier for at holde fast i ikke alene rutiner, men også specifikke sociale bånd. At udføre hverdagens mange opgaver og aktiviteter betød, at de fastholdt deres sociale deltagelse. Omdrejningspunktet for deres aktiviteter var at "komme tilbage", i betydningen at forblive sociale personer i så mange situationer som muligt, ved at forsøge at fastholde hverdagen og deres egen sociale deltagelse i den. Deres handlinger kan i lyset heraf betragtes som forhandlinger og samspil med andre – som ikke er defineret af den sygemeldte alene. Handlingerne er desuden fæstet til sociale og kulturelle gensidige forventninger om, hvordan man deltager i specifikke kontekster og de rollefordelinger, der er i dem.

I dette perspektiv kan sygemeldte forstås som socialt aktive personer, der holder sig i bevægelse, selv om de ikke håndterer rygproblemet med klassisk træning. I et rehabiliteringsøjemed er dette interessant, da sygemeldte, ved at skabe hverdagsinterventioner i hjemlige kontekster, dvs. udfører aktiviteter på nye måder og deltager socialt på nye måder, fandt motivation til at være aktive og holde sig i bevægelse, f.eks. via "social aktivering" af ryggen.

Ovenstående mønster var også gældende i delstudie 2, hvor det ikke blot gjaldt at bevare sin sociale rolle indenfor familiens og de nære relationers rammer, men også rollen som den gode, arbejdsomme kollega og som den gode patient i sundhedssystemet. Samlet kan siges, at ønsket om at bevare sine sociale roller var motiverende for overskridelse af smertegrænser. Eksempelvis deltog en patient i smertefremkaldende arbejdsopgaver for at skåne sine kollegaer, bevare sin fagidentitet og samtidig gøre indtryk på arbejdslederen i form at udvise evne og vilje til at kunne varetage sit arbejde. Det besværlige for patienterne i rehabiliteringsprocessen var den konstante vurdering af, hvorvidt de sociale handlinger og følgende bevægelser, de var i færd

med at udføre, ville have konsekvenser i form af øgede rygsmarter, eller om det var en handling, som på sigt ville medføre en øget smerte- og bevægelsesfrihed. Det, som var kendetegnende, var en usikkerhed på kroppens reaktioner og en kontinuerlig afvejning af om aktiv deltagelse i en given kontekst var værd at få ondt i ryggen over. Denne usikkerhed fortog sig med tid og kan derfor betegnes som en læringsproces. Dog skal understreges, at der var ulighed i forhold til, hvordan denne læringsproces forløb.

I delstudie 2 blev patienternes udsagn omkring deltagelse i henholdsvis Mini-interventionen og CFB-interventionen desuden sammenlignet. Der var ikke væsentlige forskelle på de to grupper. Overordnet var der stor tilfredshed med begge interventioner og enighed om, at de havde været vigtige elementer i rehabiliteringsprocessen. Der var dog et mønster i forhold til, hvem der kunne få gavn af CFB interventionen. Patienter, som var fyringstruet eller havde problemer på arbejdspladsen, havde særlig gavn af CFB interventionen. Dette understøttedes af subgruppe analyserne i det kvantitative studie, som beskrevet tidligere. Disse resultater peger på, at der bør skelnes mellem patienterne fremover, når det vurderes hvilken intervention, de skal indgå i.

Rehabiliteringsovervejelser

Interviewene med sygemeldte har givet et indblik i konsekvenser af rygproblemet i hverdagen og i forhold til forskellige sociale kontekster. Indblik i sygemeldtes hverdagsliv har vist forskellige eksempler på, hvordan de selv håndterer rygproblemet, og hvor, hvornår, og hvordan håndtering er meningsfuld for dem. Disse perspektiver kan med fordel integreres i fremtidige rygrehabiliterende indsatser, hvor følgende elementer bør overvejes:

Et øget samarbejde mellem professionelle og patienter, der tager udgangspunkt i patientens hverdagsliv.

Et øget fokus på sygemeldtes aktiviteter, som bevarer sygemeldtes sociale roller og muligheder for deltagelse i vanlige sociale kontekster.

En øget inddragelse af sociale kontekster, herunder også arbejdspladsen, således at det bliver socialt acceptabelt at frasige sig deltagelse i nogle former for aktiviteter uden at sygemeldtes sociale rolle og relationer sættes på spil..

Et øget fokus på læringsprocessen i forhold til sygemeldtes kendskab til kroppens begrænsninger og muligheder for udfordringer i rehabiliteringsprocessen.

Implementering

Både Mini- og CfB-interventionen er i dag implementeret som en del af den normale sygehusbehandling samtidig med, at der stadig udføres forskningsprojekter på Center for Bevægeapparatlidelser. Center for Bevægeapparatlidelser har netop skiftet navn til "Forskningsenhed for Sygemeldte" som en del af Regionsrygcenteret ved Regionshospitalet Silkeborg for at signalere, at enheden har forskningsopgaver, der skal evaluere behandling og indsatser rettet mod arbejdsfastholdelse af sygemeldte. For tiden videreføres interventionsstudiet med nakke/skulder sygemeldte, og der er i 2011 startet et nyt projekt med ryg-sygemeldte. I dette studie afprøves om sygemeldte med lav indflydelse på eget arbejde, eller som er i risiko for at miste deres arbejde, kommer hurtigere tilbage til arbejde, hvis de får CfB-interventionen. Alle sygemeldte patienter, som ikke opfylder kriterierne for inklusion i de igangværende forskningsprojekter, tilbydes grundig klinisk udredning, eventuelt suppleret med en tværfaglig indsats styret af en koordinator, såfremt en helhedsvurdering baseret på medicinske, sociale og psykologiske forhold tilsiger dette.

Referencer

1. Kjølner M, et al. The Public Health Report Denmark 2007. 1-482. 2007. Copenhagen, The National Institute of Public Health (SIF), University of Southern Denmark.
2. [Nyman, T](#), et al. Sickness absence and concurrent low back and neck-shoulder pain: results from the MUSIC-Norrtälje study. *Eur Spine J* 16.5 (2007): 631-638.
3. IJzelenberg, W, et al. Impact of musculoskeletal co-morbidity of neck and upper extremities on healthcare utilisation and sickness absence for low back pain. *Occup Environ Med.* 61.10 (2004): 806-10.
4. Lötters, F, et al. Prognostic Factors for duration of sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Clin J Pain* 22.2 (2006): 212-221.
5. Anema, JA, et al. Multidisciplinary Rehabilitation for Subacute Low Back Pain: Graded Activity or Workplace Intervention or Both? A Randomized Controlled Trial. *Spine.* 32.3 (2007): 291-98.
6. Arnetz, BB, et al. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study. *J.Occup.Environ.Med.* 45.5 (2003): 499-506.
7. Loisel, P, et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine.* 22.24 (1997): 2911-18.
8. Karjalainen, K, et al. Mini-intervention for subacute low back pain. *Spine* 28.6 (2003): 533-541.
9. Bultmann U, et al. Coordinated and Tailored Work Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial with Economic Evaluation Undertaken with Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal Disorders. *J.Occup.Rehabil.* 2009.
10. Indahl A, et al. Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. *Spine* 1995;20:473-7.
11. Hagen EM, et al. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: A 3-year follow-up study. *Spine* 2003;28:2309-15.
12. Hurwitz, E. L., et al. Treatment of neck pain: non-invasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 33.4 Suppl (2008): S123-S152.
13. Verhagen, et al. Exercise proves effective in a systematic review of work-related complaints of the arm, neck, or shoulder. *J Clin Epidemiol* 2007 Feb;60(2):110-7.
14. Ylinen J, et al. Active neck muscle training in the treatment of chronic neck pain in women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003 May 21;289(19):2509-16.
15. Ylinen J, et al. Neck muscle training in the treatment of chronic neck pain: a three-year follow-up study. *Eura Medicophys* 2007 Jun;43(2):161-9.
16. Ylinen J. Physical exercises and functional rehabilitation for the management of chronic neck pain. *Eura Medicophys* 2007 Mar;43(1):119-32.
17. Andersen LL, et al. Effect of two contrasting types of physical exercise on chronic neck muscle pain. *Arthritis Rheum* 2007 Dec 28;59(1):84-91.
18. Blangsted AK, et al. One-year randomized controlled trial with different physical-activity programs to reduce musculoskeletal symptoms in the neck and shoulders among office workers. *Scand J Work Environ Health* 2008 Feb;34(1):55-65.
19. Taimela S, et al. Active treatment of chronic neck pain: a prospective randomized intervention. *Spine* 2000 Apr 15;25(8):1021-7.
20. Viljanen M, et al. Effectiveness of dynamic muscle training, relaxation training, or ordinary activity for chronic neck pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2003 Aug 30;327 (7413):475.
21. Andersen LL, et al. A randomized controlled intervention trial to relieve and prevent neck/shoulder pain. *Med Sci Sports Exerc* 2008 Jun;40(6):983-90.
22. Hurwitz EL, et al. Effects of recreational physical activity and back exercises on low back pain and psychological distress: findings from the UCLA Low Back Pain Study. *Am J Public Health* 2005 Oct;95(10):1817-24.

23. Haldeman S, et al. The empowerment of people with neck pain: introduction: the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 2008 Feb 15;33 (4 Suppl):S8-S13.
24. Goldberg D, et al. The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *Psychosom.Res.* 1989;33:689-95.
25. Ylinen J and Ruuska J. Clinical use of neck isometric strength measurement in rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1994 Apr;75(4):465-9.
26. Manniche C, et al. Low Back Pain Rating scale: validation of a tool for assessment of low back pain. *Pain* 1994;57:317-26.
27. Albert HB, et al. [Criteria validation of the Roland Morris questionnaire. A Danish translation of the international scale for the assessment of functional level in patients with low back pain and sciatica]. *Ugeskr.Laeger* 2003;165:1875-80.
28. Linton SJ. Örebro manualen for screening av patienter med muskuloskeletala besvär. 1999. Örebro Medicinska Center.
29. Assmann SF, et al. Subgroup analysis and other (mis)uses of baseline data in clinical trials. *Lancet* 2000, 355: 1064-1069.
30. Haldorsen EMH, et al. Multimodal cognitive behavioral treatment of patients sicklisted for musculoskeletal pain - A randomized controlled study. *Scand.J.Rheumatol.* 1998;27:16-25.
31. Skouen JS, et al. Relative cost-effectiveness of extensive and light multidisciplinary treatment programs versus treatment as usual for patients with chronic low back pain on long-term sick leave: randomized controlled study. *Spine* 2002;27:901-9.
32. Heymans MW, et al. The effectiveness of high-intensity versus low-intensity back schools in an occupational setting: a pragmatic randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006, 31: 1075-1082.
33. Steenstra IA, et al. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occup Environ Med* 2005, 62: 851-860.
34. Rasmussen C, et al. Poor prognosis in back pain among patients who have filed financial claims - secondary publication. *Ugeskrift Læger* 2009, 171: 1604-1607.
35. Gannik DE. Situationelt perspektiv på sygdom. En social sygdomsteori baseret på en undersøgelse af ryglidelser. *Ugeskrift for Læger.* 2002. 164(45):5230



AARHUS
UNIVERSITET
INSTITUT FOR FOLKESUNDHED



MARSELISBORGCENTRET

midt
regionmidtjylland