

Sykefravær og «Raskere tilbake»: En prospektiv klinisk studie av pasienter med langvarige ryggsmarter



Margreth Grotle, professor ved Institutt for fysioterapi, Høgskolen i Oslo og Akershus og seniorforsker ved Formidlingsenhet for muskel- og skjelettlidelser (FORMI), Oslo universitetssykehus. Margreth.grotle@hioa.no.

Lars Petter Klokk, spesialist i fysisk medisin og rehabilitering og seksjonsoverlege ved Tverrfaglig poliklinikk, Ålesund sykehus.

Audun Kopperstad, fysioterapeut og arbeidsrådgiver ved Tverrfaglig poliklinikk, Ålesund sykehus.

Denne **vitenskapelige artikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble godkjent 26.10.2015. Studien er godkjent av personvernombudet ved Ålesund sykehus. Ingen interessekonflikter oppgitt.

Sammendrag

- **Hensikt:** Undersøke 1-års forløp av sykefravær og klinisk utfall hos pasienter med langvarige korsryggsmarter henvist til «Raskere tilbake» tiltak, samt om psykologiske faktorer ved inklusjon påvirket sykefravær ved 12 mnd.
- **Design:** Prospektiv kohortestudie.
- **Materiale:** Alle henviste ryggpasienter til Tverrfaglig Ryggpoliklinikk, Ålesund sykehus, i løpet av ett år, ble invitert til å delta.
- **Metode:** Standardiserte spørreskjemaer ble benyttet ved inklusjon, tre- og 12 mnd. Multivariat logistisk regresjon ble benyttet for å analysere sammenhenger.
- **Resultat:** Studien inkluderte 131 pasienter, hvorav 98 responderte ved tre mnd. og 88 ved 12 mnd. Andel sykemeldte ble redusert fra 65% til 33% ved 12 mnd. ($p < 0.002$). En signifikant reduksjon i sykefraværsdager og forbedring i kliniske utfallsmål ble også observert. Sykefravær ved 12 mnd. var statistisk signifikant assosiert med emosjonelt stress og katastrofetanker med odds ratio, OR, på henholdsvis 4.4 (konfidensintervall, KI 1.5 - 12.8) og 4.2 (KI 1.5 - 11.7).
- **Konklusjon:** Pasienter som deltok i et tverrfaglig «Raskere Tilbake»-tiltak hadde stor reduksjon i sykefravær samt forbedring i klinisk status i løpet av ett års oppfølging. Emosjonelt stress og katastrofetanker ved inklusjon økte risikoen for sykefravær ved 12 mnd.
- **Nøkkelord:** Rygg, Raskere Tilbake, prognose.

Innledning

Korsryggsmarter er den vanligste helseplagen i Norge (1) og den hyppigste årsaken til langtidssykemeldinger og uføretrygd i Norge (2). De enorme økonomiske konsekvensene er estimert til 25-30 milliarder kroner (2).

Tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstjenester «Raskere tilbake» ble i 2007 iverksatt som et tiltak rettet mot sykemeldte arbeidstakere og personer som står i fare for å bli sykemeldte (3). Til tross for at

de fleste av landets ryggpoliklinikker har benyttet seg av «Raskere Tilbake» ordningen, har den ikke blitt evaluert på pasientnivå. Det foreligger imidlertid en evaluering på organisatorisk nivå, gjennomført av Samfunns- og næringslivsforskning på oppdrag fra Arbeidsdepartementet. Rapporten konkluderer med at det ikke finnes grunnlag for å uttale seg om «Raskere Tilbake» ordningen kan redusere sykefravær (3). Dette samsvarer med konklusjonen i en senere rapport fra 2010 der kunnskapsstatus for «Raskere

Tilbake» tiltak ble gjennomgått (4). Det er et stort behov for studier som evaluerer den kliniske betydningen av denne ordningen.

Ryggpoliklinikker mottar en heterogen gruppe pasienter som henvises på grunn av korsryggsmarter. For svært mange av pasientene med langvarige smerter er problemet komplekst og krever en tverrfaglig tilnærming (5). Kliniske retningslinjer for behandling av korsryggsmarter anbefaler at pasienter som ikke er bedre av sine korsryggsmarter seks til åtte uker etter oppstart,



Et godt organisert tverrfaglig «Raskere Tilbake»-tiltak kan redusere sykefravær hos pasienter med langvarige korsryggsmerter.

bør utredes med hensyn til psykososiale faktorer (5). Bakgrunnen for denne anbefalingen er det store omfanget av gode studier som viser at pasienter som skårer høyt på psykologiske faktorer som emosjonelt stress og katastrofetanker relatert til aktiviteter og arbeid har en økt risiko for langvarige plager og sykefravær (6, 7). Disse pasientene bør så raskt som mulig få tilbud om et tverrfaglig behandlingstilbud der kognitive aspekter er en sentral del i behandlingen (5).

Hovedmålet med denne studien var å undersøke 1-års forløp av sykefravær og klinisk status hos pasienter med langvarige korsryggsmerter som deltok i et «Raskere tilbake»-tiltak. Delmål var å undersøke om emosjonelt stress og katastrofetenkning ved oppstart påvirket sykefravær ved 12 mnd.


Materiale og metode

Alle pasienter i alderen 18 til 67 år henvist til Tverrfaglig ryggpoliklinikk ved Ålesund Sykehus for utredning av korsryggsmerter i 2012 ble informert og invitert til å delta i en prospektiv kohortestudie. Eksklusjonskriterier var: alvorlig psykiatrisk sykdom, språkproblemer og tegn på røde flagg-diagnoser. Alle samtykkende pasienter svarte på et selvrappporterende spørreskjema før første konsultasjon med spesialist, deretter ved tre mnd. oppfølging på poliklinikken samt etter 12 mnd. per post. Prosjektet, vurdert som kvalitetssikringsprosjekt (REKnr 2010/3350-1) ble godkjent av personvernombudet ved Ålesund sykehus. Skriftlig samtykke ble innhentet fra alle pasienter, som hadde full rett til å avstå fra å være med og til å trekke seg fra studien under forløpet.

Følgende bakgrunnsvariabler ble kartlagt i spørreskjemaet: alder, kjønn, sivilstatus, antall barn, morsmål, røyking, kroppsmasseindeks og utdanning. Kliniske variabler i tillegg til de standardiserte instrumentene som er beskrevet under var varighet av ryggsmarter og bruk av medikamenter (smerte, avslappende, annet).

Det primære utfallsmålet i denne studien var Tilbake til arbeid, definert som alle arbeidsrelaterte aktiviteter, inkludert tilbake til vanlig arbeid, tilbake til tilpassede arbeidsoppgaver, nye arbeidsoppgaver

hos samme arbeidsgiver, ny arbeidsgiver og arbeidsrelaterte ansettelser (betalt av NAV). Ikke tilbake-til-arbeid ble definert som sykefravær på grunn av sykemelding (uansett grad) og/eller arbeidsavklaringspenger. Antall dager ute av arbeid siste tre mnd. ble også registrert.

Tre kliniske utfallsmål ble benyttet: Kjerne spørsmål for ryggpasienter (COMI) er en samlet indeks som består av sju spørsmål som dekker fem domener; smerte/symptomer, funksjon, symptom-spesifikk og generell «well-being», og aktivitetsbegrensninger. COMI indeks skåren (range 0-10) er utregnet ved å ta gjennomsnitt av transformerte skårer fra hvert domene (8). Oswestry Disability Index (ODI) har 10 spørsmål om funksjonsbegrensninger på grunn av ryggsmarter og er det hyppigst brukte utfallsmålet innen ryggforskning (9). EQ-5D ble benyttet til å kartlegge helserelatert livskvalitet (10). Den beregnede gjennomsnittsskåren er i intervall  til 1, der 1 korresponderer med perfekt helse og 0 med død.

I tillegg ble følgende psykologiske faktorer undersøkt: Emosjonelt stress ble målt ved hjelp av en norsk versjon av Hopkins symptom check list (HSCL25) som inneholder 25 spørsmål. En gjennomsnittsskår beregnes (fra 1 til 4) (11). Mestring, katastrofetanker relatert til vedvarende smerter og vedvarende arbeidsbegrensninger, samt jobbtilfredshet ble målt med fire spørsmål fra Ørebro screeningskjema for muskelskjelettsmerter (12). Spørsmålene ble skåret på en 0-10 numerisk skala, der høye skår indikerer økt risiko for vedvarende problemer.

Spørreskjema ved tre- og 12 mnd. inneholdt de standardiserte utfallsmålene som beskrevet over, samt registrering av mottatt behandling både ved Tverrfaglig Ryggpoliklinikk samt annen behandling.

Pasientene utredes av et tverrfaglig team (lege, fysioterapeut, arbeidskoordinator og psykolog) og henvises deretter til en av tre behandlingslinjer; 1) pasienter blir henvist til videre utredning eller tilbake til fastlege, 2) tilbud om et undervisningsopplegg over to dager med følgende tema: anatomi, smertefysiologi, biopsykososial forståelse av smerte, sammenhengen mellom tanker,

følelser og adferd, bevegelsesgruppe, samt NAV sine virkemidler, deretter oppfølging i primærhelsetjenesten og 3) individuelt tilpasset tverrfaglig tiltak bestående av a) individuell oppfølging hos fysioterapeut med vekt på kognitivt basert veiledet, b) trening i gruppe inntil tre ganger pr uke, c) samtaler hos arbeidskoordinator, og/eller d) individuell samtalerterapi hos psykolog.

Statistikk

Data ble analysert i SPSS versjon 22. Endring over tid i andel personer med sykemelding/arbeidsavklaringspenger ble analysert ved hjelp av krysstabeller og Kji-kvadrat test. Antall sykefraværsdager ble analysert med ikke-parameteriske tester. Endring i de kliniske utfallsmålene ble analysert ved hjelp av paret t-test (tosidig). Sammenheng mellom psykologiske faktorer og sykefravær etter 12 mnd. (både sykemelding og arbeidsavklaringspenger) var undersøkt med multivariat logistisk regresjonsanalyse med justering for følgende potensielle konfunde-

Kort sagt

- Omtrent halvparten av pasienter med langvarige korsryggsmerter som deltok i et tverrfaglig «Raskere tilbake» tiltak ved en landets Ryggpoliklinikk, gikk tilbake til en arbeidsrelatert aktivitet i løpet av oppfølgingsåret.
- Smerter, funksjonsbegrensninger og helserelatert livskvalitet forbedret seg signifikant ved tre mnd., og disse forbedringene holdt seg ved 12 mnd. for alle effektmål med unntak av funksjonsbegrensninger.
- Pasienter med langvarige korsryggsmerter bør utredes med hensyn til emosjonelt stress og katastrofetanker da disse symptomene økte risikoen for sykefravær ved 12 mnd..
- Pasienter som går fra sykemelding til arbeidsavklaringspenger i løpet av oppfølgingsåret hadde liten endring i antall sykefraværsdager. Her trengs nye tiltak og nye studier.

rende variabler: alder, kjønn, arbeidsstatus ved innkomst, utdanning, røyking, kroppsmasseindeks, ryggsmarter og funksjonsbegrensninger. Multikolaritet ble undersøkt med korrelasjon mellom de uavhengige variablene ($r < 0.23$). Signifikansnivået ble satt til 5%.

Resultat

Av totalt 159 pasienter med ryggdiagnose som ble undersøkt/behandlet i løpet av 2011 ble 131 pasienter (82.4%) inkludert i prosjektet. Av disse responderte 98 (74.8%) ved tre mnd. og 88 (67.1%) ved 12 mnd. De 43 pasientene som ikke responderte på 12 mnd. oppfølging var ikke forskjellig fra respondentene med hensyn til variablene som ble målt, med unntak av at de ikke-responderende pasientene hadde flere sykefraværsdager siste tre mnd. enn de responderende pasientene (58 vs 33 dager).

Gjennomsnittsalderen for de responderende pasientene ved inklusjon var 42 år, og 58% av pasientene var kvinner. De fleste (91%) hadde norsk som morsmål, var gift/samboer (78%) og hadde barn (85%). Om trent ¼ deler hadde utdanning mindre enn 12 år. Ca 25% røykte og 62% av pasientene var overvektige (34% hadde en kroppsmasseindeks mellom 25 og 30, mens 28% hadde over 30). De fleste pasientene hadde korsryggsmarter uten utstrålende smarter til ben (78%), og 13% av pasientene hadde vært operert i ryggen tidligere. Flesteparten (77%) brukte smertestillende medisin, mens en mindre andel på ca. 20% brukte avslappende medisin.

Flesteparten av pasientene (79%) ble henvisst til behandlingsslinje 3, mens 13% og 8% var i henholdsvis behandlingsslinje 2 og 3. Pasientene hadde flest konsultasjoner hos fysioterapeut (44%) og arbeidskonsulent (40%). I løpet av de første tre mnd. ble sju pasienter operert og etter 12 mnd. var 14 pasienter (16%) operert på grunn av ryggen.

De fleste pasientene benyttet seg av andre behandlingstilbud enn det de fikk ved Tverrfaglig poliklinikk, Ålesund sykehus, både før og etter selve behandlingsperioden. Før henvisning til Tverrfaglig poliklinikk var de hyppigst forekommende konsultasjonene huse fastlege/legespesialist (58%), fysioterapeut (59%) og kiropraktor (37%). En mindre andel fikk akupunktur (15%), manuellterapi (5%) og psykomotorisk fysioterapi (2%). Ved tre- og 12 mnd.-oppfølgingen var det en sterk nedgang i konsultasjoner av alle

behandlingstyper. Fysioterapi var fortsatt den hyppigst forekommende behandlingstypen (23%).

Tabell 1 viser pasientenes arbeidsstatus ved alle måletidspunktene: ved oppstart var 55% av pasientene helt eller delvis sykemeldte, 30% ved tre mnd. og 4.5% ved 12 mnd. Ved oppstart var over halvparten helt sykemeldt, ca. en tredel var delvis sykemeldt (31%) og en mindre andel på 12% var på aktiv sykemelding. Delvis sykemelding varierte fra 30% til 80% sykemelding. Ved oppstart var 10% av pasientene på arbeidsavklaringspenger (hel eller deltid), og denne andelen økte til 18% ved tre mnd. og 28% ved 12 mnd. Det var med andre ord en del av de sykemeldte pasientene som hadde gått fra sykemeldingsstatus til arbeidsavklaringspenger ved oppfølgingstidspunktene. Andel

pasienter på hel/delvis sykemelding og/eller hel/delvis arbeidsavklaringspenger utgjorde totalt 65% av pasientene ved baseline, 48% ved tre mnd. og 33% ved 12 mnd. For begge periodene var det en signifikant reduksjon i andel pasienter med sykefravær ($p < 0.002$).

Av de 71 sykemeldte pasientene på baseline gikk 31% tilbake til jobb etter tre mnd., mens 52% gikk tilbake til jobb etter 12 mnd. For de 13 pasientene på arbeidsavklaringspenger skjedde det svært liten endring i arbeidsstatus i løpet av oppfølgingsåret. Kun en pasient gikk tilbake til ordinært arbeid.

Antall sykefraværsdager siste tre mnd. gikk fra median 45 dager (interkvartilrange, IKR 83) ved baseline til fire dager (IKR 65) ved tre mnd. og to dager (IKR 49) ved 12 mnd. Det var en statistisk signifikant reduksjon i antall fraværsdager siste tre mnd. både

TABELL 1 Arbeidsstatus og sykefraværsdager ved baseline, 3 og 12 mnd oppfølging.

	Baseline N=131	3 mnd N=98	12 mnd N=88
Arbeidsforhold			
Har for tiden et arbeidsforhold	118 (90.8)	94 (95.9)	83 (94.3)
Arbeidsledig eller ingen arbeidsforhold	12 (9.2)	4 (4.1)	5 (5.7)
Missing	1	-	-
Stillingsbrøk			
100%	75 (58.1)	49 (63.6)	50 (72.5)
50-90%	28 (21.7)	23 (29.9)	15 (21.2)
<50%	26 (20.2)	5 (6.5)	4 (6.0)
Missing	2	21	19
Arbeids- og stønadssituasjon i dag*			
Ordinært arbeid	33 (25.6)	45 (45.9)	52 (59.1)
Skole, utdanning	1 (0.8)	-	-
Arbeidsledig	8 (6.2)	3 (3.0)	2 (2.3)
Sykmeldt	71 (55.0)	29 (29.6)	4 (4.5)
Arbeidsavklaringspenger	13 (10.1)	18 (18.4)	25 (28.4)
Sosial stønad	1 (0.8)	1 (1.0)	1 (1.1)
Varig uførestønad	1 (0.8)	1 (1.0)	3 (3.4)
Annen stønad (fødselspermisjon)	1 (0.8)	1 (1.0)	1 (1.1)
Missing	2	-	-
Hvor mange dager har du vært ute av arbeid siste 3 mnd? (dager) median (IQR, q1:q3)	n=109: 45.0 (83)	n=91: 4.0 (65)	n=86 2.0 (49)
Søkt om uføretrygd, n (%)	4 (3.1)	6 (6.1)	4 (4.5)
Plan om å søke	4 (3.1)	1 (1.0)	2 (2.2)
Søkt om erstatning, n (%)	3 (2.4)	1 (1.0)	1 (1.1)
Plan om å søke	-	2 (2.0)	3 (3.4)

For andel brukes valid percent så man kan sammenlikne på tvers av tidspunkt
* flere svaralternativer mulig
IQR=interkvartil range

TABELL 2 Kliniske utfallsmål ved baseline, 3 og 12 mnd oppfølging (n, gjennomsnitt og SD). Gjennomsnitt endring for hver periode er presentert med 95% konfidensintervall og p-verdi.

	Baseline N=131	3 mnd N=98	12 mnd N=88	Endring baseline - 3 mnd	Endring baseline - 12 mnd d
Smerteintensitet rygg (0-10)	n=129 5.2 (2.3)	n=95 3.8 (2.4)	n=79 3.8 (2.2)	1.3 (0.8 til 1.8) p<0.001	1.3 (0.8 til 1.9) p<0.001
Smerteintensitet ben (0-10)	n=43 6.1 (2.8)	n=35 4.2 (2.8)	n=28 4.5 (2.6)	1.0 (0.5 til 1.5) p<0.001	1.0 (0.2 til 1.8) p=0.015
COMI index score a (0-10)	n=117 6.5 (1.9)	n=85 4.6 (2.5)	n=69 3.9 (2.5)	1.8 (1.4 til 2.3) p<0.001	2.4 (1.8 til 2.9) p<0.001
ODI b (0-100)	n=131 43.9 (16.1)	n=98 22.7 (14.3)	n=77 39.4 (15.5)	21.0 (18.0 til 24.0) p<0.001	2.9 (-0.7 til 6.5) p=0.110
EQ-5Dc (-0.6 -1)	n=127 0.5 (0.3)	n=89 0.6 (0.3)	n=86 0.7 (0.3)	-0.1 (-0.2 til -0.1) p<0.001	-0.2 (-0.2 til -0.1) p<0.001

a COMI indeks; høyere score indikerer mer smerte/symptomer og funksjonsbegrensninger

b ODI (Oswestry Disability Index); høyere score indikerer mer funksjonsbegrensninger

c EQ-5D (EuroQoL 5D); høyere score indikerer bedre helse. Negativ endrings-skåre betyr forbedring i helsetilstand.

d Parret (tosidig) t-test er benyttet.

TABELL 3 Psykologiske faktorer og sykefravær ved 12 mnd¹ uten og med justering for konfunderende variabler (n=88).

	n (%) høy risiko	n (%) lav risiko	Crude OR (95% KI)	OR (95% KI) ⁴
Økt emosjonelt stress (HSCL25) ²	22 (75.6)	7 (24.1)	4.6 (1.7 til 12.4) (p=0.003)	4.4 (1.5 til 12.8) (p=0.006)
Dårlig mestring ³	17 (65.4)	9 (34.6)	1.7 (0.7 til 4.4) (p=0.279)	1.5 (0.5 til 4.3) (p=0.314)
Høy risiko vedvarende smerter ³	22 (81.5)	5 (18.5)	2.6 (0.8 til 7.9) (p=0.095)	3.3 (1.0 til 11.0) (p=0.049)
Høy risiko vedvarende arbeidsbegrensninger ³	16 (61.5)	10 (38.5)	4.6 (1.7 til 12.3) (p=0.002)	4.2 (1.5 til 11.7) (p=0.007)
Liten tilfredshet med arbeid ³	15 (55.6)	12 (44.4)	1.8 (0.7 til 4.5) (p=0.217)	2.0 (0.7 til 5.5) (p=0.175)

¹ totalt n=29 av 88 pasienter med sykefravær ved 12 mnd. Potensielle prognostiske faktorer er dikotomisert i forhold til gjennomsnitt og/eller median-verdi på baseline skårer.

² Hopkins symptom sjekkliste; høyere score indikerer mer psykisk stress (angst/depresjon), høy risiko ≥1.5

³ Ørebro screening skjema; høyere score indikerer større vanskeligheter, høy risiko ≥6 for mestring, ≥5 for vedvarende smerter, ≥3 for vedvarende arbeidsbegrensninger og manglende tilfredshet (cut-off basert på mean/median-verdier)

⁴ Justert for kjønn, arbeidsstatus ved baseline, korsryggsmerter.

ved tre mnd. og 12 mnd. oppfølging (p<0.001 ikke-parametriske t-test).

Alle delskalene i COMI, samt ODI og EQ-5D viste at pasientene hadde betydelige problemer ved innkomst, men rapporterte en stor forbedring ved både tre- og 12 mnd. (Tabell 2). Den største forbedringen skjedde for tre mnd., som stort sett holdt seg ved 12 mnd. Det eneste unntaket var for ODI ved 12 mnd., der det var en forverring mellom tre- og 12 mnd.

Ved innkomst skåret 51% av pasientene høyt på emosjonelt stress (> 1.5), 55% hadde vansker med mestring av smerter, henholdsvis 66% og 43% rapporterte høye skår for vedvarende smerte og arbeidsbegrensninger, mens 39% rapporterte lav jobbtilfredshet. Høye skår på emosjonelt stress og de to

risikospørsmålene om vedvarende smerte og arbeidsbegrensninger var statistisk signifikant assosiert med sykefravær ved 12 mnd. (Tabell 3). Odds ratio (OR) for emosjonelt stress og vedvarende arbeidsbegrensninger varierte fra 4.2 til 4.4, men med et vidt konfidensintervall fra 1.5 til 13. Grad av mestring eller tilfredshet hadde ingen sammenheng med sykefravær ved 12 mnd. I en siste modell der alle de signifikante faktorene ble testet samtidig så viste resultatene at emosjonelt stress var sterkest assosiert med sykefravær etter 12 mnd. (OR 3.2, KI 1.0 til 10.0).

Diskusjon

Denne kohortestudien viste en betydelig reduksjon i sykefravær samt forbedring i

smerte/symptomer, funksjonsbegrensninger og i helserelatert livskvalitet hos pasienter med langvarige korsryggsmerter som deltok i «Raskere Tilbake». Pasienter med mye emosjonelt stress og katastrofetanker ved innkomst hadde en økt risiko for sykefravær etter ett år.

Det er svakheter ved denne studien som tilsier en forsiktig fortolkning av noen resultater. Først og fremst gjelder det en forsiktighet med å tillegge de positive endringene til «Raskere Tilbake» tiltaket som sådan. Dette er en prospektiv kohortestudie, og det er nødvendig med en randomisert, kontrollert studie for å evaluere effekten av et «Raskere Tilbake» tiltak. Videre, det var 33% frafall ved 12 mnd., noe som er relativt høyt. Siden pasienter som ikke responderte på 12

mnd. hadde signifikant høyere antall sykefraværsdager siste tre mnd. ved innkomst, kan dette frafallet ha påvirket estimatene av sykefravær. Hvis man antar at de ikke-responderende pasientene ved 12 mnd. hadde en økt sannsynlighet for fortsatt å være ute av arbeid ved 12 mnd., er det sannsynlig at denne studien har en underestimert andel med sykefravær ved 12 mnd. En annen svakhet er at arbeidsdataene er basert på selv-rapportering, noe som kan influere på risikoestimer for sammenhenger. De vide konfidensintervallene i de multivariate regresjonsanalysene kan til dels skyldes dette forholdet, og det faktum at det var et relativt lite utvalg. Det begrensede utvalget gjorde det også uhensiktsmessig å undersøke gradering av sykefravær under forløpet.

En klar styrke med denne studien er at det er den første kliniske studien av et Raskere tilbake tiltak i Norge. En annen styrke er at de fleste av pasientene som ble utredet på den aktuelle Ryggpoliklinikken i løpet av undersøkelsesåret inngår i studien (82.4%). Dette styrker studiens representativitet for pasienter som henvises til Ryggpoliklinikker på grunn av korsryggsmerter. Bruk av standardiserte og godt utprøvde måleinstrumenter for norske ryggpasienter er også en styrke ved studien. Likeså er det en styrke at instrumentene dekket et bredt aspekt av ulike fenomener som smerte/symptomer, funksjonsbegrensninger og helserelatert livskvalitet. Dette er i tråd med anbefalingene om å anvende en biopsykososial forståelse ved håndtering av langvarige ryggsmarter (5).

Resultatene som viser at omtrent halvparten av sykemeldte pasienter kom tilbake til arbeid i løpet av oppfølgingsåret er i tråd med en prospektiv kohortstudie fra Belgia (13). I den belgiske studien ble det inkludert arbeidere som søkte om uførhetstrygd på grunn av korsryggsmerter, og 47% av disse var fortsatt sykemeldt etter tre mnd. (13). Andelen av sykefravær ved 12 mnd. i vår studie (33%) er også tilsvarende resultater fra en norsk studie av sykemeldte pasienter som mottok døgnbasert tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering på Attføringssenteret i Rauland, der 70% hadde gått tilbake til arbeidsrelatert aktivitet ved 12 mnd. (14).

Resultatene fra vår studie viste at endel av de sykemeldte pasientene gikk over på arbeidsavklaringspenger i løpet av oppfølgingsåret. Disse pasientene hadde liten endring i antall sykefraværsdager i oppfølgings-

Title: Sickleave and a «Return-to-Work» programme - a prospective clinical study on patients with persistent low back pain

Abstract

- **Objective:** Explore 1-year course of sickleave and clinical outcome in patients with persistent low back pain (LBP) referred to «Raskere Tilbake»*, and assess whether psychological factors predicted sickleave at 12 months follow-up.
- **Design:** Prospective cohort study.
- **Material:** All patients with LBP referred to Ålesund hospital outpatient back clinic during one year were invited to participate.
- **Method:** Standardised questionnaires at baseline, 3 and 12 months. Multivariate logistic regression analyses was used to analyse the associations.
- **Results:** A total of 131 patients were included; 98 responded at 3 months and 88 at 12 months. The proportion of sickleave was reduced from 65% at baseline to 33% at 12 months ($p < 0.002$). A statistically significant reduction in number of sickleave days and improvement in clinical outcomes were also observed. Sickleave at 12 months was statistically significant associated with emotional distress and catastrophizing; odds ratio (OR) of 4.4 (CI 1.5 - 12.8) and 4.2 (CI 1.5 - 11.7).
- **Conclusion.** Patients who participated in the multidisciplinary «Raskere Tilbake» programme had a large reduction in sickleave and improvement in clinical outcomes during the year of follow-up. Emotional distress and catastrophizing at baseline increased the risk for sickleave at 12 months.
- **Keywords:** Back pain, return to work, prognosis.

*translated to «returning faster to work».

perioden, på samme måte som pasientene med arbeidsavklaringspenger ved oppstart. Dette funnet samsvarer med flere andre studier, som viser at det er svært vanskelig å få pasienter som har vært sykemeldt lenger enn tre mnd. tilbake til arbeid (13-19).

Pasienter med mye emosjonelt stress og katastrofetanker ved innkomst hadde en økt sannsynlighet for sykefravær etter ett år, mens mestringsvevne og tilfredshet med arbeid hadde ingen sammenheng. Disse funnene er overlappende med den tidligere norske studien (14) som viste at katastrofetanker («fear-avoidance beliefs») relatert til arbeid var den sterkeste prognostiske faktoren for ikke å komme tilbake-til-arbeid både ved tre- og 12 mnd., mens mestrings hadde ingen sammenheng med arbeidsvansker.

Vi observerte en signifikant forbedring i alle utfallsmålene som ble benyttet. I perioden fra tre- til 12 mnd. var det fortsatt en forbedring i COMI og EQ-5D, mens det var noe forverring igjen i ODI. Hva tilbakegangen i ODI kan skyldes er vanskelig å fortolke, siden denne forverringen ikke var konsistent på tvers av de andre instrumentene. Tvert imot, de andre utfallsmålene viste en fortsatt forbedring mellom tre- og 12 mnd. Sist, men ikke minst, viste resultatene i denne studien også en stor reduksjon i bruk

av helsetjenester etter behandlingsperioden ved Ryggpoliklinikken. Dette kan peke på kostnadsbesparende potensialer i det tverrfaglige «Raskere Tilbake» tiltaket, noe som burde undersøkes videre i en ny studie.

Konklusjon

Et godt organisert tverrfaglig «Raskere Tilbake»-tiltak kan redusere sykefravær hos pasienter med langvarige korsryggsmerter, med unntak av hos gruppen av pasienter med høye skåre på psykologiske faktorer som emosjonelt stress og katastrofetanker. Funnene indikerer at man trenger mer målrettede intervensjoner for å kunne påvirke tilbakegang-til-arbeid hos denne gruppen av pasienter.

Takk

Takk til involverte og bidragsyttende klinikere ved Tverrfaglig ryggpoliklinikk; spesialfysioterapeut Gitte Myklebust, spesialfysioterapeut Torill Sandbakk, spesialfysioterapeut Liv Schrøder og manuell terapeut Randi Welle. Takk også til Halvard Nilsen, medisinsk faglig rådgiver, og Karl Arne Remvik, klinikkssjef ved Avdeling for fysisk medisin og rehabilitering, Ålesund sykehus.

Referanser

1. Hagen K, Svebak S, Zwart J. Incidence of musculoskeletal complaints in a large adult Norwegian county population. *The HUNT Study. Spine* 2006; 31: 2150.
2. Lærum E. Et muskel og skjelett-regnskap. MSTRapport 1/2013, 2. utgave, 2014 ISBN 978-82-303-2311-3
3. Drangslund KAK, Kjerstad E. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. 18/08, 1-81. 2008. Bergen, Samfunns-og Næringslivsforskning AS.
4. Ellingsen KL, Kiær E, Labriola M, Aas RW. Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær; en kunnskapsoppsummering av nordisk forskningslitteratur. IRIS rapport 2010/049.
5. Lærum E, Brox JI, Storheim K, Espeland A, Haldorsen EH, Munch-Ellingsen J et al. Nasjonale kliniske retningslinjer for korsryggsmerter med og uten nerverotaffeksjon. Formidlings- og forskningsenheten for muskel-og skjelettlidelser (FORMI) og Sosial-og helsedirektoratet. 2007. Oslo.
6. Boersma K, Linton SJ. Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: a prospective analysis. *Eur J Pain* 2006; 10: 551-557.
7. Schultz IZ, Crook J, Meloche GR, Berkowitz J, Milner R, Zuberbier OA, Meloche W. Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: towards development of a return-to-work model. *Pain* 2004; 107: 77-85.
8. Storheim K, Brox JI, Løchting I, Werner E, Grotle M. Cross-cultural adaptation and validation of the Norwegian version of the Core Outcome Measures Index for low back pain. *Eur Spine J* 2012 Jun 14 [Epub ahead of print]. PMID:22695701.
9. Fairbank JCT, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine*, 25(22):2940-53, 2000 Nov 15 2000, 25: 2940-2953.
10. EuroQoL Group: EuroQoL - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990, 16: 199-208.
11. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Cori L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report inventory. *Behav Science* 1974, 1: 1-15.
12. Linton SJ, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clinical Journal of Pain* 1998, 14: 209-215.
13. Du Bois M, Szpalski M, Donceel P. Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain. *Spine J*. 2009 May;9(5):350-9. doi: 10.1016/j.spinee.2008.07.003. Epub 2008 Sep 14.
14. Øyeflaten I, Hysing M, Eriksen HR. Prognostic factors associated with return-to-work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *J Rehabil Med* 2008; 40: 548 - 554.
15. Cheadle A, Franklin G, Wolfhagen C, et al. Factors influencing the duration of work-related disability: a population-based study of Washington State workers' compensation. *Am J Public Health* 1994;84:190-6.
16. Hansson E, Hansson T, Jonsson R. Predictors for work ability and disability in men and women with low-back or neck problems. *Eur Spine J* 2006;15:780-93.
17. Wessels T, van Tulder M, Sigl T, Ewert T, Limm H, Stucki G. What predicts outcome in non-operative treatments of chronic low back pain? A systematic review. *Eur Spine J* 2006;15:1633-44.
18. Meijer EM, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with nonspecific musculoskeletal complaints: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 2005;78:523-32.
19. van der Giezen AM, Bouter LM, Nijhuis FJ. Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain* 2000;87:285-94.