



SPESIALSYKEHUSET  
FOR REHABILITERING

SSR - RIKSHOSPITALET - RADIUMHOSPITALET HF



# **Aktiv Rygg – Rapport om utvikling og innhold i prosjektet.**

**Problemstillinger – Metode - Prosess**

**Cand.oecon Øyvind Sørbrøden, Senter for Egenutvikling**



## 0. Forord

I styringsgruppemøtet 15.3.04 ble undertegnede bedt om å legge frem en skisse til rapport/metodebeskrivelse for Aktiv Rygg prosjektet. En slik skisse ble behandlet i styringsgruppas møte 27.4.04 der det ble vedtatt at det skal utarbeides en rapport. I skissen sies det: "Særlig vil det være viktig å få dokumentert hvordan opplegget med intervensjoner (tiltak) har utviklet seg etter hvert som vi har vunnet erfaringer med (evaluert) hvordan de forskjellige intervensjonene virker. I tillegg vil det være av stor viktighet å få dokumentert alt av betydning som har skjedd underveis. Særlig vil vurderinger som har påvirket det videre opplegg være viktige".

For å sikre at arbeidet med rapporten ble sett fra mange synsvinkler var det foreslått å intervju de mest sentrale personer i forbindelse med styringen og gjennomføringen av prosjektet: Erik L. Werner, Even Lærum., Aage Indahl, Marit Kobro, Erik Lindh og Jørn Jacobsen. Dette er gjennomført, og alle har gitt nyttige innspill. Jeg har også bedt Camilla Ihlebæk som veileder forskningsansvarlig i sitt doktorgradsarbeid om å kommentere rapporten sett "utenfra". Hun har også gitt verdifulle kommentarer. Utformingen av den endelige rapport er selvfølgelig undertegnades ansvar.

For å vise hvordan et så sammensatt prosjekt finner sin form og utvikler seg videre hele tiden, har jeg forsøkt å dokumentere de forskjellige faser i utviklingen og de vurderinger og beslutninger som er gjort underveis. Dette har ikke vært bare enkelt. I dataalderen er det en tendens til å videreutvikle notater og rapporter kontinuerlig, uten at de dateres i hver fase og videreutvikles som nye dokumenter. Det gjør dokumentasjon av når nye utspill og ideer oppstår vanskelig.

For å kunne vurdere både hva som er videreført og hva som ikke er fulgt opp, har det blitt nødvendig med noen gjentakelser, slik at leseren kan danne seg et bilde av prosessen på et noe bredere grunnlag. Det har vært mitt mål at leseren både skal kunne danne seg et greit inntrykk av hva prosjektet Aktiv Rygg har utviklet seg til å bli, og av de mange vurderinger og beslutninger som må til i et så vidt mangfoldig og sammensatt prosjekt.

Denne rapporten omhandler det som har skjedd i prosjektet fra 2001 og ut 2005. Prosjektet har fortløpende blitt evaluert også gjennom egen forskning. De endelige data og analyser av disse foreligger ikke ved denne rapportens ferdigstilling, men foreløpige resultater vil bli kommentert i underkapittel 7.6.

Drammen, 28.4.06

Øyvind Sørbrøden

# 1. Innhold

0. Forord	s. 3
1. Innhold	s. 4
2. Sammendrag	s. 5
3. Bakgrunn	s. 8
4. Organisering av prosjektet. Styringsgruppe. Arbeidsgrupper. Referansegruppe	s.11
5. Bedre Rygg – utprøvingsprosjektet (BRU)	s.13
6. Aktiv Rygg blir utformet. Forskningsprotokoll. Bedriftsmodell	s.15
7. Forskning og evaluering	s.17
8. Bedriftsmodellen. Hva har evalueringer vist?	s.39
9. Litteratur	s.47
Vedlegg 1 – 6	s.48

## 2. Sammendrag

Dette er en rapport om hvordan prosjektet Aktiv Rygg har utviklet seg fra begynnelsen av 2001 til og med 2005. Etter en innledende fase i 2000 med drøftinger mellom Nasjonalt ryggnettverk og en rekke fagpersoner i Vestfold og Aust-Agder (primært fra Spesialsykehuset for rehabilitering, Stavern), kom prosjektet formelt i gang fra begynnelsen av 2001. Hensikten med prosjektet var å implementere de nasjonale, kliniske, tverrfaglige retningslinjer for akutte korsryggsmerter som ble utviklet av en arbeidsgruppe i 2000 og 2001. Arbeidsgruppa var nedsatt av Formidlingsenheten i Nasjonalt ryggnettverk.

Rapporten beskriver bakgrunnen for opprettelsen av Nasjonalt Ryggnettverk og hvordan implementeringsprosjektet kom i gang. Utviklingen av prosjektet og implementeringsmodellen skjedde i tre faser. I den første fasen ble det avgjort hvilke innsatsområder prosjektet skulle omfatte (befolkningen, helsevesenet, trygden og arbeidslivet) og hvilke fylker som skulle være med - Aust-Agder og Vestfold. Telemark ble senere valgt som kontrollfylke. Grunntanken i prosjektet var å forme ut klare budskap om riktig håndtering av rygg som skulle gå parallelt til befolkningen, alle helseprofesjonene, til ansatte i bedriftene og til dem som arbeider i trygdeetaten.

I den andre fasen (fra 1.5.01) arbeidet fire bredt sammensatte arbeidsgrupper med forslag til tiltak på de fire områdene mens styringsgruppa særlig drøftet hvordan forskningsopplegget og bedriftsopplegget skulle utformes. Det ble parallelt foretatt en pilotstudie av prosjektets prosessveileder. Den tredje fasen ble preget av å få forskningsopplegget på plass og på utformingen av en ganske unik modell for intervensjoner i de seks deltakende innsatsbedrifter. Styringsgruppa sydde det hele sammen i en implementeringsmodell som var klar for iverksetting 1.april.2002. Da var den første datainnsamling utført i mars 2002.

Implementeringsprosjektet skiftet navn fra ”Bedre Rygg – utprøvningsprosjektet” til ”Aktiv Rygg” i februar 2002, og i november 2002 overtok Spesialsykehuset for Rehabilitering (SSR), Stavern eierforholdet og ansvaret for prosjektet. Det ble inngått en avtale mellom SSR og Nasjonalt Ryggnettverks Formidlingsenhet (vedlegg 1, s 47).

De gjennomførte intervensjoner fra 1.4.02 til i dag har vært omfattende. Styringsgruppa har kontinuerlig vurdert hvilke intervensjoner som skulle gjennomføres og omfanget av dem. Dette har vært vurdert ut fra forventet effekt av de forskjellige tiltak og ut fra de økonomiske midler prosjektet har hatt til disposisjon. Rapporten redegjør for alle tiltak som er gjennomført og de vurderinger som er gjort ved prioritering av tiltakene.

Rapporten redegjør for alle data som er innsamlet til bruk i forskningen. Videre redegjøres det for hvordan datamengden er tenkt utnyttet i tre forskjellige forskningsprosjekter :

1. Kunnskap, holdninger og atferd i befolkningen, blant ansatte og blant helseaktører
2. Atferd hos de som opplever ryggsmerter
3. Kunnskap, holdninger og atferd blant ansatte i prosjektbedrifter

Det hele summeres opp i hvilke problemstillinger forskningen og evalueringene i Aktiv Rygg tar sikte på å kunne belyse.

Den samlede mengde av forskningsdata beskrevet gjennom de tre forskningsprosjektene, vil ventelig gi kunnskap om hvorvidt prosjektet Aktiv Rygg har vært hensiktsmessig i forhold til å:

- øke den generelle kunnskap om ryggplager i befolkningen
- øke graden av egenmestring hos dem som opplever ryggsmarter
- endre de aktuelle helseprofesjonenes behandling og budskap til ryggpasienter
- redusere forbruket av helsetjenester i forhold til ryggplager
- redusere ryggrelatert sykefravær
- sette bedriftene i stand til å utvikle holdninger og tilrettelegging slik at sykefravær unngås og/eller at sykmeldte kommer raskere tilbake
- bedre kommunikasjon mellom individ, bedrift og lege slik at sykefravær unngås og/eller at sykemeldte kommer raskere tilbake i jobb
- redusere samfunnets samlede utgifter knyttet til ryggplager

I tillegg til de nevnte tre forskningsprosjektene, vil det være mulig å undersøke hvert delprosjekt mer spesifikt i en analyse av delprosjektets hensiktsmessighet, og i et kostnad/nytte - perspektiv. Særlig vil dette være aktuelt for delprosjektet Ryggen i Arbeid.

Det er ventet at resultatene vil bli publisert i internasjonalt anerkjente tidsskrift. To artikler basert på grunnlagsdataene fra 2002 er publisert i hhv *Spine* og *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, ytterligere en er innsendt til *Spine* med resultater av mediekampanjen, mens i alt 3 artikler er under forberedelse/arbeid. Det er i tillegg innledet et forskningssamarbeid med forskningsmiljø i Canada og Australia, hvor tilsvarende mediekampanjer pågår/er gjennomført.

Styringsgruppa avholdt i april 2005 et forskningsseminar der erfaringene med prosjektet så langt ble diskutert. Likeledes ble det drøftet hvordan de innsamlede data kan utnyttes best mulig i forskningsmessig sammenheng, og om hva data så langt kan gi grunnlag for av videre forskning og implementering. SSR ønsker å bringe erfaringene fra Aktiv Rygg over i et nytt prosjekt, ”I Bedrift”, som er under utforming.

Høsten 2005 fikk styringsgruppa flere orienteringer om de data som ble innsamlet i juni 2005 (T2 data) og hvilke utviklingstrekk som umiddelbart kunne leses ut av de data som var innsamlet fra mars 2002 til juni 2005.

Fra evalueringene av bedriftsdelen er følgende problemstillinger interessante og forske videre på/eventuelt følge opp med nye prosjekter: Et system med Mestringskontakter (Mk'er) ble opprettet i de seks intervensjonsbedriftene, hvor det pr. bedrift er én eller flere Mk'er som inngår i et eksternt og et internt nettverk. Mk'ene ble rekruttert blant bedriftenes egne ansatte. De har ikke en bakgrunn som vil utløse forventninger om behandling, og skal fungere som veiledere for den enkelte ansatte som opplever en eller flere episoder med akutt vond rygg. Alle Mk'er rapporterer om sin aktivitet på standardiserte skjema, og følges opp og veiledes av prosjektleder Erik Lindh og faglig ansvarlig, overlege dr.med. Aage Indahl.

Grunntanken er mye i tråd med Inkluderende Arbeidsliv (IA), men går på mange måter et skritt lenger ved at arbeidstageren med ryggproblemer holdes i bedriften i sykdomsperioden uten formalisert sykmelding av lege. Fokus er i enda større grad rettet mot tilrettelegging for fortsatt yrkesaktivitet (arbeidsfastholdelse, i betydningen av å forbli i arbeidssituasjonen fremfor en passiviserende hjemmetilværelse som sykmeldt).

Prosjektet har gitt muligheter for at bedriftene v/Mestringskontaktene har kunnet sende folk med store ryggsmarter til kort kursing (to dager) ved SSR, Stavern. Målet har vært å avklare hva som er situasjonen, å ufarliggjøre den og drøfte hva som skal til for en normalisering av livssituasjonen så snart som mulig. Ca. 25 har vært på denne type kurs. Her står vi overfor et spennende utviklingsfelt og forskningsområde midt i SSRs kjernekompetanse. SSR har vedtatt å følge opp denne type intervensjoner inn i det nye prosjekt ” I Bedrift”

En rekke forhold om kunnskap, holdninger og praksis har blitt kartlagt i de deltagende bedriftene i april 2002 (T<sub>0</sub>), april 2004 (T<sub>1</sub>) og i juni 2005 (T<sub>2</sub>). I T<sub>0</sub>- og T<sub>1</sub>- undersøkelsene varierer sykemeldingsandel og sykefravær blant de ansatte klart mer enn de rapporterte medisinske plager gjør. Satt på spissen har dataene fått oss til å stille dette spørsmål: ”Fremmer helsesystemet mestring, tilstedeværelse og arbeidsfastholdelse (slik retningslinjene tilsier er mulig for de fleste) eller sender det folk inn i sykefravær og/eller unødvendig behandling? Dette må være et spørsmål av største interesse for våre trygdemyndigheter og våre bedrifter, men også mange med akutte smerter ser ut til å ha behov for en annen og raskere type håndtering enn den vanlige vei via fastlege, som for eksempel kursingen beskrevet ovenfor.

Prosjektet Aktiv Rygg har søkt et nært samarbeid med kontakten for IA (i de 5 bedriftene som er med i IA) og bedriftshelsetjenesten ved bedriftene. Det har gjennom dette blitt klart at Aktiv Rygg er det prosjektet som setter skarpt fokus på å unngå sykefravær/sikre arbeidsfastholdelse fra dag én. Dette har blitt ekstra interessant i forbindelse med nye regler for sykemelding<sup>1</sup>, økt bruk av gradert sykemelding og endret regelverk for aktiv sykemelding for IA-bedriftene. De deltagende bedriftene med lavest sykefravær får til dette, og har lenge hatt fokus på det. Hvordan skape en kultur for det hos dem som ikke har fått det til? Våre erfaringer, og etter hvert evalueringer fra IA<sup>2</sup> viser at det krever en sammensatt og fokusert satsing over tid for å utvikle eller snu en kultur i denne retning. Erfaringene fra dette prosjekt tilsier derfor at det bør stilles klare krav til bedrifter, som skal delta videre i forskningsprosjekter på dette felt, om holdninger, organisering og informasjonsopplegg, slik at resultater kan oppnås på en raskere måte.

T<sub>1</sub>-data og T<sub>2</sub>-data viser sterkt positiv utvikling mot ”riktige holdninger” i innsatsbedriftene til hva du bør gjøre når du har akutte korsryggsmarter. Om dette skal slå ut i lavere fravær vil også avhenge av bedriftens evne og vilje, og system for oppfølging – og samspillet mellom ansatt, lege og bedrift.

Forskningsmessig blir det spennende å se om vi står overfor en prosess der lavere sykefravær følger i kjølvannet av de ”riktigere holdninger”, bare faseforskjøvet, eller om det også må andre tiltak til for å få ned fraværet. Bredden i Aktiv Rygg prosjektet gjør det mulig å studere dette, og det er viktig at oppfølgende forskningsprosjekter får en lignende helhet i tilnærmingen.

---

<sup>1</sup> Stortinget vedtok 8. juni 2004 regjeringens forslag til nye regler for sykmelding. Formålet er å få ned sykefraværet, og lovendringen er en oppfølging av avtalen om [et inkluderende arbeidsliv](#).

<sup>2</sup> Inkluderende arbeidsliv - Hva karakteriserer de gode virksomhetene? STAMI-rapport nr. 7, 2005. Sluttrapport.

## **3. Bakgrunn**

### **3.1. Bakgrunn for Nasjonalt Ryggnettverk og prosjektet Aktiv Rygg**

Utviklingen som ledet opp til Nasjonalt Ryggnettverk og prosjektet Aktiv Rygg (AR) startet aller først rundt 1990 da flere prosjekter for behandling av ryggglidelser ble finansiert av Sosialdepartementet under prosjektet "Behandling for trygd". Det ble startet prosjekter både i Vestfold, Østfold og Hedemark samt et prosjekt i Bergen (som hadde litt annen finansiering). Det var til å begynne med liten fokus på vitenskapelige metoder, men etter hvert fikk denne dimensjonen økt oppmerksomhet.

Det ble organisert en "Evaluering og rådgivningsgruppe" (ERG) som ble finansiert av Sosialdepartementet for å bistå prosjektene, og dette miljøet ble senere organisert som "Forskningsenheten" i Bergen i regi av Nasjonalt Ryggnettverk. I tillegg var det opprettet kontakt med ryggforskningsmiljøet ved Sahlgrenska sjukhuset i Gøteborg og professor Sten Holm ble medlem av ERG.

Professor Holger Ursin, professor Even Lærum og overlege dr.med. Aage Indahl, senere ledere i hhv forskningsenheten og formidlingsenheten og fagansvarlig i Aktiv Rygg var sentrale i videreutvikling av miljøet. Tankene bak innsatsen i arbeidslivet som senere ble til "Ryggen i arbeidslivet" kom i stor utstrekning fra professor Tommy Hansson (Ortopeden, Sahlgrenska Universitetssjukhus, Gøteborg, Sverige). Ideen om at en bedriftskontakt (i AR: Mestringskontakt) ikke måtte være en helsearbeider med behandlingstradisjon for vonde rygger, kom fra han.

### **3.2. Dannelsen av Nasjonalt ryggnettverk**

Nasjonalt ryggnettverk (NR) ble etablert av Sosial- og helsedepartementet i 1999. Nettverket ble etablert i erkjennelse av det store folkehelseproblem ryggglidelser utgjør og av at kampen mot dette problem krevde en større, og mer samordnet innsats både forskningsmessig og klinisk.

Ryggnettverket er et kunnskapstiltak. Dets enheter, Forskningsenheten i Bergen og Formidlingsenheten i Oslo, har konsentrert seg om psykososial og anvendt forskning, og om formidling, undervisning og fagutvikling.

Nasjonalt Ryggnettverk, Formidlingsenheten nedsatte i år 2000 en arbeidsgruppe til å utarbeide nasjonale, kliniske, tverrfaglige retningslinjer for akutte korsryggsmerter. Slike retningslinjer fantes allerede i en rekke land, og ble ansett for å være et viktig bidrag til en felles forståelse blant helseprofesjonene for ryggsmertenes natur og den vitenskapsbaserte kunnskap om disse. Arbeidsgruppa avsluttet sitt arbeid høsten 2001, og retningslinjene ble lansert våren 2002 (1).

Gruppa ble ledet av Formidlingsenhetens leder, professor Even Lærum. Retningslinjene blir prøvet ut i dette implementeringsprosjektet i Aust-Agder og Vestfold som startet opp våren 2001, først som Bedre Rygg Utprøvningsprosjekt (BRU) og senere (fra 1.3.02) som Aktiv Rygg (AR).

Ryggnettverket er evaluert av professor Ole Berg, Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo (2). I rapporten uttales det om retningslinjene: "Vi vurderer

retningslinjene (som indikator på hva Formidlingsenheten har prestert) som svært nyttige. Samtidig må vi vente at mange, særlig somatisk orienterte klinikere, i en del henseender ikke vil oppfatte dem som konkrete nok. Det kan imidlertid synes som om retningslinjene er så nyttige som dagens kunnskaper tillater dem å være.”

### 3.3. Omfanget av ryggplager. Kostnader. Utdrag fra retningslinjene.

Dette underkapittel inneholder en kort oppsummering av omfanget av og kostnadene ved ryggplager, tatt fra Retningslinjene og fra Rapport nr. 1/2004 fra Nasjonalt Ryggnettverk (3). For mer detaljer og utfyllende drøftinger vises det til disse to publikasjonene.

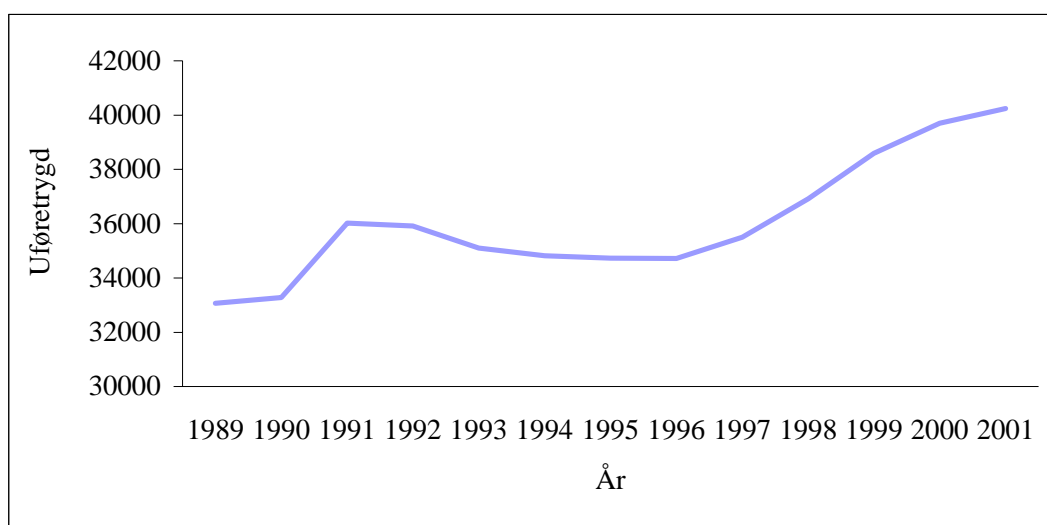
I en rekke undersøkelser fra mange land er det funnet at 60-80% av befolkningen vil oppleve korsryggsmerter med eller uten utstråling en eller flere ganger i løpet av livet. De siste to-tre tiår har det vært en betydelig økning i arbeidshindrende, trygdeutløsende rygglidelser i mange vestlige land.

Rygglidelser er det ikke-dødelige helseproblem som koster samfunnet vårt mest med hensyn til trygdeutgifter, korttids sykefravær, produksjonstap og bruk av helsetjenester. De totale kostnadene er estimert til å være 13-15 milliarder kroner årlig. Ca. 50 % av dette beløpet er trygdeutgifter, mens bedriftenes utbetalinger utgjør ca. 25-30%. I 1995 var mer enn 35 000 mennesker uføretrygdet på grunn av rygglidelser, og hvert år uføretrygdes 3000-4000 nye av samme årsaker. Rygglidelser er dermed en av de aller hyppigste enkeltårsaker til uføretrygding. Blant personer med sykefravær eller på rehabilitering/attføring i 1995 oppga 15-17% rygglidelser som årsak, det samme gjorde 13 % av de uføretrygdede.

I 2002 var det 14,1 % av alle uføre som hadde en ryggsykdom som diagnose, og diagnosen utgjorde 15,7 % av alle nye uførepensjonister samme år (Rikstrygdeverket 2003).

Figur 1. Antall personer med uførepensjon pga rygglidelser I Norge 1989-2001.

Kilde: Søren Brage, Trygdestatistisk årbok 2002.



I de nasjonale retningslinjene konkluderes det med: ”Gjennom forbedret ryggomsorg kan det med stor sannsynlighet oppnås reduksjon i sykdomsvarighet, ventelisterelaterte utgifter og produksjonstap for den store pasientgruppen med rygglidelser. Dette vil kunne representere

betydelige økonomiske besparelser. Det aller viktigste behandlingsmål må imidlertid være å hjelpe den enkelte ryggpasient til å få mindre plager og bedre funksjonsevne.”

### **3.4. Nasjonale retningslinjer. Utprøvningsprosjektet Bedre Rygg.**

Etter hvert oppsto tanken om at de nasjonale retningslinjer burde utprøves i et større forskningsprosjekt. I 2000 inviterte Nasjonalt Ryggnettverk en rekke fagpersoner i Vestfold (daværende Kysthospitalet, nå Spesialsykehuset for rehabilitering, Stavern (SSR)) og Aust-Agder fylker til felles drøftinger, med tanke på å skulle utvikle et implementeringsprosjekt i de to fylkene. Prosjektet skulle basere seg på de tverrfaglige nasjonale retningslinjer, og samtidig bære videre på ideene fra et større Australsk forskningsprosjekt (1997 – 99) (4,5)

Implementeringsprosjektet, først kalt *Bedre Rygg – Utprøvningsprosjektet (BRU)*, ble så etablert som et samarbeidsprosjekt mellom faggrupper i de to fylkene, SSR og Nasjonalt Ryggnettverk. I denne lille, uformelle gruppen oppsto en tanke om at utviklingen hos en med akutt vondt i ryggen blir påvirket av ganske mange ulike aktører; ikke bare helseprofesjonene, men også trygdeetat, medier, arbeidsplass, familie og venner etc. Dette førte til en idé om et bredt sammensatt prosjekt, med egne tiltak rettet mot ulike målgrupper.

Dermed ble ”Utprøvningsprosjektet Bedre Rygg - BRU” utformet våren 2001. Prosjektleder Erik Lindh startet opp 1.3.2001.

Nasjonalt ryggnettverk tok initiativet, og etter hvert tok et regionalt prosjekt form. Det skulle gjennomføres i Vestfold og Aust-Agder med Østfold som referansefylke. I begynnelsen ble også et Interreg prosjekt vurdert (EU-opplegg) der Bohuslän skulle være med, men det ble etter hvert lagt til side av finansielle grunner, og for å få et håndterbart opplegg. I stedet ble Telemark valgt som referansefylke fordi det demografisk ble ansett mer likt intervensjonsfylkene.

Det ble også bestemt å satse på fire delprosjekter;

1. Ryggen i befolkningen
2. Ryggen i helsevesenet
3. Ryggen i trygden
4. Ryggen i arbeidslivet

Det ble gjort etter erfaringer fra det Australske forskningsprosjektet der det viste seg at håndtering av ryggproblemer må angripes bredt hvis det skal oppnås resultater. Aktiv Rygg er vesentlig mer omfattende enn det australske prosjekt (bedriftsdel og trygdedel), men i Australia var det tyngre intervensjon mot befolkning

Den første utforming av prosjektet skjedde i møter mellom professor dr. med Even Lærum, Nasjonalt Ryggnettverk og overlege dr. med Aage Indahl, daværende Kysthospitalet i Stavern. Også leder av forskningsavdelingen ved Kysthospitalet, Marit Kobro og dr. Erik L. Werner, regional koordinator i Nasjonalt Ryggnettverk var aktivt med i utformingen av prosjektet.

Den praktiske utføring av prosjektet ble lagt til Kysthospitalet i Stavern.

## **4. Organisering av prosjektet. Styringsgruppe. Arbeidsgrupper. Referansegruppe.**

Implementeringsprosjektet skiftet navn til Aktiv Rygg i februar 2002, og i november 2002 overtok Spesialsykehuset for Rehabilitering (SSR), Stavern eierforholdet og ansvaret for prosjektet. Det ble inngått en avtale mellom SSR og Nasjonalt Ryggnettverks formidlingsenhet (vedlegg 1).

Prosjektets styringsgruppe ble fortsatt den samme;

Professor dr.med. Even Lærum, leder, Nasjonalt Ryggnettverk

Avdelingsleder Marit Kobro, prosjektansvarlig, SSR

Generalsekretær Bjørn Loge, Ryggforeningen i Norge), avløst av ny generalsekretær, Bente Tangen 9.2.05.

Lege Erik L Werner, forskningsansvarlig, regional koordinator NR

I tillegg har følgende møtt regelmessig i styringsgruppens møter:

Prosjektleder Erik Lindh, SSR

Fagansvarlig, overlege, dr.med. Aage Indahl, SSR

Informasjonsrådgiver Hans Otto Engvold, Nasjonalt Ryggnettverk

Prosessveileder Øyvind Sørbrøden, Senter for Egenutvikling

Sistnevnte er leid inn i prosjektet med egen avtale, for ”veiledning” av prosjektleder og styringsgruppe, og for fortløpende å evaluere prosjektet med særlig vekt på delprosjektet Ryggen i Arbeid.

### **Styringsgruppas sammensetning har blitt drøftet i 2 senere runder.**

Styringsgruppa drøftet sin sammensetning i møte 20.12.02. Spørsmålet var å utvide gruppa med representanter fra NHO, LO og Sosial- og helsedirektoratet. Det ble også diskutert om det var riktig at forskningskoordinator sitter i gruppa. Etter en grundig debatt kom styringsgruppa til at dens styrke var dens størrelse og ubyråkratiske form, og at det var mindre å tjene enn å tape på en utvidelse. Gruppa fortsatte som før.

Det var en ny debatt om gruppas sammensetning i styringsgruppas møter 17.10.03 og 18.12.03. Denne gangen ble det reist spørsmål om Norsk Kiropraktorforening og Norske Fysioterapeuters forbund burde utpeke representanter til gruppa for at styringsgruppa skulle få større legitimitet som tverrfaglig prosjekt. Representantene Øyvind Nilsson og Gudrun Jørgensen kom inn i gruppa. Erik Werner valgte å gå ut av styringsgruppa.

### **Aktive arbeidsgrupper. Referansegruppa har ikke fungert.**

Et bredt og tverrfaglig fagmiljø fra mange ulike miljøer i Oslo, Vestfold og Aust-Agder ble invitert til et ”kick-off” seminar i Langesund 9. mai 2001. De grunnleggende idéer for prosjektet ble her lagt frem, og det ble dannet fire arbeidsgrupper blant de tilstedeværende. Disse gruppene fikk i mandat å utarbeide konkret innhold til gjennomføring av de fire ”søylene” prosjektet skulle hvile på: i forhold til befolkningen, helseaktørene, arbeidslivet og trykdeetaten. Arbeidsgruppene fortsatte sitt arbeid utover høsten 2001, og avsluttet formelt arbeidet med et nytt fellesmøte 9. november samme år. Prosjektleder utarbeidet en ny oppfølgingsplan, og prosjektstart ble satt til 1. april 2002. Det viste seg etter hvert at mange av de forslag til tiltak som arbeidsgruppene kom frem til ble forkastet, og at det i realiteten var styringsgruppen som i perioden november -01 til april -02 utarbeidet prosjektets innhold.

Imidlertid baserte dette arbeidet seg på de omfattende innspill arbeidsgruppene hadde kommet med og diskutert. Arbeidsgruppene ga også prosjektet lokal forankring og legitimitet.

Det ble samtidig nedsatt en referansegruppe med bred deltakelse fra mange aktuelle miljø, med mange av de samme personene som hadde vært med på "kick-off" møtet.

Det har vært vanskelig å få denne gruppe til å fungere. Møter har blitt innkalt og avlyst p.g.a. manglende deltakelse.

### **Styringsgruppas oppgaver og arbeidsform. Vurdering.**

Styringsgruppa har hatt følgende antall møter: 5 i 2001, 9 i 2002, 6 i 2003, 6 i 2004 og 5 i 2005

Styringsgruppas form har vært uformell og prosessorientert. Vedtakene er mer i form av at gruppa slutter seg til orienteringer og opplegg enn klare strukturerte vedtak. Det har gjort det noe vanskelig å finne ut presist hva som har skjedd når. Endringer i intervensjonen, basert på erfaringer som ble gjort underveis og nye idéer som dukket opp, ble delvis drøftet i styringsgruppas møter, men en del ble også gjennomført uten slike formaliserte vedtak. I hovedsak synes det imidlertid som styringsgruppa har blitt holdt godt orientert, og at den har styrt de viktige elementene i prosjektet. Styringsgruppa har også hver gang gått igjennom vedtak/behandling i forrige møte for å se på oppfølgingen.

Styringsgruppas styrke har vært dens sammensetning og arbeidsform. Med unntak av ryggforeningens representant, var det de samme personene som hadde hatt idéen og skapt prosjektet, som også bekledd styreposisjonene initialt. Dette ga grunnlag for betydelig interesse, engasjement og entusiasme. For styringsgruppa har god gjennomføring av et spennende prosjekt vært hovedfokus, samtidig som forskningen også har vært viet økende oppmerksomhet etter hvert som resultater har begynt å komme. Alt arbeid i styringsgruppen har vært utført uten noen form for økonomisk godtgjørelse.

Etter evaluators syn burde styringsgruppa drøftet forskningsopplegget noe mer metodisk (det har vært orienteringer) etter hvert som data ( $T_0$  og  $T_1$ ) og evalueringsrapportene fra bedriftsopplegget kom inn. I slike møter burde både Erik L. Werner og representanter for Forskningsenheten i Bergen (som veileder Werner) vært trukket inn. Særlig etter at forskningsansvarlig gikk ut av styringsgruppen, har valg av innfallsvinkler og tema for forskningen i større grad blitt diskutert i forskningsmiljø utenfor styringsgruppa. Disse forhold ble diskutert i et møte våren 2005 og det ble vedtatt å holde et formidlings/forskningsseminar i april 2005 hvor nettopp dette ble fulgt opp.

Etter mitt syn ville prosjektet tjent på å avholde et slikt seminar tidligere. Dette ville ha tydeliggjort forskningsaspektet ved prosjektet, slik at endringer i intervensjonen underveis ville ha blitt nøyere drøftet. Prosjektet har etter hvert generert et så bredt datatilfang og så betydelige erfaringer at det er grunn til å vurdere aktivt hvordan dette kan brukes videre, både i videre forskning og i praktiske prosjekter. Høsten 2005 er dette fulgt opp ved at Erik L. Werner to ganger har lagt fram data fra  $T_2$  og tanker om bruken av disse for styringsgruppa.

Ledergruppa ved Spesialsykehuset for Rehabilitering (SSR, [www.rehabilitering.net](http://www.rehabilitering.net)) har vedtatt å utrede, utvikle og etablere SSR Mestring AS, herunder prosjekt "I Bedrift". Konseptet er å bygge videre på erfaringer fra prosjektet Aktiv Rygg, særlig delprosjektet Ryggen i arbeidslivet, og koble dette med Satellittprosjektet<sup>3</sup>. Modellen ønsker å ha et høyt vitenskapelig fokus, og legger opp til å dokumentere effekten på jobbfastholdelse og tilbakegang til jobb. Satellittene vil være under veiledning og oppfølging av SSR – Stavern.

---

<sup>3</sup> Gjennom satellittprosjektet skal SSR opprette eksterne enheter som skal drive håndtering av rygg – og nakkeproblematikk

Videre er intensjonen at prosjektet skal omfatte en stor del av muskel- og skjelettplagene og bygge på kompetansen i hele Helse Sør – området.

### **Saksdokumenter til styret. Problemer i dataalderen**

I dataalderen er det problematisk at notater og planer ikke alltid blir datert. Notater blir ofte videreutviklet etter vedtak. Slik også i dette prosjektet. Det har noen ganger gjort det vanskelig å se når nye ideer kom inn i notater eller å se når ulike elementer er behandlet. Den uformelle og kjappe stil i vår tid kan vanskeliggjøre å finne ut hva har skjedd - og når. Det er stort sett kun referater fra møter i styringsgruppa, samt en ”milepælsplan” som ble gjenstand for fortløpende endringer, som foreligger som skriftlig dokumentasjon av prosessen, i tillegg til selve forskningsprotokollen. Mye kommunikasjon har skjedd via e-mail, som sjelden blir lagret for ettertiden.

## **5. Bedre Rygg – utprøvningsprosjektet (BRU)**

Prosjektet Aktiv Rygg har utviklet seg i flere faser. For å belyse hvordan de forskjellige elementene bringes inn etter hvert i et slikt prosjekt har jeg skrevet litt grundig om hver fase. For å unngå for mange gjentakelser er omtalen av to av utviklingsarbeidene ”Rapport fra prosjektleder om de 4 arbeidsgruppene’s arbeid” og ”En pilotstudie fra prosessveileder” laget som vedlegg 2 og 3. Selve rapportene finnes i vedleggsheftet.

### **5.1. Den første skisse til modell**

Erik Lindh ble ansatt i prosjektet 1.3.01. Han la fram en første prosjektbeskrivelse 20.3.01 (finnes i vedleggsheftet).

Skissen hadde følgende elementer:

- Det var forutsatt et interreg prosjekt sammen med Bohuslän og med Østfold som kontrollfylke
- Målsettinger for prosjektet
- Fire delprosjekter ble forutsatt (Ryggen i arbeid, hverdagen, helsevesenet og trygden). Arbeidsgrupper var foreslått for hvert delprosjekt
- Det forelå skisser til økonomiopplegg og evaluering

Opplegget med fire delområder har blitt beholdt gjennom hele prosjektet. Arbeidsgruppene utarbeidet forslag til innhold til disse, som nevnt. Interreg – opplegget ble etter hvert droppet av praktiske og finansielle grunner. Det ble viktig å komme i gang fort med et håndterbart opplegg.

Prosjektet hadde en betydelig utviklingsfase fra mars 2001 til februar 2002 der mye ble presisert og forenklet. Samtidig ble mange virkemidler (intervensjoner) utmeislet. Økonomien var en stor utfordring det første halvannet år, men så kom det stabile løsninger, se kapittel 5.4. Forsknings- og evalueringsopplegg har også gjennomgått drøftinger i hele prosjektperioden.

### **5.2. Rapport fra utprøvningsprosjektet**

Fra 1.5.01 startet det opp et arbeid med å utvikle et utprøvnings-/implementeringsprosjekt. Et sentralt element i arbeidet var de fire arbeidsgruppene som skulle utrede tiltak mot befolkningen, næringslivet, helsevesenet og trygdeetaten. En rapport fra utprøvningsprosjektet

ble lagt frem av prosjektleder 1.2.02 (se vedleggshefte). Den ble drøftet i styringsgruppas møter 15.2. og 18.3.02.

Rapporten baserte seg i hovedsak på tilbakemeldinger fra de fire arbeidsgruppene. Prosjektets målsetting ble definert slik i rapporten og er beholdt siden:

*Med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap skal prosjektet redusere konsekvensene av ryggplager i befolkningen, og øke evnen til egenmestring. Målet er også at prosjektet på kort og lang sikt vil medføre besparelser for arbeidslivet og redusere samfunnets kostnader*

Arbeidsgruppene var aktive fra mai 2001, i gjennomsnitt holdt hver gruppe 5 møter, i tillegg til deltagelse i 3 fellessamlinger for alle arbeidsgruppene. Sluttrapport fra arbeidsgruppene ble levert medio januar 2002.

I vedlegg 2, s.49 finnes et sammendrag av rapporten fra prosjektleder om utviklingen av implementeringsprosjektet.

### **5.3. En pilotstudie fra prosessveileder**

Prosessveileder Øyvind Sørbrøden ble engasjert 13.8.01 til å gjøre en pilotstudie der 16 sentrale aktører, representanter for arbeidsgivere, helsepersonell og trygdepersonell ble intervjuet. Kjernen i AR-prosjektet er at disse grupper må samspille på en god måte hvis prosjektet skal bli vellykket. Derfor var det viktig å innhente synspunkter og råd mer metodisk fra disse aktørene før prosjektet ble startet opp. Rapporten forelå 3.10.01 (se vedleggsheftet). Mange av forslagene i rapporten ble innarbeidet i den ovenfor omtalte rapporten til prosjektleder av februar 2002.

Et sammendrag av pilotstudien utgjør vedlegg 3, s. 53 i denne rapporten

### **5.4. Økonomiske utfordringer i prosjektet**

Prosjektet kom i stand med støtte fra NHO's arbeidsmiljøfond (kr. 540.000,-), midler fra Nasjonalt Ryggnettverk og egenkapital fra SSR – HF. Dette var imidlertid ikke nok til å drifte et opplegg med tilstrekkelig kvalitet. Sommeren 2002 var prosjektet i økonomisk krise, og meget nær nedleggelse. Mange instanser ble kontaktet om økonomisk støtte. Redningen ble da en bevilgning på kr. 500.000 i Stortingets sosialkomité. Fra 2003 har prosjektet hatt en bevilgning på kr. 2,0 mill på statsbudsjettet, som sammen med midler fra Nasjonalt Ryggnettverk og egenkapital fra SSR – HF har gitt prosjektet en ramme til å leve med. Det ble likevel tidlig klart at Aktiv Rygg ville måtte bli et lavbudsjett prosjekt, og at intervensjonen aldri ville kunne bli i nærheten av så omfattende som det tidligere omtalte Australia-prosjektet hadde vært. Det ligger imidlertid mye skjult økonomi i sentrale personers ikke-honorerte bidrag, samt ressurser fra SSR. Styringsgruppas leder har i hele prosjektperioden vært i kontakt med så vel direktorat som departement for å sikre finansieringen av prosjektet.

## **6. Aktiv Rygg blir utformet. Forskningsprotokoll. Bedriftsmodell**

### **6.1. Prosjektet Aktiv Rygg tar form**

Prosjektet skiftet som nevnt navn fra Bedre Rygg Utprøvningsprosjekt (BRU) til Aktiv Rygg (AR) i februar 2002. Implementering av modellen startet opp 1.4.02.

#### **Kjerneelementene i Aktiv Rygg modellen oppsummert, slik den var utviklet pr. 1.4.02, og senere er implementert**

- Modellen omfatter fire delområder; ryggen i befolkningen, ryggen i helsevesenet, ryggen i trygden og ryggen i arbeidslivet. Det er vedtatt tiltak/intervensjoner for hvert av de fire områdene. Utformingen og omfanget av intervensjonene har hele tiden vært vurdert i styringsgruppa, avhengig av hva erfaringer og evalueringer har vist – og hva de økonomiske rammer har gitt grunnlag for.
- Modellen er implementert i Aust-Agder og Vestfold med Telemark som kontrollfylke. Telemark ble valgt som kontrollfylke. Valget av Telemark i stedet for Østfold er begrunnet i størst sosiodemografisk likhet med prosjektfylkene Vestfold og Aust-Agder. Det deltar tre bedrifter fra Aust-Agder og tre fra Vestfold. Antall kontrollbedrifter var opprinnelig 4 i Aust-Agder, 4 i Vestfold og 4 i Telemark. Liste over bedriftene med antall ansatte er vedlagt (vedlegg 4). Antall kontrollbedrifter er senere redusert til 4,2,2 i hhv Aust-Agder, Vestfold og Telemark som følge av nedleggelse og manglende oppfølging av avtalen med prosjektet. Det er utviklet en egen bedriftsmodell der Mestringskontakter (fortrinnsvis ikke med helseutdanning) er sentrale aktører i modellen. Dessuten er bedriftens topplerer involvert i samtlige bedrifter.
- Det er utviklet et eget forsknings- og evalueringssopplegg.
- Modellen ble utviklet i perioden fra begynnelsen av 2001 til 1.4.2002. Implementeringen av modellen (intervensjoner og evalueringer) har foregått fra 1.4.02. De første målinger  $T_0$  ble foretatt før oppstart, i mars 2002. Målingene er gjentatt to ganger, i mars 2004 ( $T_1$ ) og i juni 2005 ( $T_2$ ). Prosjektet ble i 2003 vedtatt forlenget med ett år (ut 2005).
- Modellen er utviklet i et samarbeid mellom Nasjonalt Ryggnettverk, formidlingsenheten og Spesialsykehus for Rehabilitering, Stavern (SSR). SSR overtok det formelle ansvar med avtale av februar 2002 (vedlegg 1)

#### **Oppsummert kan vi si at Aktiv Ryggs implementeringsmodell ble utviklet i tre faser.**

**I den første fasen**, før prosjektet formelt startet opp, ble det bestemt at modellen skal omfatte fire områder: Ryggen i befolkningen, helsevesenet, trygden og arbeidslivet. Modellen skulle implementeres i Vestfold og Aust-Agder, med Telemark som kontrollfylke for forskningen. Kysthospitalet i Stavern, senere Spesialsykehuset Rehabilitering (SSR) HF skulle ha ansvaret for prosjektet, i samarbeid med Nasjonalt Ryggnettverk.

**I den andre fasen** (1.5.01 – 1.2.02) arbeidet fire arbeidsgrupper med forslag til tiltak (implementeringer) som skulle settes inn på de fire områdene (6). All tidsbruk og alt arbeid ble utført vederlagsfritt. Parallelt pågikk arbeidet i Nasjonalt Ryggnettverk med utarbeidelse av Nasjonale Tverrfaglige Retningslinjer for Akutte Ryggmerter. Disse retningslinjene skulle danne selve idégrunnlaget, det faglige fundamentet, for implementeringsprosjektet Aktiv Rygg.

Parallelt med arbeidsgruppens arbeid gjennomførte prosessveileder Øyvind Sørbrøden en pilotstudie som ga mange innspill til prosjektet (8).

**I fase tre** (desember 01 til april 02) ble det utviklet en forskningsprotokoll av dr. Erik L. Werner, en videreutvikling av det som var skrevet om forskning så langt, og som grunnlag for opptak på doktorgradsstudiet ved Universitetet i Bergen. I tillegg ble det utviklet en bedriftsmodell med mestringskontakter i hver av de 6 innsatsbedrifter som var plukket ut: Color Line Vestfoldlinjene A/S, Jotun A/S, Norautron A/S, Gard A/S, Sørlandet sykehus HF, Arendal og Nymo A/S. Bedriftsmodellen ble utviklet i et samspill mellom prosjektleder Erik Lindh, overlege dr. med Aage Indahl og prosessveileder Øyvind Sørbrøden. Ideen om at en bedriftskontakt (i AR: Mestringskontakt) ikke måtte være en helsearbeider med behandlingstradisjon for vonde rygger, kom fra professor Tommy Hansson (Ortopeden, Sahlgrenska Universitetssjukhus, Gøteborg.)

Et konsept med Mestringskontakter (Mk) ble opprettet, hvor det pr. bedrift er én eller flere Mk'er som inngår i et eksternt og eventuelt også et internt nettverk. Alle Mk'er er gjenstand for skolering og veiledning, i regi av prosjektleder Erik Lindh og faglig ansvarlig, overlege dr.med. Aage Indahl. De har vært gjennom flere kursmoduler med fokus på modellen, faglig begrunnelse for valg av modellen og praktisk tilrettelegging av modellen. Antall mestringskontakter er blitt utvidet fra 6 til 20 i prosjektperioden fordi flere av bedriftene har sett behov for å utvide antallet. Bare en har sluttet som mestringskontakt i perioden fordi hun sluttet i bedriften. Ellers har ingen ønsket å slutte.

Mk'ene er rekruttert blant bedriftenes egne ansatte, har fortrinnsvis ikke en helsefaglig bakgrunn som vil utløse forventninger om behandling, og skal fungere som veiledere for den enkelte ansatte som opplever en eller flere episoder med akutt vond rygg. Evt. tilpassing og tilrettelegging av arbeidsoppgaver som følge av en slik ryggepisode, skal skje i samarbeid med den enkeltes linjeleder. Modellen kvalitetssikres og evalueres av ekstern konsulent. Alle Mk'er rapporterer om sin aktivitet på standardiserte skjema, og følges opp og veiledes av prosjektledelsen.

De ansatte i intervensjonsbedriftene ble også gjort kjent med prosjektet ved at de både før, under og etter prosjektet ble bedt om å besvare et spørreskjema om holdninger og kunnskap til ryggplager, som en del av forskningsgrunnlaget.

Prosjektet er også klart forankret hos toppleder i alle bedriftene.

Den endelige implementeringsmodell var klar 1.4.02. Da var første datainnsamling gjennomført, og da var det klart for å sette i gang bedriftsmodellen.

## **6.2. Forskningsprotokoll**

Et første utkast til forskningsprotokoll ble fremlagt av Erik L. Werner i Styringsgruppa 15.02.02 til godkjenning. Den er senere utviklet videre etter hvert som prosjektet har utviklet seg. Forskningsprotokollen er vedlagt i vedleggsheftet.

## 7. Forskning og evaluering. Gjennomførte intervensjoner.

Det ble vedtatt at prosjektet skulle være et doktorgradsprosjekt med Erik L. Werner som stipendiat. I den forbindelse ble forskningsdelen i hovedsak knyttet til forskningsenheten i Nasjonalt Ryggnettverk, Bergen, med professor dr.med. Holger Ursin som hovedveileder. Styringsgruppens leder, prof., dr.med. Even Lærum gikk også inn i forskningen som biveileder. Prosjektet fikk også forankring på medisinsk fakultet ved UiB med overlege dr.med. Jan Sture Skouen som biveileder. Den praktiske løpende veiledning har vært ved dr.philos. Camilla Ihlebæk.. All utsendelse, innsamling og databearbeidelse av spørreskjemaer til de 4500 ansatte i bedriftene og 1200 helseaktørene er ved alle tre måletidspunkt utført vederlagsfritt av Forskningsenheten, Nasjonalt Ryggnettverk i Bergen.

I dette kapitlet er presentert den delen av forskningsprotokollen som er kjernen i forskningsopplegget. Videre er det under hvert område presentert hvilke tiltak/intervensjoner som er gjennomført. Under hvert område er det også drøftet og vurdert hvorfor tiltakene har blitt prioritert slik de har.

### 7.1. Prosjektets innhold og målsetting

Målsettingen for prosjektet er beskrevet slik:

*”Med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap skal prosjektet redusere konsekvensene av ryggplager i befolkningen, og øke evnen til mestring og bedre livskvalitet. Målet er også at prosjektet på kort og lang sikt vil medføre besparelser for arbeidsliv, trygdeetat og samfunnet totalt.”*

Den forskningsbaserte kunnskap målsettingen refererer til, er først og fremst Tverrfaglige Kliniske Retningslinjer, (1), men også ideene fra det omtalte Australske forskningsprosjektet (1997 – 99) (4,5). Retningslinjene er beskrevet for akutte korsryggsmarter. Prosjektet vil naturlig også henvende seg til de deler av befolkningen som har langvarige eller ofte tilbakevendende ryggplager. Den vitenskapsbaserte kunnskap om slike plager var i prosjektperioden betydelig mindre konsistente og først i 2004 ble det utgitt europeiske retningslinjer for kroniske ryggglidelser. I Norge pågår dette arbeidet fortsatt.

Styringsgruppa samlet seg om følgende fem punktbudskap som grunnlag for prosjektet – i betydningen det er disse budskapene som ønskes implementert:

1. *Vond rygg skyldes svært sjelden noen farlig sykdom*  
60-90% av befolkningen har ryggplager en eller flere ganger i livet; ryggplager er en vanlig og alminnelig tilstand, som oftest heler seg selv i løpet av kort tid.
2. *Ryggen er skapt for bevegelse*  
Mange mennesker har lært at smerte betyr fare, og beveger seg bare innenfor smertegrensene når de har vondt i ryggen. Dokumentasjonen sier nå det motsatte: det er ikke farlig å bevege seg selv om det gjør litt vondt, passivitet kan forlenge smerteperioden.
3. *Røntgen viser sjelden hvorfor du har vondt i ryggen*  
Det er en utbredt oppfatning blant ryggpasienter at røntgen kan vise årsaken til ryggsmerten. Det er imidlertid bare sjelden, og ved helt spesifikke ryggglidelser, at dette er tilfelle. Røntgen/CT/MR vil oftest bare medføre en forsinkelse i tilhelingen idet man venter på time til røntgenundersøkelse, i tillegg til at det påfører kroppen store stråledoser og samfunnet store utgifter.

4. *Ryggoperasjon er sjelden nødvendig*  
Kunnskapen om hvilke ryggpasienter som vil profitere på kirurgisk behandling, er sparsom. Fortsatt gjelder at de fleste ryggpasienter tilheler spontant.
5. *Jobb med ryggen din*  
Budskapet har en dobbelt betydning: det er påvist at folk med ryggsmertor som gjenopptar vanlige aktiviteter, inkludert yrkesaktivitet, tilheler raskere enn de som forblir i en passivisert tilstand med arbeidsuførhet. Samtidig oppfordrer utsagnet til en generelt aktiv tilværelse, selv om kunnskapen om spesifikke øvelser eller trening er mangelfull.

Den internasjonalt anerkjente ryggforsker Richard Deyo har lansert Deyo's 7 myter, som er en opplisting av utbredte, feilaktige myter i befolkningen om ryggplager. De ovenstående 5 punktbudskap reflekterer disse mytene. Deyo's 7 myter har dessuten dannet grunnlaget for to forskningsprosjekter i Norge tidligere (9, 10), som gir forskningsresultatene i Aktiv Rygg et godt sammenligningsgrunnlag.

## 7.2. Valg av kontrollfylke

Til forskningsformålene ble *Telemark* valgt som kontrollfylke. Valget er begrunnet i størst sosiodemografisk likhet med prosjektfylkene Vestfold og Aust-Agder. Den geografiske nærhet gir mulighet for informasjonsspredning over fylkesgrensene, men kulturelle og infrastrukturelle forhold gjør at denne påvirkning anses som beskjeden. At også Telemark har ryggpoliklinikk i sykehuset, og på annen måte deltar i den generelle kunnskapsutveksling om rygglidelser øker den strukturelle likheten med prosjektfylkene og reduserer faren for at eventuelle målbare forskjeller mellom prosjekt- og kontrollfylker skyldes andre forhold enn intervensjonen Aktiv Rygg representerer. En generell økt oppmerksomhet, og kunnskaper om ryggplager i samfunnet, vil ventelig gi endringer i både holdninger og atferd – men det er altså forskjellen mellom disse tre fylkene som vil danne grunnlag for eventuelle konklusjoner.

## 7.3. Metode og materiale

Forskningen baserer seg på følgende data materiale:

- telefonintervju av 1500 tilfeldig utvalgte personer, med 500 fra hvert av de tre fylkene
- spørreskjema til samtlige primærleger, bedriftsleger, fysioterapeuter og kiropraktorer i de tre fylkene (1105 personer i 2002)
- spørreskjema til samtlige ansatte i de 6 innsatsbedriftene (ca. 4400 ansatte), og i alt 8 kontrollbedrifter i de tre fylkene (ca 1000 personer). Fire av kontrollbedriftene er nedlagt i perioden.
- antall ryggrelaterte radiologiske undersøkelser ved alle røntgeninstitusjoner, samt kirurgiske behandlinger av nucleusprolaps i de tre fylkene
- sykefraværstatistikk; totalt og ryggrelatert i de tre fylkene – og totalt og ryggrelatert i de 6 innsatsbedriftene og i kontrollbedriftene

Det ble planlagt tre måletidspunkt for telefonintervju og spørreskjema til ansatte og helseaktørene: T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> og T<sub>2</sub>. T<sub>0</sub> ble gjennomført mars/april 2002, altså før prosjektet startet; T<sub>1</sub> ble gjennomført mars/april 2004, og T<sub>2</sub> ble gjennomført i juni 2005.

Forbruk av radiologiske undersøkelser, kirurgiske behandlinger og sykefraværstatistikk har blitt registrert for årene 2001 (siste år før prosjektstart), 2003 og 2005.

Telefonintervjuene og spørreskjemaene til helseaktører og ansatte tar sikte på å måle KAP; Knowledge, Attitude, Practice (kunnskap, holdninger og atferd) i forhold til ryggplager. De skjema som er benyttet finnes i vedlegg 6, s 58

### Følgende er gjennomført:

Telefonintervju; (antall respondenter pr fylke og i prosent av totalt antall oppringt)

- Vestfold: 501 (53,6 %) i T<sub>0</sub>, 515 (31,4 %) i T<sub>1</sub> og 501 (16,6%) i T<sub>2</sub>
- Aust-Agder: 500 (55,9 %) i T<sub>0</sub>, 514 (31,9 %) i T<sub>1</sub> og 501 (17,5%) i T<sub>2</sub>
- Telemark: 501 (56,0 %) i T<sub>0</sub>, 500 (30,2 %) i T<sub>1</sub> og 505 (16,3%) i T<sub>2</sub>

Spørreskjema til helseaktører; (antall respondenter pr fylke og i prosent av totalt antall)

Leger:

- Vestfold: 79 (43 %) i T<sub>0</sub>, 106 (63 %) i T<sub>1</sub>, 103 (55 %) i T<sub>2</sub>
- Aust-Agder: 56 (60 %) i T<sub>0</sub>, 61 (61 %) i T<sub>1</sub>, 54 (63 %) i T<sub>2</sub>
- Telemark: 58 (42 %) i T<sub>0</sub>, 84 (54 %) i T<sub>1</sub>, 78 (58 %) i T<sub>2</sub>

Fysioterapeuter:

- Vestfold: 128 (41 %) i T<sub>0</sub>, 116 (45 %) i T<sub>1</sub>, 97 (57 %) i T<sub>2</sub>
- Aust-Agder: 56 (40 %) i T<sub>0</sub>, 57 (51 %) i T<sub>1</sub>, 46 (86 %) i T<sub>2</sub>
- Telemark: 70 (32 %) i T<sub>0</sub>, 85 (38 %) i T<sub>1</sub>, 63 (53 %) i T<sub>2</sub>

Kiropraktorer:

- Vestfold: 13 (87 %) i T<sub>0</sub>, 17 (85 %) i T<sub>1</sub>, 14 (78 %) i T<sub>2</sub>
- Aust-Agder: 3 (75 %) i T<sub>0</sub>, 4 (100 %) i T<sub>1</sub>, 3 (75 %) i T<sub>2</sub>
- Telemark: 5 (56 %) i T<sub>0</sub>, 7 (70 %) i T<sub>1</sub>, 8 (80 %) i T<sub>2</sub>

(Når et synkende antall responderende fysioterapeuter kan gi en høyere responsrate, så skyldes dette at spørreskjemaet for hver datainnsamling ble sendt til et lavere antall yrkesutøvere, ettersom de som i foregående runde svarte at skjemaet var uaktuelt for deres yrkesaktivitet ble ekskludert fra utsendelsen – slik at totalantallet utøvere som ble inkludert gikk ned.)

- Spørreskjema til ansatte i prosjekt- og kontrollbedrifter (antall respondenter pr bedrift og i prosent av totalt antall ansatte i bedriften);

	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>
• <i>Aust-Agder Sykehus</i>	905 (67 %)	713 (52 %)	524 (39 %)
• <i>Jotun</i>	474 (65 %)	301(42 %)	290 (41 %)
• <i>Porsgrunn Porselen</i>	169 (58 %)	86 (36 %)	66 (31 %)
• <i>Color Line</i>	282	319	399
• <i>Gaustablikk h.fj.hotel</i>	8 (28 %)	11 (37 %)	10 (30 %)
• <i>Norautron</i>	85 (45 %)	115 (74 %)	116 (63 %)

• Heerema	79	0	0
• FTG Flåtnes	19	0	0
• Rica Klubben Hotell	31	0	0
• Tyholmen hotell	31 (76 %)	25 (63 %)	21 (66 %)
• Bygland plast	20 (91 %)	16 (76 %)	8 (47 %)
• Sølvkroken	25 (34 %)	15 (28 %)	6 (12 %)
• Tangen verft	69	0	0
• Evje & Hornnes kom.	113 (43 %)	109 (40 %)	70
• Gard	101 (39 %)	100 (38 %)	99 (61 %)
• Nymo AS	127 (45 %)	52 (34 %)	59 (34 %)
• Gilde	70	0	0
• Bongs	51 (39 %)	43 (37 %)	35 (34 %)
SUM;	2659	1905	

- Radiologiske undersøkelser ved samtlige radiologiske institusjoner:
  - Vestfold: Sykehuset i Vestfold + Capio Tønsberg
  - Aust-Agder: Aust-Agder Sykehus / Sørlandet Sykehus Arendal + Røntgensenteret i Kristiansand
  - Telemark: Sykehuset i Telemark, Helse Blefjell og Telemark Røntgeninstitutt (T<sub>1</sub> og T<sub>2</sub>)
- Legemeldt sykefravær fordelt på totalt sykefravær og ryggrelaterte diagnosekoder, i prosent av avtalte arbeidsdager, fordelt på
  - kjønn og alder
  - fylker og landet

Forskningen på bedriftsintervensjonen i prosjektet har støtt på store utfordringer. Fire av kontrollbedriftene ble nedlagt i prosjektperioden, mens en femte bedrift ikke returnerte spørreskjemaer overhodet i T<sub>1</sub> og T<sub>2</sub>. Det har også vært svært store variasjoner i antallet ansatte i bedriftene, og med lav responsrate i de fleste kontrollbedrifter ble sammenligningsgrunnlaget svært vanskelig. Sykefraværdataene relaterer seg til bedriftenes organisasjonsnummer. Color Line har ikke organisasjonsnummer som reflekterer den delen av virksomheten som har vært involvert i prosjektet, og disse dataene har derfor vist seg svært vanskelig å bruke. Underveis i prosjektet åpnet man for at ansatte i intervensjonsbedriftene kunne henvises direkte fra mestringskontaktene til spesialisthelsetjenesten ved SSR for sine ryggplager. I praksis var det bare bedriftene i Vestfold som benyttet seg av dette, og denne tilleggsintervensjonen har også vanskeliggjort tolkningen av bedriftsresultatene. Dataene fra bedriftsintervensjonen har derfor foreløpig ikke vist seg valide nok til å danne grunnlaget for en vitenskapelig publikasjon. Dette er svært synd, ettersom nettopp denne delen av prosjektet kanskje var det mest nyskapende.

### **Drøfting av gjennomføring og prioriteringer**

Valg av intervensjonstiltak innenfor hver av de fire delprosjektene (befolkningen, helseaktørene, bedriftene, trygdeetaten) har i hele prosjektperioden vært under kontinuerlig vurdering i styringsgruppa. Opplegget har vært påvirket av prosjektets økonomi og vurderinger av effekten av ulike tiltak. For innsatsen mot befolkningen har det vært foretatt undersøkelser om effekten av de forskjellige tiltak som har vært gjennomført. Når det gjelder opplegget mot bedriftene har dette vært påvirket av den kontinuerlige dialogen med og evalueringen av det som foregår i bedriftene. Innsatsen mot helseaktørene har det vært spesielt krevende å få til. Flere planlagte kurs og seminarer er blitt avlyst.

Utviklingen av opplegget for hvert delområde blir kommentert nærmere i kapittel 7.4., etter en oppstilling av hva som faktisk har skjedd på området.

## **7.4. Intervensjonene i de fire delprosjektene. Drøfting av valg og resultater**

Implementeringsprosjektet Aktiv Rygg er som nevnt delt inn i fire delprosjekt, hvor de ovenstående fem punktbudskap (s. 16 og 17) danner grunnlaget for implementeringen:

### **7.4.1. Ryggen i Helsevesenet**

Delprosjektet retter seg mot de tre profesjoner med offentlig autorisasjon som behandler ryggpasienter: leger, fysioterapeuter og kiropraktorer. Målsettingen er gjennom kunnskapsformidling å endre holdninger og praksis i klinisk hverdag mer i tråd med retningslinjene og den øvrige vitenskapsbaserte kunnskap.

Grunnlaget for dette er en antagelse om at profesjonene opprettholder en yrkesutøvelse som i enkelte henseender baserer seg på feilaktige holdninger og foreldet kunnskap. Dette kan være bruk av billeddiagnostikk, sykmeldingspraksis og passive behandlingsmetoder som vedlikeholder mer enn fremmer naturlig tilheling av ryggsmertene.

*Metoden i prosjektet er*

- kunnskapsformidling gjennom møter, kurs og seminarer
- brev og utsendelser fra prosjektet
- postere og annet informasjonsmaterieil til opphenging på venteværelser, kontorer og behandlingsrom

*Følgende er gjennomført:*

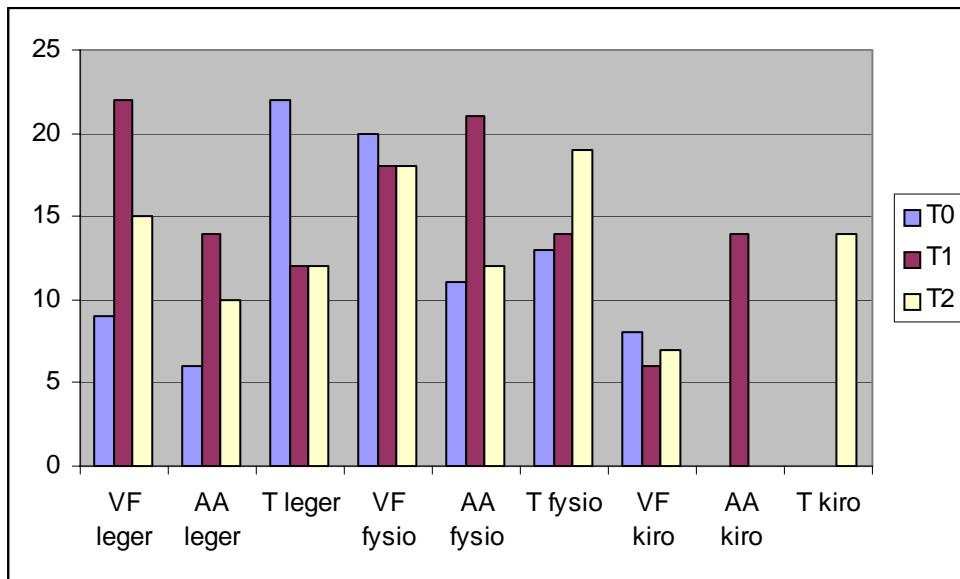
- informasjons og orienteringsmøter for fylkeslegens kontor i begge fylker høsten 2001
- orientering om prosjektet for rådgivende trygdeleger i Vestfold våren 2002
- informasjonsmøter avholdt for sentrale representanter for Den norske lægeforening (Dnlf), Norsk kiropraktorforening (Nkf) og Norsk fysioterapeutforbund (Nff) våren 2002
- informasjonsmøter for representanter for lokalforeningene av Nff, Nkf og Dnlf, Aust-Agder og Vestfold våren 2002
- informasjonsskriv utsendt til Nff, Nkf og Dnlf om kurs og kampanje våren 2002
- artikkel i medlemsblad for Aust-Agder lægeforening nr 2/02
- gjennomføring av spørreundersøkelser mars 2002 (T<sub>0</sub>), mars 2004 (T<sub>1</sub>) og juni 2005 (T<sub>2</sub>)
- kampanjematerieil godkjent av Nff og Nkf i møter med sentralstyrene høsten 2002 – godkjent telefonisk med Dnlf høsten 2002
- tverrfaglig kurs i samarbeid med fylkestygdekontorene, i Arendal, september 2002 (60 deltakere) og i Tønsberg januar 2003 (80 deltakere) - kliniske emnekurs i trygdemedisin
- presentasjon av prosjektet på tverrfaglig konferanse, ”Trygg på vond rygg”, Bergen, oktober 2002
- samhandlingsmøte med prosjektet ”Aktiv Rygg er Bedre Rygg” i Arendal, høsten 2002
- kurs for sjømannsleger og representanter fra Bedriftshelsetjenester planlagt høsten 2003, *avlyst pga. for dårlig påmelding*
- plakater distribuert til alle legekantor, fysioterapeuter, kiropraktorer, og sykehus i de to fylkene, først høsten 2002 og så våren 2003 (ca. 800 personer). Gjentatt i 2004

- informasjonskort i egne kortholdere utplassert til gratis distribusjon på samme steder og på samme tid som ovenfor
- deltakelse ryggkonferanse i regi av Norsk Forening for Ryggforskning, Oslo, våren 2003
- tilbud sendt ut til alle aktørene om mer materiell: innstikkavis, pasientversjonen av retningslinjene, plakater og informasjonskort, høsten 2003
- møte avholdt med alle deltagende bedrifters Bedriftshelsetjenester høsten 2003, gjentatt våren 2004
- nye brev om videre samarbeid og kurs til Nff, Nkf og Dnlf, høsten 2003
- avholdt møte med styret i Nff A-A, vedrørende fremtidig samarbeid, høsten 2003
- deltagelse og presentasjon, konferansen "Så rykker vi", København, høst 2003
- innledende møter for kursutvikling i samarbeid med Dnlf-Vestfold, høsten 2003
- møter med Nff og Nkf sentralt, vedrørende utvidelse av styringsgruppen, høst 2003
- presentasjon av Aktiv Rygg for Nff-Vestfold, årsmøte, vår 2004
- prosjektinformasjon for elever på Brevik VGS-helse og sosial linjen høst 2004
- foredrag for Ryggforeningen i Norge's Erfaringskonferanse høst 2004
- planlegging (våren 2004) og gjennomføring av kurs for helsepersonell i Vestfold høst 2004, i samarbeid med Kurskomiteen i Dnlf, Vestfold. Godkjent med 9 timer av Dnlf, Nkf og Nff. *Avlyst pga. få påmeldte*
- Møte med helseminister Ansgar Gabrielsen i januar 2005. *Avlyst pga flomkatastrofen i Sørøst Asia*
- alle helseaktører i Vestfold og Aust-Agder tilsendt nytt formasjonsmateriell (to nye plakater med hovedbudskap, samt informasjonsaviser) mai 2005
- gjennomføring av spørreundersøkelse (T<sub>2</sub>) alle helseaktører i Vestfold, Aust-Agder og Telemark, mai/juni 2005
- informasjonsmøte for tillitsvalgte i helseinstitusjoner (Fagforbundet), i Tønsberg, juni 2005
- utsendelse av informasjonsmateriell til helseaktører etter bestilling, høst 2005
- intervju av prosjektleder for MEDLEX Norsk helseinformasjon, presentert i Medisinsk Informasjon nr. 3/2005
- I tillegg til alle disse intervusjonene har både styringsgruppas leder, faglig ansvarlig og forskningsansvarlig orientert om prosjektet i diverse media, fra TV-innslag i NRK-programmene Puls og Først og Sist til innslag i lokal-TV'ene i Vestfold og Aust-Agder.

### ***Drøfting av gjennomføring og prioriteringer***

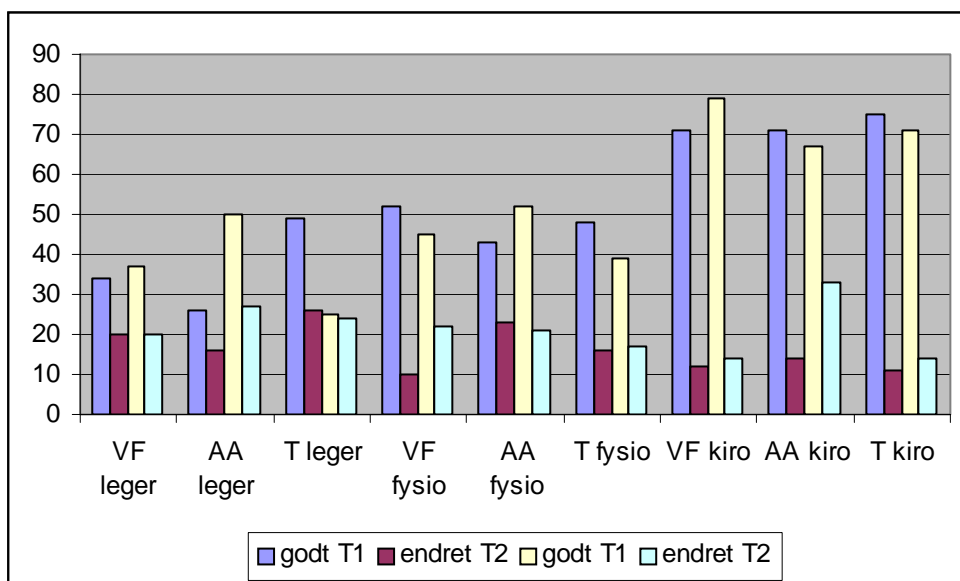
Som vi ser av oversikten ovenfor er det satt i verk en rekke tiltak for å informere og undervise primærleger, fysioterapeuter og kiropraktorer både om selve prosjektet Aktiv Rygg og de nasjonale Retningslinjene. Oppslutningen om kurs for helsepersonell i 2004 har vært så dårlig at de måtte avlyses. Dette står i kontrast til oppslutningen blant de ansvarlige i innsatsbedriftene. På møter der vi orienterte om resultatene av 2002- og 2004 undersøkelsene henholdsvis våren og høsten 2004 og våren 2005 har oppslutningen blant de inviterte vært meget god.

Et av spørsmålene til helseaktørene i spørreskjemaene, var hvorvidt deres oppfatninger til ryggplager hadde endret seg i løpet av de siste 12 måneder. Figuren nedenfor viser andelen i prosent for hver yrkesgruppe fordelt på de tre fylkene, som svarte "enig" eller "helt enig" på utsagnet "Mine oppfatninger om hvordan man best skal forholde seg til ryggplager har endret seg de siste 12 måneder" i T<sub>0</sub> og T<sub>1</sub>



Figuren viser at det bare er 10-20 % av helseaktørene som selv angir å ha endret holdning til ryggglidelser det siste året, og at det er flere som oppgir dette i 2004 enn i 2002 og 2005. Vi skal likevel ikke legge for mye i denne selvrappoteringen, ettersom ikke all kunnskaps- og holdningsendring nødvendigvis er bevisst. Det er større grunn til å merke seg at så godt som samtlige leger, fysioterapeuter og kiropraktorer i Vestfold og Aust-Agder i 2005 opplyste at de hadde lagt merke til kampanjen, mens dette bare gjaldt ca 40 % av helseaktørene i kontrollfylket. For alle dataene vedrørende helseaktørene gjelder det at antallet kiropraktorer i fylkene er lite, slik at det blir vanskelig å gjøre sikre konklusjoner.

Helseaktørene ble i T<sub>1</sub> og T<sub>2</sub> også bedt om å angi hvorvidt de kjente til Tverrfaglige kliniske Retningslinjer for akutte ryggsmarter, utgitt av Nasjonalt Ryggnettverk i 2002, og hvorvidt de mener retningslinjene hadde påvirket deres praksis:



Figuren viser andelen i prosent av aktørene som svarte at de hadde god kjennskap til retningslinjene ("godt") og i tillegg at de også hadde påvirket deres praksis ("endret").

Kiropraktorene er den yrkesgruppen i alle fylkene som angir å kjenne til retningslinjene, men uten at disse har påvirket (endret) deres praksis. Igjen må det bemerkes at kiropraktorene tallmessig er en liten gruppe, hvor hver enkelt yrkesutøver utgjør opptil 25 %. Det er ikke mulig å trekke sikre konklusjoner på forskjeller mellom prosjekt- og kontrollfylke på disse tallene. Den største gruppen blant alle profesjonene i alle fylkene, er de som har registrert retningslinjene uten å endre praksis, hvilket illustrerer problemet med atferdsendring også blant profesjonelle.

Det er nylig publisert ”European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care”, [www.backpaineurope.org](http://www.backpaineurope.org) Retningslinjene inneholder et appendix 3 om spredning og implementering av retningslinjer til helsepersonell i førstelinjen.

Der blir effekten av forskjellige typer tiltak drøftet og gjennomgått. Appendikset avsluttes med å referere til en studie (11) av Oxman et al. der tiltak som kontinuerlig undervisning på seminarer, informasjonsmateriale, selvevaluering og tilbakemeldinger har blitt brukt. Hver metode medførte noe endring i kunnskap og holdninger, men forfatterne konkluderer med at det er nødvendig med en mangfoldig tilnærming med bruk av mange virkemidler samtidig.

Det finnes ikke noe slik som ”a magic bullet” for vellykket implementering. Det understrekes også at implementering av retningslinjer er tid- og ressurskrevende, og at resultatene som kan oppnås i beste fall er moderate.

Som oversikten ovenfor viser har AR satset på et mangfold av tilnærminger mot helseaktørene. Det er også rimelig å anta at den generelle befolkningskampanjen i særlig grad har blitt oppfattet av helseaktørene, og deres kunnskap om selve kampanjen har som vist vært god. Det har likevel vært vanskelig å få aktørene til å prioritere deltagelse i de tilbud prosjektet har gitt. Både vår og annen forskning har vist at helseaktørene er rimelig godt oppdatert på kunnskaper om ryggplager, men at det er forskjeller mellom gruppene i deres holdninger særlig til ryggsmerters spontanbedring.

Ellers har jo AR-prosjektet som helhet satset på en veldig mangfoldig tilnærming for å implementere nye retningslinjer/nye forskningsresultater; mot befolkningen, bedriftene, helsevesenet og trygden. Det gir noen interessante sammenligninger som jeg kommer tilbake til mot slutten av kapitlet.

#### **7.4.2. Ryggen i Hverdagen (befolkningsdelen)**

Delprosjektet baserer seg for en stor del på erfaringer fra befolkningskampanjen i Australia i 1997-99 (4,5), som nevnt innledningsvis. Metodene er imidlertid tilpasset norske forhold, og et betydelig lavere omkostningsbudsjett enn man hadde til rådighet i Victoria, Australia.

Intervensjonen i Australia var meget omfattende, og resulterte i 20 % reduksjon i sykepengeutbetalinger for ryggglidelser, samtidig som holdninger både blant leger og i befolkningen endret seg betydelig. Forskergruppen i Australia har nylig publisert en oppfølgingsstudie som viste at disse endringene har holdt seg tre år etter avsluttet kampanje.

Formålet med delprosjektet i Aktiv Rygg, var å øke den generelle kunnskapen i befolkningen om ryggplager. Det er vist at holdninger til ryggsmerters for en stor del påvirker kronifisering av disse, og man tenkte seg at når en person i denne befolkningen senere opplever en episode med rygg- smerter, vil den økte kunnskapen komme til uttrykk gjennom en annen forventning til beslutning hos helseaktørene, og større mestringsevne.

Helt konkret kan dette skje ved at pasienten ikke har de samme forventninger som før, til varighet av en sykmelding, til at det skal tas røntgenbilde, eller til at helsevesenet skal kunne tilby helbredende behandling. Det er god dokumentasjon for at pasienters forventninger til tiltak, i møtet med helseaktører, i stor grad påvirker disse og blir bestemmende for hvilke tiltak som faktisk gjennomføres. En viktig målsetting vil være generell kunnskap i befolkningen at ryggplager oftest går over av seg selv, og raskere hvis man klarer å være i normal aktivitet fremfor i passivitet, sengeleie eller i passiv behandling.

*Metoden i prosjektet skulle i prosjektplanen være:*

- befolkningskampanje i to store og to mindre intensive perioder hvert år
- kontinuerlig eksponering av postere på legekantor, fysioterapiinstitutter, kiropraktorklinikker, trygdekantor, andre offentlige steder
- de to mindre kampanjeperiodene har hvert år bestått av:
  - kinoreklame
  - avisinnlegg
- de to store kampanjeperiodene har hvert år bestått av:
  - kinoreklame
  - radioreklame
  - folkemøter
  - stands på gatetorv
  - pressedekning i lokalmedia – med fokus på ny vinkling hver gang

***Følgende er gjennomført:***

Kampanjen i Vestfold ble offisielt åpnet av helseminister Dagfinn Høybråten under en pressekonferanse i Sandefjord 22. april 2003, og tilsvarende av stortingsrepresentant Åse Gunnhild Woie Duesund i Arendal 2. mai 2003.

Befolkningskampanjen har hatt følgende tiltak:

- kinoreklame, gjennomført i 4 perioder à en måned på i alt 6 kinoer i de to fylkene, høsten 2002 og våren 2003 – ikke videreført etter analyse av *Mediaedge CIA* – som viser dårlige cost/benefit – resultater.
- radioreklame, gjennomført i 4 perioder à en måned i alle nærradioer i de to fylkene, høsten 2002 og våren 2003 – ikke videreført etter analyse av *Mediaedge CIA* – som viser dårlige cost/benefit – resultater.
- innstikkavis, som vedlegg til alle lokalaviser med daglige utgivelser, utgitt i mai 2003 og ny utgave i mars 2004. Også lagt ut på legekantorer, institutter osv., til alle helseaktører. Første nummer var en informasjonsutgave, med vekt på retningslinjer og anbefalinger; innhold og konsekvenser. Andre nummer tok mer for seg erfaringer knyttet til rygg, og anbefalingenes verdi for enkeltmennesket. En rekke pasienteksemplere ble presentert.
- plakater distribuert til alle legekantor, fysioterapeuter, kiropraktorer, og sykehus i de to fylkene, først høsten 2002, senere i 2003, gjentatt i 2004
- informasjonskort i egne kortholdere utplassert til gratis distribusjon på samme steder som ovenfor
- annonser i avisene, først i tilknytning til radio- og kinoreklamene, senere sporadisk og kun en gang høsten 2003. Ble gjentatt 16. april 2004

- redaksjonelt stoff i lokalmedier; Lokal TV i Vestfold og Tønsberg blad hadde fyldig dekning i forbindelse med presentasjon av en deltagende bedrift, ellers omtale kun i forbindelse med åpningen av kampanjen
- reportasje i Tønsberg Blad (111002) – [www.aktivrygg.no](http://www.aktivrygg.no)
- reportasje i Agderposten (160402) – [www.aktivrygg.no](http://www.aktivrygg.no)
- nyhetsinnslag TV Vestfold (111002)
- nettside, [www.aktivrygg.no](http://www.aktivrygg.no), etablert ved prosjektstart. Ble gjort interaktiv og deretter mer oppdatert fra januar 2004. Totalt har ca 20000 besøkt siden fra oppstart, med en markert økning av besøk i forbindelse med annonser i lokalavisene
- to nyutviklede informasjonsaviser våren 2005 (nr. 3 og 4)
- to nye plakater og fire nye annonser (endret lay-out) utviklet våren 2005
- annonser i alle lokalaviser i Aust-Agder og Vestfold (forut for innstikksavis nr. 3 og 4), gjennomført over en 6 ukers periode i april, mai og juni 2005
- animerte reklamefilmer om prosjektets hovedbudskap vist på alle digitaliserte kinoer i Vestfold og Aust-Agder over en 6 ukers periode våren
- artikkel om prosjektet på [www.dagbladet.no](http://www.dagbladet.no) høsten 2005
- artikkel basert på intervju av prosjektleder presentert i Medisinsk Informasjon nr3/2005
- planlegging av innslag på NRK Puls påbegynt høsten 2005. Innslag på Puls den 10. oktober og 6. februar 2006, [www.nrk.no/puls](http://www.nrk.no/puls)

Vi ser på denne lista over tiltak at det både har vært nasjonale tiltak og tiltak i innsatsfylkene. Det har vært en svakhet med dette opplegget som ikke har vært mulig å unngå.

## **Samarbeid med Idéfagskolen i Tønsberg om produksjon av infomateriell**

Dette samarbeidet belyses litt grundig for di det har gitt muligheter i prosjektet som økonomien ellers ikke ga grunnlag for.

Prosjektleder tok i oktober 2002 kontakt med Idéfagskolen i Tønsberg med tanke på bistand i forhold til utvikling av ulikt informasjonsmateriell. Dette skulle vise seg å bli et nyttig og økonomisk gunstig samarbeid.

Etter å ha blitt kjent med behovene, utlyste skolen en intern konkurranse blant studenter på de ulike studieretninger (grafisk, 3D-design, lyd, tv-produksjon, dekorasjon). Studentenes forslag til tilnærming ble presentert prosjektleder, rådgiver og styringsgruppens leder i en audition på skolen i januar 2003.

De valgte tilslutt flere formidlingskanaler; informasjonsplakater (med prosjektets 5 hovedbudskap), radioreklame (for avspilling i lokalradioer i innsatsfylkene), informasjonskort (med tips og hovedbudskap), informasjonsaviser (som innstikk i lokalaviser i innsatsfylkene), samt 3D-animerte kortfilmer (for visning på lokale kinoer og lokal-TV). Studentene ble veiledet av skolens lærere, som igjen ble tett fulgt opp av prosjektleder Erik Lindh og Hans Otto Engvold (rådgiver, Nasjonalt Ryggnettverk).

Totalt bidro idéfagskolen med følgende innsatser:

- utvikling av fire ulike informasjonsaviser
- utvikling av syv ulike annonser for innrykk i aviser
- utvikling og produksjon av tre ulike radiojangler, 10 – 30 sek. lange
- utvikling og produksjon av tre ulike 3-D animerte informasjonsfilmer (30 sek. lange)
- utvikling og oppfølging i forbindelse med produksjon av informasjonskort, stativ og ”ryttere” (etter en idé fra Working Backs, Scotland)
- utvikling av i alt 7 ulike plakater (50x70) med hovedbudskap
- utvikling av prosjektets logo
- utvikling av mal for powerpoint presentasjoner
- utvikling og produksjon av klistremerker med prosjektets logo
- produksjon av ”boards” med prosjektets logo til eksponering ved lokale arrangementer
- dekorasjon og klargjøring/utforming av lokaler ved åpning av befolkningskampanjen i 2003 (Arendal og Sandefjord)

Samarbeidet med Idéfagskolen, har vært meget givende. Skulle prosjektet innhentet tilbud på tilsvarende prosjekter blant profesjonelle byråer ville kostnadene gått langt utover prosjektets budsjett!

Det er grunn til å nevne innsatsen til studentene Jan Svalland og Einar Dunsæd . I forbindelse med utviklingen av 3D-animasjonsfilmene utviste disse to en sterk innsats og motivasjon. Sluttproduktet holdt svært høy teknisk kvalitet. Både animasjonsfilmene og de forskjellige plakatene er å finne på [www.aktivrygg.no](http://www.aktivrygg.no)

### ***Drøfting av gjennomføring og prioriteringer***

Det er vanskelig å vite hva som fungerer av befolkningskampanjer. I T<sub>1</sub>-undersøkelsen (april 04) svarer 30,7 % i Vestfold ja til at de kan huske å ha registrert en kampanjepreget informasjon om ryggplager på kino, i aviser, radio eller på plakater det siste året. I juni 2005 (T<sub>2</sub>) var andelen 36,5 %. I Aust-Agder er de tilsvarende andeler 27,4 % og 41,1 %, mens i

kontrollfylket Telemark er tallene 15,5 % og 14,1 %. Resultatene var så vidt klare i T<sub>1</sub> målingen at styringsgruppa bestemte seg for å kjøre et tilsvarende opplegg vår 2005.

Vi har sett nærmere på utviklingen av ”riktige ryggholdninger” i innsatsfylkene og kontrollfylket i T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub> og T<sub>2</sub>. Særlig har vi sett på de holdninger som må antas å være avgjørende for om folk fortsetter å gå på jobb eller ikke. Vi definerer da riktig ryggholdninger som summen av:

Andelen som er enig i utsagnene:

- Ryggplager leges best av seg selv
- I de fleste tilfeller går ryggsmertene over av seg selv etter noen uker
- Man blir fortere bedre i ryggen hvis man fortsetter i jobben, eller går tilbake så raskt som mulig

Og andelen som er uenig i utsagnet:

- Ryggsmertene skal behandles med ro og hvile til de går over

Hvis vi ser på sum av ”riktige ryggholdninger” i befolkningen i innsatsfylkene Vestfold og Aust-Agder får vi følgende bilde:

**Tabell for utviklingen i riktige ryggholdninger i innsatsfylket Vestfold**

Innsatsfylket Vestfold	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>
1 Ryggplager leges best av seg selv	22 %	26 %	26 %
2. I de fleste tilfeller går ryggsmertene over av seg selv etter noen uker	41 %	45 %	47 %
3. Man blir fortere bedre i ryggen hvis man fortsetter i jobben, eller går tilbake så raskt som mulig	41 %	43 %	47 %
4. Ryggsmertene skal behandles med ro og hvile til de går over (uenig)	43 %	45 %	56 %
Gjennomsnitt av ”riktige ryggholdninger” 1+2+3+4 delt på 4	37 %	40 %	44 %

Det har vært en økning i riktige ryggholdninger fra 37 % til 44 %, dvs. en relativ vekst på 18,9 %. Vi ser at utviklingen har vært stabilt positiv fra T<sub>0</sub> til T<sub>1</sub> til T<sub>2</sub> for alle de fire påstandene/holdningene.

**Tabell for utviklingen i riktige ryggholdninger i innsatsfylket Aust-Agder**

Innsatsfylket Aust-Agder	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>
1 Ryggplager leges best av seg selv	22 %	24 %	29 %
2. I de fleste tilfeller går ryggmerter over av seg selv etter noen uker	46 %	43 %	50 %
3. Man blir fortere bedre i ryggen hvis man fortsetter i jobben, eller går tilbake så raskt som mulig	35 %	36 %	46 %
4. Ryggmerter skal behandles med ro og hvile til de går over (uenig)	45 %	49 %	51 %
Gjennomsnitt av "riktige ryggholdninger" 1+2+3+4 delt på 4	37 %	38 %	44 %

Det har vært en økning i riktige ryggholdninger fra 37 % til 44 %, dvs. en relativ vekst på 18,9 %. Også her ser vi at utviklingen har vært stabilt positiv fra T<sub>0</sub> til T<sub>1</sub> til T<sub>2</sub> for alle de fire påstandene/holdningene – med ett unntak. Vi ser også at nivået og utviklingen i befolkningen i Vestfold og Aust-Agder er nokså lik. Vi ser også at økningen har vært sterkere fra T<sub>1</sub> til T<sub>2</sub> enn fra T<sub>0</sub> til T<sub>1</sub>.

Vi skal også se på utviklingen i befolkningen i kontrollfylket Telemark

**Tabell for utviklingen i riktige ryggholdninger i kontrollfylket Telemark**

Kontrollfylket Telemark	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>
1 Ryggplager leges best av seg selv	20 %	21 %	20 %
2. I de fleste tilfeller går ryggmerter over av seg selv etter noen uker	42 %	41 %	43 %
3. Man blir fortere bedre i ryggen hvis man fortsetter i jobben, eller går tilbake så raskt som mulig	36 %	31 %	40 %
4. Ryggmerter skal behandles med ro og hvile til de går over (uenig)	46 %	42 %	46 %
Gjennomsnitt av "riktige ryggholdninger" 1+2+3+4 delt på 4	36 %	34 %	37 %

Utgangspunktet i T<sub>0</sub> avviker lite fra utgangspunktet i Vestfold og Aust-Agder. Men utviklingen i T<sub>1</sub> og T<sub>2</sub> er minimal. Fra T<sub>0</sub> til T<sub>1</sub> er det en tilbakegang i riktige holdninger,

mens det er en fremgang fra T<sub>1</sub> til T<sub>2</sub>. Fra T<sub>0</sub> til T<sub>2</sub> er det en gjennomsnittlig positiv utvikling fra 36 % til 37 %, dvs. en relativ økning på 2,8 %.

Dette er altså et helt annet bilde enn i innsatsfylkene. En viss økning er naturlig også i kontrollfylket med all den omtale akutt korsryggsproblematikk har fått i de nasjonale media i perioden (april 2002 til juni 2005). Også forskningen i prosjektet har i en vitenskapelig publikasjon basert på holdningsspørsmålene i befolkningen konkludert med en signifikant endring i holdninger i intervensjonsfylkene i retning av budskapene i kampanjen, som ikke har funnet sted i kontrollfylket.

### **7.4.3. Ryggen i Trygden**

Trygdeetaten er en viktig aktør for ryggpasienter med langvarige og/eller hyppige ryggplager. Det er viktig at etaten og den enkelte saksbehandler møter pasientene med de samme holdninger og den samme informasjon som prosjektet ønsker implementert for øvrig.

*Metoden* i prosjektet er:

- undervisning av trygdeansatte inneholdende generell prosjektorientering med spesiell vekt på bedriftsmodellen og bruk av egenmeldingsdager vs. arbeidsgiverperiode. Informasjonsmaterieell utdelt for eksponering overfor kunder/brukere
- utarbeide planer og retningslinjer for trygdeansatte

*Følgende er gjennomført:*

- informasjonsmøter med fylkestrygdekontorene i begge innsatsfylker høst 2001, vår 2002, høst 2003/vår 2004
- informasjonsmøter for samtlige trygdesjefer i Vestfold i regi av Vestfold fylkestrygdekontor, våren 2002 og høsten 2003
- møter med Trygdeetatens Arbeidslivsentra i begge fylker våren 2002, gjentatt høst 2002, våren 2004 og høst 2005
- informasjons- og orienteringsmøte i Rikstrygdeverket (RTV) juni 2002 (Forsøksvirksomheten for trygdesektoren)
- informasjonsmøter på følgende lokale trygdekontor høsten 2003 og våren 2004: Larvik, Sandefjord, Horten, Holmestrand, Hof og Sande. Trygdemyndighetene i Aust-Agder har ikke respondert på tilbud fra prosjektleder til tross for purringer
- plakater, aviser og informasjonskort som for helsevesenet og befolkningen
- trygdeansatte deltok på tverrfaglige kurs sept 02 (A-A) og jan 03 (VF).
- søknad om et incentivprosjekt; et "spin-off" prosjekt av Aktiv Rygg, med hensikt å måle hvilken effekt takstplakater og eksisterende refusjonsordninger har for valg av behandling, sett i forhold til de anbefalinger som gis i "Akutte korsryggsmerter – tverrfaglige kliniske retningslinjer". I møte mellom prosjektledelse og fylkestrygdekontor i september 2002, ble ideen om et slikt prosjekt luftet. Aktiv Rygg ble gitt i oppgave å jobbe frem en skisse. Preliminær prosjektbeskrivelse og problemstillinger/forskningsspørsmål ble utarbeidet av prosjektleder og oversendt Vestfold fylkestrygdekontor for videre behandling i september 2002. Vi fikk aldri svar.
- informasjonsmøte om eventuell videreføring av Aktiv Rygg i nytt prosjekt for Arbeidslivsenteret i Vestfold og Vestfold Fylkestrygdekontor, juni 2005

- Vestfold Fylkestrygdekontor med initiativ for å benytte Aktiv Rygg aktivt i deres arbeid overfor Reaktiveringsteamene i Vestfold, vedtatt samarbeid høsten 2005
- 1. kurs for Reaktiveringsteamene i Vestfold avholdt september 2005

### *Drøfting av gjennomføring og prioriteringer*

Trygdemyndighetene har vært holdt kontinuerlig orientert om prosjektet hele tiden

Våren 2004 prøvde prosjektet med adresse trygdemyndighetene at bedriftene skulle få opplyst om personer som ble sykemeldt med diagnose "akutte korsryggsmerter" i innsatsbedriftene for at bedriftene skulle kunne følge disse opp. Dette ble avslått p.g.a. personvern hensyn. Rådet var i stedet å ta kontakt med bedriftens IA-kontakt ved Arbeidslivssenteret. Dette medførte at IA-kontaktene har vært med på møter i bedriftene i juni 2004, november 2004 og november 2005. Dermed har IA-innsatsen og AR-innsatsen blitt bedre koordinert i de 5 bedriftene som er IA-bedrifter. Det ser ut til at så vel bedrift, IA-kontakter og Aktiv Rygg har vært vel tilfreds med dette. To tema har gått igjen i drøftingene: Å unngå sykefravær og bruk av arbeidsgiverperioden.

Målet for IA, AR og BHT-arbeidet er å få ned sykefraværet. AR har reist spørsmålet om det er vel så viktig å sette fokus på å unngå sykefravær. Hagen & Thune (1998) fant at median for varighet av sykefravær var 59 dager for de med utstrålende smerter og 38 dager for de uten utstrålende smerter (3). Ved bruk av aktiv sykmelding eller gradert sykmelding kan vi forhindre sykefravær, totalt fravær p.g.a. sykdom. Særlig hvis dette kombineres med aktiv tilrettelegging og/eller hel eller delvis omplassering p.g.a. ryggplagene, ser det ut til at mye fravær kan unngås.

Følgende problemstilling har vært mye diskutert i møtene med bedriftene: Et sykemeldingsforløp starter med arbeidsgiverperioden (16 dager). Man får lett det inntrykk at Trygden og bedriften spleiser på en lengre sykmelding. Burde ikke heller arbeidsgiverperioden tenkes som en periode for å klare arbeidsfatholdelse, en periode der leder og ansatt satser på mestring av situasjonen (om nødvendig sammen med en eller flere helseaktører), en periode der det fokuseres på fordelene ved å klare å mestre/holde seg frisk (ikke minst for den med plagene) – fordelene er så stor at flere tiltak bør settes inn om nødvendig. Dette ble ytterligere aktualisert med nye regler for sykemelding fra 1.7.04<sup>4</sup>. Disse legger samme vekt på å finne løsninger på et tidlig stadium i bedriftene som Aktiv Rygg har vært opptatt av.

Kontakten med fylkestrygdekontorene i Vestfold og Aust-Agder – og etter hvert Arbeidslivssentrene i de samme fylkene har vært nyttig. Ikke minst har bedriftene satt pris på at kontaktene med AR, BHT og IA har vært samordnet. Det er også fortsatt kontakt om muligheter for at Trygdemyndighetene kan støtte den korte tiltakssløyfe (direkte fra bedrift til satellitt) i oppfølgingsprosjektet "I bedrift".

#### **7.4.4. Ryggen i Arbeid**

Dette delprosjektet er et utviklet konsept, hvor det som nevnt er etablert et aktivt samarbeid med i alt 6 deltagende bedrifter med ulik profil og størrelse. Det er tre bedrifter i Vestfold og tre bedrifter i Aust-Agder, med til sammen 4400 ansatte. Konseptet innebærer at det på hver

<sup>4</sup> Nye regler for sykemelding ble gjort gjeldende fra 1.7.04. [Besl O nr 91 \(2003-2004\)](#)

bedrift er etablert en *Mestringskontakt*. Noen av bedriftene har sett behov for utvidelse av dette, slik at Sørlandet Sykehus HF, Arendal har tre Mestringskontakter, og har vurdert utvidelse til fire, Nymo har tre og arbeider med et system med tillitsvalgte som MK på hvert arbeidsområde, mens Color Line, Vestfoldlinjene har ti Mestringskontakter og Gard har to. Også Norautron og Jotun har vurdert å ha flere enn en kontakt.

Konseptet er slik at når en ansatt i bedriften opplever ryggplager, skal vedkommende fortrinnsvis oppsøke Mestringskontakten – før han oppsøker helsevesenet. Mestringskontakten er av prosjektet kurset i å kunne trygge vedkommende på smertenes ufarlighet og påpeke den gode spontanprognosen, I tillegg skal mestringskontakten kunne tilby den ansatte lettelse i arbeidet, eventuelt midlertidig omplassering i bedriften, mens ryggen er vond. Målsettingen er at den ansatte erfarer at ryggplagene faktisk går raskere over ved å holde seg i aktivitet, fremfor en passiv sykmeldingsperiode.

Konseptet har blitt forankret i toppledelsen i alle bedriftene, slik at Mestringskontaktene har en reell posisjon med hensyn til å kunne gi lettelse og tilrettelegge for annet arbeid i bedriften for den aktuelle periode.

Mestringskontaktene er som beskrevet ovenfor ikke helsepersonell, og tilbyr naturligvis ikke undersøkelse og behandling. Dette innebærer at en ansatt som oppsøker Mestringskontakten forutsettes å gjenkjenne de aktuelle smertene fra tidligere episoder, som ufarlige og selvtilhelende. Ved tvil om mulig sykdom, vil vedkommende bli oppfordret til å kontakte sin fastlege. Dette hindrer imidlertid ikke at den ansatte kan komme tilbake til Mestringskontakten for å få den oppfølgingen konseptet tilbyr.

I tillegg til å møte enkelte arbeidstakere som opplever akutte ryggmerter, har mestringskontaktene hatt viktige oppgaver med å spre informasjon i bedriftene; gjennom intranett, ved å henge opp og rullere plakater, ved utdeling av innstikksaviser og ikke minst ved å arrangere møter der prosjektleder har informert om Aktiv Rygg.

*Metoden i prosjektet er:*

- regelmessig kontakt med toppleder i hver bedrift
- etablering av mestringskontakt i hver bedrift
- etablere et nettverk av mestringskontaktene – skape kontaktarenaer for disse
- undervisning og gruppeveiledning av mestringskontaktene
- stimulere gjennom mestringskontaktene til økt kunnskap om ryggmerter blant de ansatte i bedriftene
- informasjonsmateriell, inkludert postere, til oppslag i bedriftene
- informasjon lagt ut på interne elektroniske nettverk
- regelmessig evaluering av hvordan intervensjonene fungerer

**Følgende er gjennomført:**

- Det er oppnevnt Mestringskontakter i de seks deltagende bedrifter:

<i>Navn bedrift</i>	<i>Antall ansatte Ved oppstart<sup>5</sup></i>	<i>Fylke</i>	<i>Mestringskontakt(er)</i>
<i>Jotun A/s</i>	<i>900</i>	<i>Vestfold</i>	<i>Ingebjørg Vindal, fra mai 04: Kari Abrahamsen</i>
<i>Norautron A/S</i>	<i>210</i>	<i>Vestfold</i>	<i>Morten Arntsen</i>
<i>Color Line A/S</i>	<i>1050</i>	<i>Vestfold</i>	<i>Bjørn Dalene, Bente Tangaard, Gerd Koren, Kaare Mathiesen, Espen Kamfjord, Øyvør Vestad, Jon Olav Sääv, Kåre Bryntesen, Jan Erik Andreassen, Bjørn Are Nilsen</i>
<i>Nymo A/S</i>	<i>360</i>	<i>Aust-Agder</i>	<i>Ove Olsen, Kaare Haugen, Jan Liseth</i>
<i>Gard A/S</i>	<i>160</i>	<i>Aust-Agder</i>	<i>Frøydis Ryffel, Åsne Finneid</i>
<i>Sørlandet sykehus Arendal</i>	<i>1825</i>	<i>Aust-Agder</i>	<i>Anne Brit Evensen, Pirjo Toyryla, Anders Venaas</i>

- kurs for Mestringskontaktene: (april, august, november i 2002, april, mai, oktober, november i 2003, februar i 2004, mars og desember 2005)
- oppfølging gjennom personlige besøk i bedriftene av prosjektleder og prosessveileder: (august og oktober 2001, januar, februar, april, juni og desember 2002, september 2003, juni og november 2004, november 2005)
- strukturert intervju av ledere og Mestringskontakter i alle bedriftene i perioden desember/januar 2002/03, september/oktober 03, april/mai -04. Det foreligger rapporter fra alle rundene (vedleggshäfte)
- bedriftsinterne informasjonsmøter ved prosjektleder for ansatte ved Color Line (3x3 ganger, land og sjø), Nymo (1 gang), SSHF-A (1 gang)
- informasjonmateriell fordelt bedriftene våren 2002 og våren 2005. I tillegg supplert ved behov
- gjennomføring av spørreundersøkelse blant alle ansatte i april 2002 (T<sub>0</sub>), mars 2004 (T<sub>1</sub>) og mai/juni 2005 (T<sub>2</sub>)
- oppfølgingsmøter alle bedrifter forsommer 2002
- enkeltbedrifter er i tillegg besøkt ved behov; SSHF-A i nov. 03 og mars 04 (orientering for ny ledelse), Nymo i sept. 03 og mars 04 (orientering for ansatte), juni 04 (Jotun, ny Mk.), Jotun i august 04 (kurs for tillitsvalgte) og september 05 (orientering AMU), Color Line i mai 04 og februar 05
- I Color Line er det gjennomført informasjonsmøter for alle ansatte, både om bord i alle båter og på landsiden, februar-august 02, gjentatt mars/april 04 og februar 2005

<sup>5</sup> Antall ansatte her er oppgitt av bedriftene og avviker noe fra RTVs data som de måler sykefravær mot, s.18.

## *Drøfting av gjennomføring og prioriteringer*

### **Kjennskapet til mestringskontaktene**

T<sub>2</sub> viser at 51 % av de ansatte i innsatsbedriftene i Vestfold og 36 % av de ansatte i bedriftene i Aust-Agder vet at bedriften har mestringskontakt. Andelen som har benyttet seg av denne kontakten er henholdsvis 5 % og 4 %. Som kontaktpersoner er altså mestringskontaktene benyttet i liten grad. Mestringskontaktene har på den annen side hatt mye av ansvaret for informasjon til ansatte via intranett, plakater, kortholdere mv. De har også formidlet prosjektleder til orienteringsmøter.

Har denne virksomheten gitt resultater i form av endrede holdninger i bedriftene?

Som for befolkningen har vi derfor sett nærmere på utviklingen av ”riktige ryggholdninger” i bedriftene fra 2002- til 2005-undersøkelsen. Også her har vi særlig sett på de holdninger som må antas å være avgjørende for om folk fortsetter å gå på jobb eller ikke.

### **Tabell for utviklingen i riktige ryggholdninger i innsatsbedriftene i Vestfold**

<b>Innsatsbedriftene i Vestfold; Color Line, Jotun, Norautron – gjennomsnitt</b>	<b>T<sub>0</sub></b>	<b>T<sub>1</sub></b>	<b>T<sub>2</sub></b>
1 Ryggplager leges best av seg selv	10 %	15 %	18 %
2. I de fleste tilfeller går ryggmerter over av seg selv etter noen uker	26 %	34 %	42 %
3. Man blir forttere bedre i ryggen hvis man fortsetter i jobben, eller går tilbake så raskt som mulig	17 %	31 %	40 %
4. Ryggmerter skal behandles med ro og hvile til de går over (uenig)	35 %	51 %	53 %
Gjennomsnitt av ”riktige ryggholdninger” 1+2+3+4 delt på 4	22 %	33 %	38 %

Det har vært en økning i riktige ryggholdninger fra 22 % til 38 %, dvs. en relativ økning på 72,7 %. Og vi ser at utviklingen har vært stabilt positiv fra T<sub>0</sub> til T<sub>1</sub> til T<sub>2</sub> for alle de fire påstandene/holdningene.

**Tabell for utviklingen i riktige ryggholdninger i innsatsbedriftene i Aust-Agder**

Innsatsbedriftene i Aust-Agder; Gard, Nymo, Sørlandet sykehus, Arendal	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>
1 Ryggplager leges best av seg selv	14 %	19 %	23 %
2. I de fleste tilfeller går ryggsmertene over av seg selv etter noen uker	34 %	43 %	49 %
3. Man blir fortere bedre i ryggen hvis man fortsetter i jobben, eller går tilbake så raskt som mulig	19 %	36 %	40 %
4. Ryggsmertene skal behandles med ro og hvile til de går over (uenig)	48 %	63 %	65 %
Gjennomsnitt av "riktige ryggholdninger" 1+2+3+4 delt på 4	29 %	40 %	44 %

Det har vært en økning i riktige ryggholdninger fra 29 % til 44 %, dvs. en relativ økning på 51,7 %. Og vi ser at også her har utviklingen vært stabilt positiv fra T<sub>0</sub> til T<sub>1</sub> til T<sub>2</sub> for alle de fire påstandene/holdningene.

**Sammenligning av økning i "riktige ryggholdninger" i innsatsbedriftene og i befolkningen**

Økning i riktige ryggholdninger i:	Relativ økning i prosent fra T <sub>0</sub> til T <sub>2</sub>
1. Innsatsbedriftene i Vestfold	72,7
2. Innsatsbedriftene i Aust-Agder	51,7
3. Befolkningen i Vestfold	18,9
4. Befolkningen i Aust-Agder	18,9
5. Befolkningen i kontrollfylket Telemark	2,8

Som tabellen viser har det vært en mye sterkere økning i riktige ryggholdninger i de 6 innsatsbedriftene enn i befolkningen i innsatsfylkene og kontrollfylket. Det ser altså ut til at informasjonsarbeidet i bedriftene har gitt gode resultater, og mestringskontaktene har spilt en betydelig rolle i denne sammenheng.

Før siste måling i juni 2005 (T<sub>2</sub>) vedtok Styringsgruppa å prioritere satsingen på informasjonsarbeidet i bedriftene og mot befolkningen.

## 7.5. Oppsummering av implementeringsarbeidet

Som denne oversikten viser har det vært gjennomført en rekke tiltak på de fire delområdene. Prioritering og omfang av tiltak har blitt vurdert kontinuerlig av styringsgruppa ut fra responser som er gitt og effekter som er blitt studert underveis (T<sub>1</sub> målingene). Prosjektleder Erik Lindh har nedlagt et stort og systematisk arbeid med dette, bl.a. har han besøkt alle bedriftene i forbindelse med datainnsamlingene og samtidig informert om prosjektet. Det er gitt mange tilbakemeldinger til undertegnede på at hans informasjonsrunder med bedrifter, mestringskontakter, trygdepersonell m.v. har blitt meget positivt mottatt, noe også de mange henvendelser til Aktiv Rygg viser.

Aktiv Rygg har valgt en strategi med å gå samtidig ut med informasjon til befolkningen, helsevesenet, innsatsbedrifter og til trygdeansatte. Det ser ut til at virkningene og oppslutningen har vært størst i bedriftene der også innsatsen har vært størst. Å forandre holdninger og praksis blant helsepersonell ser ut til å være tid- og ressurskrevende. Det samme gjelder for informasjon til befolkningen. Styringsgruppa valgte derfor i innspurten å prioritere bedriftsopplegget, men supplert med de mest effektive tiltak mot befolkningen - innstikksavis, annonser og nye plakater

Bedriftsopplegget har også avklart nødvendigheten av samspill mellom bedrift, den ansatte med ryggplager og helseaktør for å oppnå resultater, se kapittel 8. Ulempen med å satse for ensidig på bedrifter er at det opplegget bare når de som er ansatt i de deltakende bedrifter, og det vil være kostbart å ha et stort antall intervensjonsbedrifter hvis opplegget skal være så omfattende som i dette prosjektet. Men med kunnskapene ervervet her vil opplegget mot bedriftene i et eventuelt større prosjekt kunne effektiviseres betydelig med krav om større deltakelse fra ledere på alle nivå, oppnevning av flere mestringskontakter og med mer målretting av informasjonen.

## 7.6. Forskningsprosjekter

Et samfunn i stadig utvikling vil alltid påvirke og vanskeliggjøre longitudinelle studier som tar sikte på å måle endringer i kunnskap, holdninger og atferd. Partene i arbeidslivet tok initiativ til Inkluderende Arbeidsliv omtrent samtidig som prosjektet Aktiv Rygg ble lansert. Et av prosjektfylkene, Vestfold, har inngått i "Henvisningsprosjektet", som har gitt manuellterapeuter og kiropraktorer økte rettigheter som primærbehandlere. Dessuten pågår en kontinuerlig økt informasjonsstrøm om ryggglidelser i regi av Nasjonalt Ryggnettverk, til hele landet. Enkelte debatter har fått stor nasjonal dekning.

Vi mener likevel at det har vært mulig å utforme forskningsprosjektene slik at det skal være mulig å måle eventuelle effekter av Aktiv Rygg. Det er under arbeid tre spesifikke forskningsprosjekter med utgangspunkt i de fire delprosjektene.

### 7.6.1 Kunnskap, holdninger og atferd i befolkningen, blant ansatte og blant helseaktører

Prosjektet tar særlig utgangspunkt i delprosjektene "Ryggen i hverdagen" og "Ryggen i helsevesenet" og "Ryggen i bedriften"

*Formålet* er å måle hvorvidt disse tre delprosjektene faktisk fører til endringer i målgruppenes KAP. Det dreier seg her om den generelle befolkning, uavhengig av hvorvidt man selv har erfart ryggplager eller ikke. Tanken er at dersom det generelle kunnskapsnivået i befolkningen, blant ansatte og blant de aktuelle helseprofesjonene øker, vil dette kunne

påvirke både graden av egenomsorg og tiltak som eventuelt iverksettes i møte med helsevesenet dersom ryggplager senere oppstår. Det er også slik at venner, kolleger og familie er viktige kunnskaps- og holdningspåvirkere i forhold til den som opplever ryggplager, slik at en befolknings generelle kunnskap og holdninger må antas å få betydning for atferd hos den som opplever ryggsmertesmerter.

Kunnskap og holdninger baserer seg på spørsmål i spørreskjema og telefonintervju som tar utgangspunkt i de nevnte Deyo's 7 myter, samt de fem spissformuleringene prosjektet har uttrykt på plakater og reklamemateriell. Atferden måles i forhold til informantens angivelse av hva man faktisk gjorde sist man hadde ryggplager (befolkningen/ansatte) eller hva man ville gjøre i tenkte tilfeller (helseaktørene).

### **7.6.2. Atferd hos de som opplever ryggsmertesmerter**

Prosjektet omfatter alle delprosjektene; "Ryggen i hverdagen, i trygden, i helsevesenet og i arbeidslivet"

*Formålet* er å måle hvorvidt disse fire delprosjektene faktisk fører til endringer i ryggpasienter og helseaktørs atferd/praksis. Tanken er at målgruppene påvirker hverandre, og at en intervensjon mot alle grupper samtidig, er bedre enn en intervensjon bare rettet mot den ene gruppen. Man kan tenke seg at en ren befolkningskampanje utløser motkrefter hos profesjonelle yrkesutøvere som føler sin status og profesjonsutøvelse truet, og at en kampanje utelukkende rettet mot helseaktørene i liten grad endrer praksis fordi pasientenes forventninger forblir de samme, og det oppleves som liten gevinst i å endre innarbeidede rutiner. Bedriften må også forventes å være en sterk aktør i dette bildet, fordi den kanskje har størst utbytte av å få utviklet nye holdninger og ny praksis, særlig i forhold til sykefravær. Ryggpasienter som opplever langvarig arbeidsuførhet vil også komme i kontakt med trygdeetaten, og det er derfor viktig at saksbehandlere her har samme kunnskap og holdninger. Ved at målgruppene får samme informasjon, men tilrettelagt og presentert på ulike måter, håper man å oppnå en økt kunnskap hos alle parter som gir en felles forståelse og felles forventning om tiltak som er mer i tråd med den vitenskapsbaserte kunnskap.

*Metode og materiale* i dette prosjektet vil være

- generell sykefraværstatistikk for årene 2001, 2003 og 2005 i landet som helhet, og i de to prosjektfylkene og kontrollfylket spesielt
- ryggrelatert sykefraværstatistikk for de samme årene i de samme populasjonene
- trygderefusjoner til legebesøk og behandling hos fysioterapeut og kiropraktor knyttet til ryggspesifikke diagnosekoder
- antall ryggrelaterte billeddiagnostiske undersøkelser for årene 2001, 2003 og 2005

Som nevnt innledningsvis vil det særlig i forhold til sykefraværstatistikk være svært vanskelig å skille ulike effekter fra hverandre. Sykefraværet er naturlig sterkt påvirket av forhold i arbeidsmarkedet, og en rekke andre faktorer. Det har dessuten pågått flere andre tiltak samtidig for å få ned det generelle sykefraværet. Ved å sammenligne de to prosjektfylkene med kontrollfylket Telemark, utviklingstrender for hele landet og hvert fylke mot seg selv, og i tillegg knytte dette til ryggspesifikke diagnoser, mener vi det skal være mulig å indikere endringer som lar seg knytte til Aktiv Rygg.

### **7.6.3. Kunnskap, holdninger og atferd blant ansatte i prosjektbedrifter**

Prosjektet knytter seg spesifikt opp til delprosjektet Ryggen i Arbeid, og vil vise hvorvidt intervensjonen med mestringskontakter i bedriftene er en modell som bidrar til å endre holdninger, øke egenmestring og redusere sykefravær. Dette er en direkte utprøving av punktbudskap nr. 5, som fastslår at den som forblir yrkesaktiv med sine ryggplager, tilheler raskere.

*Formålet* med dette prosjektet er å vise hvorvidt en ordning med mestringskontakt i bedriften skaper andre holdninger og øker kunnskapen om ryggplager, og hvorvidt ordningen fører til endringer i sykefravær i bedriften. Mestringskontaktene har både en oppgave som mulig førstekontakt når plager oppstår og som ansvarlig for et informasjonsprosjekt ut til alle ansatte.

*Metode og materiale* i dette prosjektet vil være

- rapporter fra mestringskontaktene om antallet henvendelser, midlertidige omplasseringer i bedriften, hvor mange som likevel oppsøkte helsevesenet etter kontakt med mestringskontakten etc.
- totalt og ryggrelatert sykefravær i bedriften i årene 2001, 2003 og 2005
- spørreskjema til alle ansatte (i 14 bedrifter)
- 6 innsatsbedrifter (3 i hvert fylke), hvorav fem er IA-bedrifter og en ikke har inngått IA avtale og 8 kontrollbedrifter,
- prosjektets utgifter knyttet til etablering, opplæring og oppfølging av mestringskontakter

Det knytter seg stor spenning til dette delprosjektet, som ifølge vår kunnskap er unikt. Intervensjonen med mestringskontakt blir noe annet enn en bedriftshelsetjeneste, fordi mestringskontaktene i større grad fokuserer på restarbeidsevne/muligheter for å stå i arbeid, og ikke på lidelse og smerte. Grunntanken er mye i tråd med Inkluderende Arbeidsliv, men den ansatte vil i vårt konsept oppleve en større nærhet til hjelpetiltaket – som altså ikke er rettet mot selve ryggsmerten, men mot tilpasninger til fortsatt yrkesaktivitet. Å unngå sykefravær der det er mulig vil være det sentrale fokus. Vår erfaring er at Aktiv Rygg har satt et skarper fokus på det å unngå sykefravær, når mulig, enn det IA gjør – de kommer først inn for fullt ved rehabilitering.

## **7.7. Resultater**

Den samlede mengde av forskningsdata beskrevet gjennom de tre forskningsprosjektene, vil ventelig gi kunnskap om hvorvidt prosjektet Aktiv Rygg har vært hensiktsmessig i forhold til å:

- øke den generelle kunnskap om ryggplager i befolkningen generelt
- øke graden av egenmestring hos de som opplever ryggsmertesmerter
- endre de aktuelle helseprofesjonenes behandling og budskap til ryggpasienter
- redusere forbruket av helsetjenester i forhold til ryggplager
- redusere ryggrelatert sykefravær
- sette bedriftene i stand til å utvikle holdninger og tilrettelegging slik at sykefravær unngås og/eller at sykmeldte kommer raskere tilbake
- sikre kommunikasjon mellom individ, bedrift og helseaktør slik at sykefravær unngås og/eller at sykemeldt kommer raskere tilbake

- redusere samfunnets samlede utgifter knyttet til ryggplager

I tillegg til de ovenstående tre forskningsprosjektene, vil det være mulig å undersøke hvert delprosjekt mer spesifikt i en analyse av delprosjektets hensiktsmessighet, og i et kostnad/nytte - perspektiv. Særlig vil dette være aktuelt for delprosjektet Ryggen i Arbeid.

Forskningen i Aktiv Rygg inngår som grunnlaget for forskningsansvarlig, Erik L. Werners doktorgradsarbeid. Grunnlagsdataene (T<sub>0</sub>) resulterte i to vitenskapelige artikler, publisert i hhv *Spine* og *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* i 2005 (12,13). Den første resultatartikkel, basert på holdningsendringene i befolkningen, er innsendt til vurdering i *Spine*.

Det planlegges ytterligere en resultatartikkel, basert på sykefravær og endringer i atferd ved ryggplager. Videre er det studert *hvilke* grupper av befolkningen det er som endret holdning, og det vil bli gjort analyser av helseaktørene og bedriftsintervensjonen. Dr. Werner er også med i en internasjonal gruppe, ledet av førsteforfatteren for Australia-prosjektet (professor R. Buchbinder), som sammen analyserer det teoretiske grunnlaget og kjennetegn ved mediekampanjer for ryggplager. Resultater er fortløpende presentert i møter i styringsgruppa, samt i norske vitenskapelige fora.

## 8. Bedriftsmodellen. Hva har evalueringene vist?

Bedriftsmodellen er blitt positivt mottatt i bedriftene. Både lederne og de ansatte har uttrykt at dette er en spennende ordning og en spennende tenkning.

Prosessveileder har vært rundt og intervjuet toppleder og Mestringskontaktene i tre runder:

- Intervjuer desember/januar 2002/03                      rapport januar 2003
- Intervjuer september/oktober 2003                      rapport oktober 2003
- Intervjuer april/mai 2004                                      rapport juni 2004

De 3 rapportene er med i vedleggsheftet.

Følgende er registrert i intervjuene: Omorganiseringer, permitteringer, sykefraværets utvikling, hvordan MK'enes rolle utvikler seg, forandringer i bedriftshelsetjenesten og om bedriftene har blitt IA-bedrifter.

### 8.1. Det har skjedd store forandringer i prosjektperioden på mange områder i bedriftene:

- Det skjer omorganiseringer i alle bedriftene, særlig har Sørlandet sykehus og Norautron vært berørt. Hos Nymo har det tidvis vært store permitteringer
- Sykefraværet har økt i de fleste bedriftene som generelt i samfunnet i denne første del av prosjektperioden. Dette har snudd i samfunnet fra 1. kvartal 2004 med til dels kraftig nedgang gjennom 2004 og ut i 2005. Siste halvår har nedgangen stoppet opp.
- I alle bedrifter har det skjedd betydelige endringer i bedriftshelsetjenesten, både m.h.t. hvem som utfører den og hva som gjøres
- Fem av bedriftene (alle unntatt Color Line) ble IA-bedrifter i 2003

- Mestringskontaktens rolle og posisjon oppfattes som positiv, etter hvert i alle bedriftene, men antall ansatte som besøker dem er lite i forhold til antallet som har vondt i ryggen, og som besøker helseaktørene. Mestringskontaktene har spilt en viktig rolle i forhold til å spre informasjon, noe som igjen har ført til store holdningsendringer i bedriftene
- Det ser ut til at det er meget vanskelig å endre folks vaner m.h.t. å oppsøke sin foretrukne helseaktør (lege, fysioterapeut, kiropraktor) når de får akutt vondt i ryggen. Å lage et alternativt adferdsforløp med egenmelding og tilpasset arbeidsopplegg via mestringskontakt/leder vil være viktig for å omdanne sykefraværperioder til arbeidsfastholdelse av et eller annet slag.
- Hvis vi studerer data på tvers mellom de 6 innsatsbedriftene ser vi at det er ”forskjellige regimer” m.h.t. å sikre arbeidsfastholdelse i de deltakende innsatsbedrifter og det er innholdet i ”dette regimet” som er mest avgjørende for sykefraværet p.g.a. korsryggplager. *Det avgjørende element ser ut til å være ”følelsen av å være ønsket på jobb og arbeidsgivers vilje til å tilrettelegge”*. Dette elementet varierer sterkt mellom de deltakende bedrifter og ser ut til å påvirke sykefraværet sterkt (jfr. tabell s. 44).
- Prosjektet har gitt muligheter for at bedriftene v/Mestringskontaktene har kunnet sende folk med store ryggsmarter til kort kursing (to dager) ved SSR, Stavern. Målet har vært å avklare hva som er situasjonen, å ufarliggjøre den og drøfte hva som skal til for en normalisering av livs- og arbeidssituasjonen så snart som mulig. Dette har vært populært i bedriftene og blant de fleste som har deltatt. Ca. 25 mennesker har vært til denne type kursing. Det å ha konstant fokus på arbeidsfastholdelse, tilpassede aktiviteter og det å skape trygghet representerer en viktig tilnærming til en stor gruppe av de som har akutte korsryggsmarter.
- De ansatte benytter Mestringskontaktene i liten grad. De fleste går til fastlegen først, som før. Sykefraværet gikk både opp og ned i innsatsbedriftene fra 2002 til 2004.. Satt på spissen får disse erfaringene oss til å spørre: Fremmer helsevesenet mestrings, tilstedeværelse og arbeidsfastholdelse (slik retningslinjene tilsier at er mulig for de fleste som får akutte korsryggsmarter) eller leder det folk inn i sykefravær og/eller unødvendig behandling? Sykefraværdata i 2005 for bedriftene vil belyse dette nærmere når de kommer.
- Dette må være et spørsmål av største interesse for våre trygdemyndigheter og våre bedrifter, men også mange med akutte smerter har behov for riktig håndtering. Det har vi fått mange reaksjoner på når vi har vært rundt. ”Hadde jeg visst det dere sier nå når jeg ble rammet, så hadde jeg spart et halvt års sykefravær”, sa en. Mange har sagt noe liknende.

## 8.2. Undersøkelse blant mestringskontaktene. Hvordan har de opplevd ordningen?

På siste samling for mestringskontaktene i desember 2005 ble deres erfaringer samlet inn både muntlig og skriftlig blant de 11 som var tilstede fra 5 av bedriftene. De 11 er de mestringskontaktene som har vært aktive med i arbeidet det meste av tiden.

**Stilling i bedriften:** Verksmester, arbeidsleder, personalrådgiver, personalkonsulent, maritim personalkonsulent, personalkonsulent, matros, matros, butikkansatt, hovedverneombud, sekretær. Som planlagt ser vi at ingen har en helsefaglig rolle i bedriften.

### 1. Fornøydhet med Aktiv Rygg

a. Hvordan har du vært fornøyd med informasjonen fra prosjektet Aktiv Rygg?

Meget godt	5
Godt	6
Verken godt eller dårlig	
Dårlig	
Meget dårlig	

Kommentarer:

- *Kjapp avklaring for å få inn ansatte til "kysta". God kommunikasjon pr. mail*
- *Godt fornøyd som MK, men vanskelig å få inn budskapet i organisasjonen*
- *Har fått info gjennom MK-samlinger og internett*

b. Hva er ditt inntrykk av ordningen med mestringskontakter?

Meget godt	2
Godt	4
Verken godt eller dårlig	5
Dårlig	
Meget dårlig	

Kommentarer:

- *Kunne ønsket bedre informasjon ut til alle ansatte og bedre holdninger fra avdelingsledere*
- *Har sittet litt langt borte fra selve prosjektet og det har skapt avstand. Ordningen i seg selv veldig bra*
- *Er den mest hensiktsmessige måte og implementere et budskap på, men vi skulle nok hatt flere MK'er*
- *Veldig bra med mestringskontakt, men burde være den samme som IA-ansvarlig i bedriften*
- *Personavhengig i avdelingene*
- *Har vel ikke fungert helt som den skulle pga arbeidssituasjonen hos oss (mange permitteringer)*

c. Hva er ditt inntrykk av Aktiv Ryggs tilbud til din bedrift i sin helhet?

Meget godt	4
Godt	5
Verken godt eller dårlig	2
Dårlig	
Meget dårlig	

Kommentarer:

- *Fått veldig god oppfølging fra prosjektleder*
- *Begrensninger i å møte ledere på de forskjellige nivåene pga omorganiseringer og økonomifokus*
- *Godt organisert. Må fortsette*
- *AR har hele tiden vært villig til å holde infomøter, men det har ikke passet i alle avdelinger å få alle samlet*

## 2. Bedriftens håndtering av Aktiv Rygg

a. Hvor godt har prosjektet Aktiv Rygg vært forankret i bedriftens toppledelse?

Meget godt	4
Godt	5
Verken godt eller dårlig	2
Dårlig	1
Meget dårlig	

Kommentarer:

- *Godt i forhold til tidligere ledelse, dårlig i forhold til nåværende*
- *Aktiv Rygg har vært presentert i AMU hvor toppledelsen også deltok, og det ble godt mottatt*
- *Topp støtte av daglig leder*

b. Hvor godt har bedriften benyttet seg av tilbudene fra AR om informasjon, materiale m.v.?

Meget godt	5
Godt	2
Verken godt eller dårlig	3
Dårlig	1
Meget dårlig	

Kommentarer:

- *Info og materiale har jeg hengt opp på vegger og lagt på steder der det oftest er mange ansatte*
- *Må fortsette med informasjon*
- *Kunne nok ha vært litt mer info ut i alle avdelinger*

c. Hvor godt har mestringskontaktordningen fungert i din bedrift?

Meget godt	2
Godt	4
Verken godt eller dårlig	5
Dårlig	
Meget dårlig	

## Kommentarer:

- *De som har bedt om hjelp har fått det, men det har kanskje vært for lite oppsøkende virksomhet fra MK's side*
  - *Vanskelig å si. Har 10-15 registreringer, 1 har vært på Kysta. Har gjort mange forsøk, brukt mye energi*
  - *Jeg har hjulpet ca 4 med å gå på kurs på Kysthospitalet. Prosjektleder har også vært på samlinger i bedriften*
  - *Noe variasjon fra avdeling til avdeling*
- d. Har prosjektet Aktiv Rygg påvirket hvordan arbeidet med sykefravær håndteres i din bedrift? Eventuelt, på hvilken måte?
- *Det har blitt mer lovlig å kontakte sykmeldte (også takket være IA-avtalen). Trygghet for arbeidsgiver ved vond rygg - lettere å be folk komme på jobb når arbeidet kan tilrettelegges uten fare for at den ansatte blir dårligere*
  - *Vi har stort fokus på sykefravær, og AR har inngått i dette arbeidet. Det er positivt å være med i prosjektet – det synliggjør at vi bryr oss om å finne gode løsninger. Enda mangler det midler internt for å tilrettelegge best mulig*
  - *Blir fokusert på AR i enhver samtale om sykefravær. Tror fokuseringen har blitt enda bedre etter at vi fikk mestringskontakter om bord. Det er de som er i nær kontakt med sine kolleger til enhver tid*
  - *Fokus og informasjon viser seg å være et aktivt og bra virkemiddel. "Ryggskolen" på Kysta har vært nyttig for mange av våre – kunnskap om rygg øker bevisstheten til folk*
  - *Det har vært fokus på prosjektet stort sett hele tiden slik at AR har påvirket også under sykefravær om bord. Det har vært et eget lokalt prosjekt om bord på sykefravær*
  - *I liten grad. Har kun få ganger (5-10) blitt kontaktet av ledere der ansatte har ryggproblemer og hvor de ønsker at jeg tar kontakt med den sykemeldte*
  - *Bedriften har ikke blitt påvirket av AR, men noen er kommet til meg og har blitt videresendt til Kysthospitalet*
  - *Operatør ble tilbudt annet arbeid med oppfølging*

### 3. Har du gode tips?

Deler av Aktiv Rygg skal nå overføres til et mestringsprosjekt der arbeidsfastholdele og det å unngå sykefravær skal settes enda skarpere i fokus. Har du tips til hvordan et slik prosjekt kan gjøres best mulig.

- *Informasjon muntlig og ansikt til ansikt har nok størst effekt. Skriftlig informasjon er lettere å legge vekk. Korte videosnutter og plakater som visualiserer problemstillingen er bra*
- *Informasjon og oppsøkende virksomhet. Ufarliggjøring i forhold til lidelse. Jevnlig kontakt med den det gjelder*
- *Viktig at budskapet gjentas fra flere aktører utenfor sykehusystemet, i tillegg til MK-ordningen*

- *Bør nok markedsføre AR enda bedre og jobbe nærmere personalavdelingen. Vi er en IA-bedrift, og de to prosjekter burde være samlet i samme prosjekt slik at det blir en helhet*
- *Bruk tillitsmannsapparatet som mestringskontakter. Informer fastlegen om hva bedriften kan tilby*

### **8.3. Kontakten med bedriftene har satt fem typer spørsmål i fokus**

1. Hva gjør folk faktisk når de får akutt vondt i ryggen? Følger de gamle vaner uansett om de får ny innsikt? T<sub>1</sub>-data (april 2004) tyder på det. Her vises det at de ansatte har fått ”riktigere ryggholdninger”, men hvordan slår det ut? Er det for tidlig å forvente endret atferd? Eller må det nytenkning og nye virkemidler til?
2. IA, AR og BHT’ene har felles mål og holdninger m.h.t. å holde folk i arbeid og få folk raskt tilbake fra sykefravær. Derfor har vi invitert representanter for disse miljøene med på møter i bedrifter for å se på muligheter for felles handling og holdning i all satsing i bedriften. Dette har vært vellykket ved at det har lagt grunnlag for gode samtaler om sykefravær i alle bedriftene.
3. Det har også avdekket at AR er det prosjekt som setter skarpest fokus på å unngå sykefravær/sikre arbeidsfastholdelse. Dette har blitt ekstra interessant i forbindelse med nye regler for sykemelding. De av våre innsatsbedrifter som har lavest sykefravær får til dette, og har lenge hatt fokus på det.
4. Hvordan skape en kultur for det hos dem som ikke har fått det til? Våre erfaringer, og etter hvert evalueringer fra IA – prosjektet, viser at det krever en sammensatt og fokusert satsing over tid for å utvikle eller snu en kultur i denne retning. Derfor bør det stilles klare krav til bedrifter som skal delta i nye prosjekter om at ledere skal stå bak og at det skal informeres kontinuerlig, slik at resultater kan oppnås innen rimelig tid.
5. Det er betydelig økonomi i å få ned sykefravær. Color Line som har vært den mest aktive innsatsbedriften har store problemer med sykefravær fordi de alltid må finne erstatninger for sykmeldte på båtene, og fordi turnus er to uker på og to uker av. Ved 1,8 % nedgang i sykefraværet på Peter Wessel fra 2001 til 2003 sparte selskapet eksempelvis kr. 320.000 i sykehyre.

Alle bedriftene har snakket om at kontinuerlig informasjon om og i prosjektet er nødvendig for å påvirke folk. Informasjon må gjentas og gjentas, gjerne på nye måter. Dette ble tatt opp i handlingsplan for siste periode i prosjektet. Det ble lagt maksimalt vekt på å nå fram parallelt gjennom nye plakater, interne møter og innstikksaviser.

### **8.4. Hva gjør folk når de får vondt i ryggen?**

Mestringskontaktene har altså blitt kontaktet i liten grad i forhold til omfanget av ryggplagene. Det har gjort oss nysgjerrige på hva folk faktisk gjør når de får vondt i ryggen.

Dette har ledet oss til å sammenstille sykefraværsdata, rapportert forekomst av ryggplager, hva du gjør når du har vondt i ryggen og sum ”riktige” holdninger til ryggplager for hver av de seks intervensjonsbedriftene. Vi har sett på de holdninger som er viktigst i forhold til arbeidsfastholdelse. Da fikk vi noen resultater som overrasket, se oppsummering etter tabellen

Her presenteres først en del resultater fra april 2004-undersøkelsen som sammenlignes med april 2002 undersøkelsen. Den siste gjengis i vedlegg 5, s. 55 slik at leseren kan gå dypere inn i sammenligningene.

**Resultater fra april 2004-undersøkelsen -T<sub>1</sub> (1596 svar; Gard – 100, Nymo – 52, Sørlandet sykehus HF, Arendal – 712, Color Line – 317, Jotun – 300, Noratron 115).** I april 2002 fikk vi 1964 svar. Sykefraværdata er gjennomsnitt 2003 – fra Rikstrygdeverket

<i>Spørsmål/navn bedrift</i>	<b>Gard</b>	<b>Nymo</b>	<b>Sørlandet sykehus</b>	<b>Color Line</b>	<b>Jotun</b>	<b>Noratron</b>
0. Gjennomsnittlig sykefravær 2003 – i % -	3,52	7,69	7,75	Egne tall <sup>6</sup>	4,51	10,39
<i>Nivåforskjell</i>	100	218	220		128	295
Gjennomsnittlig sykefravær med diagnose rygg	0,48	1,34	0,75		0,31	1,57
<i>Nivåforskjell</i>	155	323	242		100	506
1. Gjennomsnittlig sykefravær 2003 – i % -	3,52	7,69	7,75	Egne tall	4,51	10,39
Andel av sykefravær med diagnose rygg	13,6 %	17,4 %	9,7 %		6,9 %	15,1 %
2. Har du selv hatt plager med ryggen? Andel i %	62	67	66	70	73	68
<i>Nivåforskjell</i>	100	108	106	113	118	110
3. Sist du hadde vondt i ryggen, hvordan vil du karakterisere plagene? Sterke/Svært sterke smerter	21	47	20	25	25	27
<i>Nivåforskjell</i>	105	235	100	125	125	135
4. Oppsøkte lege	36	34	36	37	35	51
<i>Nivåforskjell</i>	106	100	106	109	103	150
5. Ble sykemeldt, andel	10	34	16	20	11	10
<i>Nivåforskjell</i>	100	340	160	200	110	100
6. Sum ”riktige holdninger” – gjennomsnitt, <b>se def s. 26</b>	36,1	39,7	40,6	36,6	30,2	26,8
<i>Nivåforskjell</i>	89	98	100	90	75	66
7.. Mine oppfatninger om ryggplager er endret de siste 12 måneder (enig, både og, uenig)	15,6 26,0 58,3	22,0 40,0 38,0	15,2 20,1 64,7	22,9 36,0 41,1	16,3 19,1 64,7	16,8 32,7 50,5

### **Hva skjer i praksis når folk får vondt i ryggen? Oppsummering.**

Data fra de 6 bedriftene som er med i Aktiv Rygg (svar fra 1596 ansatte) viser følgende variasjoner i nøkkelparametre om hva som skjer med folk som får akutt vondt i ryggen:

<sup>6</sup> Color Line registrerer alt sykefravær på båtene i selskapet på ett arbeidsgivernummer. Dermed kan ikke båtene i Vestfoldlinjene skilles ut. I møtene med bedriften har vi derfor brukt bedriftens egne fraværstall i samtalen, men da får vi ikke fravær med diagnose rygg. Derfor tar vi ikke med Color Line tall her, fordi vi ikke kan gjøre de samme statistiske sammenligninger som for de andre bedriftene. For samtalen med firmaet har vi imidlertid hatt grunnlag som har gitt nyttige diskusjoner.

- ❖ Andelen som en eller annen gang får vondt i ryggen varierer med 18 % mellom lavest og høyest andel i de 6 bedriftene (62 % til 73 %) – variasjon i 2002: 14 %
- ❖ Andelen som karakteriserer smertene som sterke/svært sterke sist de hadde vondt i ryggen varierer med 135 % (20 % til 47 %) – variasjon i 2002: 76 %
- ❖ Andelen som har oppsøkt lege p.g.a. vondt i ryggen varierer med 50 % (34 % til 51 %) – variasjon i 2002: 42 %
- ❖ ”Summen av riktige holdninger til vondt rygg” – en konstruert indeks varierer med 34 % (100 % til 66 %)- variasjon i 2002: 32 %
- ❖ Andelen som blir sykmeldt p.g.a. vondt rygg varierer med 240 % (10 % til 34 %) – variasjon i 2002: 140 %
- ❖ Sykefraværet p.g.a. rygg varierer med 406 % (0,31 % til 1,57 %) – variasjon i 2002: 893 %

*Vi ser at sykemeldingsandel og sykefravær varierer klart mer enn de rapporterte medisinske plager gjør. Disse tallene indikerer at måten bedriften, helseaktørene og individet håndterer den enkelte pasient og seg selv på varierer mye mer enn de medisinske funn (ryggplager som rapportert). Dette bekreftes av de intervjuer vi har hatt i bedriftene med leder, personalleder, mestringskontakter og enkelte ansatte..*

## 9. Litteratur

1. Nasjonalt Ryggnettverk – Formidlingsenheten. Akutte korsryggsmerter – tverrfaglige kliniske retningslinjer. Oslo 2002.
2. Berg, O. En evaluering av Nasjonalt ryggnettverks virksomhet 1999-2003, Oslo 2003
3. Ihlebæk C, Lærum E. Plager flest – koster mest – muskel-skjelettlidelser i Norge, Nasjonalt Ryggnettverk Forskningsenheten/Formidlingsenheten – sept 2004
4. Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. “001 Volvo Award Winner in Clinical Studies: Effects of a Media Campaign on Back Pain Beliefs and Its Potential Influence on Management of Low Back Pain in General Practice. *Spine* 2001; 23: 2535-2542
5. Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *BMJ* 2001; 322: 1516-20
6. Lindh, E. Rapport fra utviklingsprosjektet, utviklingsperioden 1.5.01 – 1.2.02, Kysthospitalet 2002
7. Deyo RA. Low back pain. *Sci. Am* 1998;2:29-33
8. Sørbrøden, Ø. Rapport fra pilotstudie, Bedre Rygg – utprøvningsprosjekt, Senter for Egenutvikling, 2001
9. Ihlebæk C, Eriksen HR. Are the “myths” of low back pain alive in the general Norwegian population? *Scand J Public Health* 2003; 395-8
10. Ihlebæk C, Eriksen HR. The “myths” of low back pain: Status quo in Norwegian General Practitioners and Physiotherapists. *Spine* 29(16): 1818-22
11. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc J*; 153: 1423-31
12. Werner EL, Ihlebæk C, Skouen JS, Lærum E. Beliefs about low back pain in the Norwegian general population: Are they related to pain experiences and health professionals? *Spine* 2005; 30 (15) 1770-1776
13. Werner EL, Indahl Aa. Kunnskap, praksis og holdninger til ryggglidelser hos leger, fysioterapeuter og kiropraktorer. *Tidsskr Nor Lægefor* 2005; 125; (13-14) 1794-1797

Henvendelser om rapporten kan rettes til Øyvind Sørbrøden, [soerbroe@online.no](mailto:soerbroe@online.no)



Senter for Egenutvikling, Drammen



## Vedlegg 1.

### Avtale om Prosjekt Aktiv Rygg

I samarbeid med Nasjonalt Ryggnettverk, Formidlingsenheten, Oslo, er Spesialsykehuset for Rehabilitering HF, Stavern (SSR HF) tillagt ledelsen av prosjektet "Aktiv Rygg".

#### **Prosjektets hovedmål:**

Med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap skal prosjektet redusere konsekvensene av ryggplager i befolkningen, og øke evnen til mestring og bedre livskvalitet. Målet er også at prosjektet på kort og lang sikt vil medføre besparelser for arbeidsliv, trygdeetat og samfunnet totalt.

Som del av prosjektets målsetting skal prosjektet bidra til å:

- sikre riktig behandling og god samhandling mellom behandlere og andre relevante aktører
- innfri intensjonene gitt i Pasientrettighetsloven og annen helselovgivning
- utarbeide konsistente budskap som skal ut til befolkningen og aktørene
- redusere samfunnets kostnader (trygdeutbetalinger, røntgen m.v.)
- endre den profesjonelle adferd
- bedre ryggelsen med reduserte plager og bedret mestring og funksjon for den enkelte arbeidstaker
- avdekke årsaker til at prosjektets målsetting evt. ikke lar seg oppfylle

Fagmiljøene i Aust Agder og Vestfold og Nasjonalt Ryggnettverk, samt utgivelsen av "Akutte korsryggsmerter – tverrfaglige kliniske retningslinjer" (Nasjonalt Ryggnettverk, Formidlingsenheten, Oslo 2002) danner bakgrunnen for prosjektet. Formålet er bl.a. å bidra til implementering av retningslinjer i dagliglivet.

Prosjektet har komponenter i seg både i form av forskning, prosjektutvikling og kunnskapsspredning. Resultater og funn vil bli forsøkt publisert i anerkjente internasjonale tidsskrifter.

Det vises for øvrig til:

- handlingsplan, vedlegg 1
- styringsgruppens mandat, vedlegg 2
- referansegruppens mandat, vedlegg 3

- Prosjektperiode:** 010301 – 311205
- Prosjektleder:** Erik Lindh, FoU – avdelingen, SSR HF
- Prosjekt ansvarlig:** Marit Kobro, Avdelingsleder FoU – avdelingen, SSR HF
- Faglig ansvarlig:** Aage Indahl, overlege dr. med. FoU – avdelingen, SSR HF
- Styringsgruppe:** Even Lærum, prof. dr. med., leder av Formidlingsenheten  
Nasjonalt ryggnettverk (styringsgruppens leder)  
Erik Werner, all.med., ryggkoordinator for Nasjonalt ryggnettverk  
i Helse Sør  
Marit Kobro, avd. led. FoU, SSR HF  
Bjørn Loge, generalsekretær i Ryggforeningen i Norge  
I tillegg møter fagansvarlig og prosjektleder i styringsgruppen.
- Styringsgruppens medlemmer sitter i kraft av sin fagkompetanse og funksjon, og de representerer sine respektive virksomheter/organisasjoner.
- Finansiering:** SSR HF er økonomisk ansvarlig for prosjektet. Disponering av prosjektmidler skal skje i samråd med prosjektets styringsgruppe. Prosjektet søkes fullfinansiert gjennom eksterne midler. Tildelte midler vil i sin helhet bli knyttet til prosjektets lønns- og driftskostnader. Prosjektregnskapet vil årlig bli forelagt offentlig godkjent revisor for attestering. Eventuelle ubrukte prosjektmidler vil bli tilbakeført til finansieringskilden.
- Eierforhold:** Det er SSR HF som eier prosjektet og dataene som genereres gjennom dette. Bruken av dataene besluttet i styringsgruppen for prosjektet.
- Avtalen revideres hvis en av partene ønsker det.

---

Marit Kobro  
Spesialsykehuset for Rehabilitering HF  
Avdeling Stavern  
Postboks 160  
3291 STAVERN

---

Even Lærum  
Nasjonalt ryggnettverk  
Formidlingsenheten  
Medisinsk divisjon  
Ullevål universitetssykehus  
0407 OSLO

## **Vedlegg 2.**

### **Et redigert utdrag av rapporten fra prosjektleder, februar 2002 om de fire prosjektgruppens arbeid**

All tidsbruk og alt arbeid ble utført vederlagsfritt, hvilket tyder på at mandatet og arbeidsoppgavene ble sett på som engasjerende og utfordrende. Mange forslag til modeller for innføring og gjennomføring var blitt vurdert, belyst, kommentert og forkastet, og endte opp med et resultat prosjektleder karakteriserte som et spennende og nytenkende stykke arbeid.

#### **Kort beskrivelse av modellen**

Den samlede BRU - modellen (4 delprosjekt) for innføring av Kunnskapsbaserte Tiltak ved Akutte Ryggplager baserte seg på erfaring fra modellen som er utviklet de senere årene ved Spesialsykehus for Rehabilitering HF, samt innsikten i "Akutte Korsryggsmerter; Tverrfaglige kliniske retningslinjer", utarbeidet og utgitt av Nasjonalt Ryggnettverk – Formidlingsenheten

Videre har BRU - modellen hentet inspirasjon og kunnskap fra Australia, hvor en multimedia kampanje ble gjennomført fra 1997 – 1999 (4,5). Resultatene herfra viste at en befolkningsorientert strategi med formidling av positive holdninger og informasjon omkring ryggplager, bedret kunnskapene blant befolkning og allmennpraktikere om ryggplager. Dette syntes også å påvirke den medisinske håndtering av ryggpasienter som i neste omgang påvirket sykefravær i gunstig retning.

BRU-modellen ble utarbeidet på bakgrunn av anbefalinger gitt av arbeidsgruppene. Delprosjektene beskrev tiltak som skulle iverksettes mot arbeidslivet, helsevesen, trygdeetat og befolkning. Virkemidlene var: informasjonskampanje; kurs og seminarer; lokale mestringskurs/-tiltak; ulike bedriftsinterne strategier; kompetanseperson i deltagende bedrifter; etablering av nettverksgrupper.

Innføringsperioden ble foreslått til to år, og som ledd i forskningen i prosjektet skal målinger foretas hvor holdninger, sykemeldingslengde, årsak til sykefravær, resykemeldinger, tilbakegang til arbeid, bruk av sykemelding og forekomst av røntgen ble definert som effektmål. Utvelgelse av mottakere av spørreskjema i befolkningen og blant helsevesenets aktører skal skje i samarbeid med Statistisk Sentralbyrå (SSB). Alle ansatte i innsats- og kontrollbedrifter skal samtidig motta samme skjema. Målingene ble foreslått gjennomført i mars 2002, september 2003 og september 2004.

Styringsgruppen vedtok i møte 9. oktober 2001 at Erik L Werner skulle ha hovedansvar for forskningen, som et doktorgradsprosjekt. Werner hadde vært med blant initiativtagerne til prosjektet allerede fra det første møte i Stavern 2. oktober 2000, og satt i styringsgruppa. Han er spesialist i allmenmedisin, og hadde tidligere arbeidet ved Fysikalsk Medisinsk avdeling Aust-Agder Sentralsykehus med opprettelse av en av landets første ryggpoliklinikker. Doktorgradsprosjektet fikk leder av Forskningsenheten i Nasjonalt Ryggnettverk, prof., dr.med. Holger Ursin som hovedveileder, med overlege, dr.med. Jan Sture Skouen og leder i styringsgruppen, prof., dr.med. Even Lærum som biveiledere. Veiledningen har hovedsakelig vært gitt av dr. philos Camilla Ihlebæk ved Nasjonalt Ryggnettverk, mens Even Lærum og fagansvarlig overlege dr. med. Aage Indahl også har vært medforfattere på vitenskapelige artikler. Erik L. Werner har vært ansatt i 20 % forskerstilling ved SSR i 2004 og 2005.

Øyvind Sørbrøden, Senter for Egenutvikling, engasjert prosessveileder, ble foreslått til å foreta evalueringer av delprosjektet "Ryggen i Arbeid".

### **Prosjektgjennomføring/Metode**

Parallelt med arbeidet med modellutviklingen, ble det gjennomført en pilotstudie i regi av Øyvind Sørbrøden. Pilotstudien ble presentert for alle gruppene som arbeidet med bidrag til prosjektet i møter 18.10.01 og 9.11.01. Den var med på å påvirke gruppens bidrag og det videre arbeid med prosjektet

De tverrfaglige arbeidsgruppene har utarbeidet forslag til metoder og materiale for innføring av kunnskapsbaserte tiltak i henhold til de respektive mandat. Basert på dette arbeidet er det beskrevet en detaljert plan for den praktiske gjennomføringen, se rapportens vedlegg.

### *Ryggen i Arbeid*

Til selve innføringen av de kunnskapsbaserte tiltakene i "Arbeidslivet" er det etablert kontakt med 3 bedrifter i Aust Agder og 3 bedrifter i Vestfold. I tillegg etableres det kontakt med 4 bedrifter i Telemark, som sammen med ytterligere to bedrifter i henholdsvis Vestfold og Aust-Agder fungerer som kontrollbedrifter. Bedriftene representerer et utvalg av forskjellige virksomhetsområder og omfatter små til store bedrifter. Samtlige innsatsbedrifter har vært besøkt fire ganger, og har vært aktive bidragsytere til den endelige modellen ved sine kommentarer, tilbakemeldinger og innspill.

### *Ryggen i Hverdagen*

Det ble tidlig innledet et samarbeid med Idéfagskolen i Tønsberg for utvikling av deler av materialet som skal benyttes i befolkningskampanjen, bl.a 3D animasjonsfilm, plakater, logoer m.m. Dette samarbeidet har vist seg meget formålstjenlig, og også økonomisk fordelaktig. Studentene som utarbeider materialet som skal benyttes ble plukket ut på bakgrunn av elevprøver/arbeid, og står under kontinuerlig supervisjon av skolens lærere. Prosjektleder, faglig ansvarlig og leder av "Ryggen i Hverdagen" følger og kvalitetssikrer arbeidet.

### *Ryggen i Helsevesenet*

Etter anbefaling fra arbeidsgruppen skal innsatsen mot helsevesenets aktører (leger, fysioterapeuter og kiropraktorer) faseforskyves noe i forhold til de øvrige delprosjekters oppstartstidspunkt. Undersøkelser både internasjonalt og nasjonalt støtter opp under en slik strategi, da det viser seg at helseprofesjoners villighet til å ta i bruk Kliniske Retningslinjer er begrenset. Ved en faseforskyvning vil helseaktørene påvirkes av de samme hovedbudskap og informasjon som de øvrige målgrupper blir til del, samt av forbrukerne av helsetjenester. Samtidig vil informasjonen og kunnskapen blant befolkningen om hva som er dokumenterte anbefalinger vedrørende akutte ryggplager, antagelig medføre endrede "bestillinger", og således endrede krav vedrørende helsetilbydernes agering (jfr. "Australia kampanjen").

Det anbefales å utvikle tverrfaglige kurs for leger, fysioterapeuter og kiropraktorer, hvor de nevnte Kliniske Retningslinjer danner basis for kursinnholdet. Det planlegges avholdt tre kurs i hvert innsatsfylke for å dekke alle representanter for de tre faggruppene.

### *Ryggen i Trygden*

Arbeidsgruppen anbefaler bruk av alle lokale trygdekontor som arena for spredning av informasjonsmateriell til pasientgruppen. I tillegg bør saksbehandlere tilbys kurs som omfatter deler av det samme kurs som vil bli leger, fysioterapeuter og kiropraktorer til del. Kontakt bør

knyttet til Trygdeetatens Arbeidslivssenter, som nå er opprettet som følge av samarbeidsavtalen mellom partene i arbeidslivet - IA avtalen<sup>7</sup> (Inkluderende Arbeidsliv).

### **Resultater og resultatvurdering**

Et utvalg av befolkningen, leger, fysioterapeuter og kiropraktorer vil bli plukket ut for besvarelse av spørreskjemaet, utarbeidet etter Deyo7 (7). Deyo7 er en opplisting av utsagn som baserer seg på myter om ryggplager i befolkningen. Størrelsen på utvalgene og selve uttrekkene vil bli foretatt av Statistisk Sentralbyrå (SSB).

Det skal samtidig utføres en kartlegging av bedriftene med henblikk på sykemeldingsfrekvensen når det gjelder ryggplager før innføringen settes i gang. Dette arbeidet starter opp 1. mars 2002 (gjentas i september '03 og september '04).

Utviklingen av sykemeldingsfrekvensen for ryggplager vil så bli fulgt i alle de involverte bedriftene og generelt i fylket. Holdninger til ryggplager vil bli undersøkt både hos ledelsen og de ansatte med fokus på eventuelle endringer som finner sted.

Effekt mål vil være sykemeldingsfrekvens og varighet, forbruk av helsetjenester og behandlinger samt pasienttilfredshet. Innsamling av data vil bli foretatt av uavhengige observatører. De utarbeidede tiltakene og metodene vil bli forelagt for Forskningsenheten, Nasjonalt ryggnettverk og implementeringen skjer under veiledning derfra.

Etter at BRU prosjektet startet opp sin modellutvikling, har arbeidet omkring "Samarbeidsavtalen" (samarbeidsavtalen mellom partene i arbeidslivet) og Inkluderende Arbeidsliv kommet til. Å koble gjennomføringen av og forskningen rundt BRU – prosjektet med gjennomføringen av IA – avtalen bør både kunne gi interessant forskning og interessante forbedringer mht. hvordan et mer inkluderende arbeidsliv kan utvikles. BRU – bedrifter bør også kunne være IA – bedrifter, selv om dette ikke er en forutsetning for gjennomføringen av BRU modellen.

Det planlegges publisering av resultater og funn i anerkjente internasjonale tidsskrift.

Oppstart for tiltakene knyttet til delprosjektet ble satt til 2. april 2002.

Utprøvningsprosjektet ble presentert i styringsgruppas møte 18. mars 2002 og ble godkjent med følgende vedtak:

”Bedriftsmodellen startes opp som skissert. Kurs for Ryggkontakter/bedriftskontakter ved SSR 11. april. Ledes av Erik Werner, Aage Indahl og Erik Lindh.

Primært pga. den økonomiske situasjonen og usikkerhet vedrørende tildeling av økonomiske midler, ble det vedtatt en utsettelse av oppstart av befolkningskampanjen. Nytt tidspunkt august/september. Orientering til berørte samarbeidspartnere ved Erik Lindh, som også sjekker opp med mediafolk om beste tidspunkt for oppstart.

Dette vil gi bedre tid til endelig ferdigstilling og godkjenning av 3D film hos Legeforeningen, Fysioterapiforbundet og Kiropraktorforeningen, samt bedre tid til utvikling og trykking av plakater etc., og kvalitetssikring av det samme.

---

<sup>7</sup> Den 3. oktober 2001 inngikk sosialministeren og arbeids- og administrasjonsministeren, på vegne av regjeringen, en intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv med partene i arbeidslivet. Avtalen er inngått for en periode på vel fire år frem til 31. desember 2005.

Pressekonferanse vedrørende oppstart legges til uken forut for oppstart. Artikkelen i *The Back Letter* vedr. Australia kampanjen frontes via Aftenposten, støtter opp og bekrefter langt på vei ”vår” modell og innsats.”

### **Vedlegg 3.**

#### **Sammendrag av en pilotstudie fra prosjektleder av 3.10.2001**

”Pilotstudien tok utgangspunkt i at det er mange aktører som må samspille hvis prosjektet skal bli vellykket. 16 slike aktører (representanter for arbeidsgivere, helsepersonell og trygdepersonell) ble intervjuet i Arendal og Sandefjord. Utgangspunktet var miljøet rundt Jotun A/S i Sandefjord og Aust-Agder Sentralsykehus i Arendal. Som grunnlag for intervjuene ble 3 intervjuguider utviklet, og det ble sendt ut spesielt utarbeidet informasjonsmaterieell på forhånd til de som skulle intervjues.

Alle aktørene ble spurt om hvordan de opplever samspillet med de andre aktørene for å korte ned sykefraværperioder - redusere uføretrygding. 11 svarte. Nesten halvparten var meget godt fornøyd med samspillet, men mer enn halvparten syntes det kan bli bedre, til dels mye bedre.

Her var et mangfold av synspunkter som vil bli ytterligere systematisert når modell skal skisseres. Selv om mye fungerer bra, er det min overbevisning at det er et stort forbedringspotensial, både m.h.t. å utvikle mer og sikrere innsikt og m.h.t. mer samordnet handling mellom aktørene.

Vi stilte spørsmålet ”Hvor interessant er det fra ditt ståsted at dette prosjektet settes i gang?” 15 besvarte spørsmålet. Gjennomsnittlig skår (på 1 – 10 skala) var 8,67. Alle synes det var mer enn middels interessant, og hele 40 % valgte høyeste alternativ.

Det er kommet mange innspill til forbedringer. Samtidig er mange opptatt av at vi står overfor vanskelige dilemmaer.

Riktig diagnostisering og behandling fort er viktig i alvorligere tilfeller. Samtidig må overbehandling unngås. Presis innsikt og presis håndtering blir da nødvendig. Hvor langt på vei er dette mulig? - Og det er skissert mange andre dilemmaer. Hovedpoenget er at det må utvikles dialog mellom aktørene (inklusive dem med vond rygg) basert på dialektisk tenkning. Lineære tankemodeller kan fort bli gale. Noen ganger bør det absolutt ikke behandles, i andre tilfeller er det stikk motsatt – og noen kan ha interesse av å spille på motsetninger mellom behandlere

Vi har spurt om incentiver og barrierer for å oppnå forslag til forbedringer. Og det har kommet konkrete forslag. Hvordan sikrer vi at leger gjør et første skikkelig møte med pasienten (tariffutforming), at fysioterapeuten noen ganger satser på ryggskole i stedet for individuell behandling (her er det for øvrig uenighet mellom fysioterapeutene), at alle er opptatt av å unngå for mye behandling. Det er enighet om at dagens incentiver bidrar til en del uheldige trekk, men det er vanskeligere å konstruere incentiver som gir ”riktige virkninger”.

Vi har spurt om hvordan aktørene ser på den informasjon de har fått om prosjektet. Stort sett er aktørene fornøyd med informasjonen. Likevel er det noen vi ikke når fram til. Det betyr at det hele tida må arbeides meget bevisst med informasjon i forhold til målgrupper, tida de har til disposisjon og hvordan nå fram til de rette.

Det er mange synspunkter på det videre informasjonsopplegg, avhengig av ståsted. Flere interessante informasjonskanaler er foreslått gjennom regelmessige samlinger som finner sted for de forskjellige grupper. Etter mitt syn bør det lages en informasjonsplan for hver aktørgruppe, der det avklares hva og hvordan generell informasjon til alle innbyggere skal gis, og hvordan spesiell informasjon om det som skal skje rundt og i de 6 deltakende bedrifter skal

gis. De som skal involveres på et forpliktende nivå ønsker et skikkelig seminaropplegg om forventninger og roller.

”Trygdegruppa” har utviklet en skisse til et ryggkort (vedlagt) som særlig bygger på to prinsipper:

1. Alle i behandlingsskjeden har et ansvar; størst ansvar har den som har ryggplagene. Det er derfor vedkommende sitt kort. Kortet skal bringes med til alle behandlinger, til møter med arbeidsgiver og til møter med trygdekontoret. Målet er bedre samordning av tiltak.
2. Aktivitet gjør deg fortere bra. Den enkelte skal så fort det er fornuftig inn i aktivisering eller aktiv behandling. Aller helst skal den enkelte få råd om å klare seg ved egenaktivisering. Det er viktig å sørge for riktig tiltakskjede; skikkelig behandling for dem som trenger, og unngå behandling for dem som kan komme tilbake uten å bli klient.

Det kom mange positive kommentarer til ryggkortet, og også verdifulle synspunkter på videre utvikling. Trolig vil ryggkortet kunne ha positive funksjoner i mange retninger, både i informasjonssammenheng, i utviklingsammenheng – og ikke minst – i møtet med den enkelte ryggglidende.

*Ideen med ryggkort var god, og det ble arbeidet mye med et opplegg. Den ble likevel ikke gjennomført da den ble vurdert å være for komplisert å administrere.*

### **Forslag til problemstillinger som må avklares ved utvikling av modell**

Dette blir en kortfattet syntese av det jeg har funnet ut gjennom intervjuene og samtaler jeg har hatt underveis med Even Lærum (leder av styringsgruppa), Marit Kobro (prosjektansvarlig) og Erik Lindh (prosjektleder).

Syntesen formuleres som en blanding av hvilke problemstillinger jeg mener bør avklares, og de spørsmål jeg mener bør stilles. Tilnærmingen er min egen, selv om jeg har mottatt synspunkter fra mange underveis. Hensikten er å skape grunnlag for et godt videre arbeid med modellutforming og en god videre oppfølging av prosjektet.

1. Mål for hele opplegget må avklares. Forslag foreligger og er slik:” Prosjektets hovedmål er å implementere og utvikle modell for utprøving av kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer, for på den måten å redusere ryggplager i befolkningen og øke evnen til egenmestring”.
- Bør gjennomgås for å se om det kan gjøres enda klarere og mer poengtert. Etter mitt syn bør det i hovedmålet også sies noe om økonomiske besparelser både for bedrifter og samfunnet (se målet som det ble, s. 13)
2. Det må avklares hvilke virkemidler som skal brukes generelt i fylket, mot alle grupper, og hvilke som skal brukes i tillegg mot de 6 deltakende bedrifter og deres ansatte. Eksempler på virkemidler:
  - a. Lokale TV-programmer til hele befolkningen i området.
  - b. Videoer og plakater til bruk både i bedrifter, sentra med forskjellige helseprofesjoner, i faglige foreninger, i treningssentra osv.

- c. Omforente retningslinjer for behandling av folk med ryggplager. Gjenta budskapene i mange former.
  - d. Ryggkortet og bruken av ryggkortet, samspillet rundt det mellom helseprofesjonene, arbeidsgiver, trygdekontoret og ikke minst den som "eier" kortet.
  - e. Spesialdesign der en gruppe i hver av de 6 bedriftene frivillig kan gå med på et større forebyggende toårs program, med stor grad av systematisk egeninnsats
  - f. Her kan man designe i mange retninger. Jeg tror de deltakende aktører ønsker seg en modell med mange virkemidler/intervensjoner slik at det blir en klar "progresjon" i forhold til Vestfoldmodellen (fotnote) og alle de andre tidligere prøvde modeller.
3. I tilknytning til virkemidlene må det defineres indikatorer som gir grunnlag for å vurdere/måle effekten av virkemidlene i forhold til målet. Det er helt nødvendig å gjennomdrøfte; hva er målet, hva tror vi kan virke og hvordan tror vi det kan virke.
  4. Det må også tenkes nøye gjennom hvordan det skal arbeides med resultater; gjennom evalueringer og/eller gjennom kort- og langsiktig forskning. Aktørene er veldig opptatt av resultater, og synes de har vært med på mange prosjekter uten å få se resultatene. Slikt virker alltid demotiverende, og særlig er det problematisk når aktører inviteres inn som har mange slike erfaringer. Kan vi lage noen enkle rapporter hvert halvår om utvikling i sykefravær blant dem som har ryggplager? Dette for å få noen milepæler og gode diskusjoner. Så må det parallelt gå noen langt grundigere evaluering- og forskningsopplegg.
  5. Det må gjennomdrøftes snart hvilke evaluering- og forskningsløp man grovt sett tenker seg rundt prosjektet. Samtidig må det avklares om det kan offentliggjøres data som kan anspore prosessen. Mange av aktørene ønsker å vite noe om disse spørsmål før de bestemmer seg for egen involvering og innsats.
  6. Det må lages en handlingsplan for hvordan aktører skal bringes på banen når mål, virkemidler og indikatorer er nærmere avklart; gjennom informasjon, informasjonsmøter, mer substansielle seminarer osv. Kan noen av aktørene nyttes i referansegrupper, seminarkomiteer osv. ? Vi må ikke glemme at vi har mye sterk ekspertise rundt oss på alle kanter som kan være meget motivert for å gjøre jobber – hvis de er spennende."

*Pilotstudien ble presentert for alle gruppene som arbeidet med bidrag til prosjektet i to seminarer, 18.10.01 og 9.11.01. Den var som nevnt med på å påvirke gruppenes bidrag og det videre arbeid med prosjektet*

## Vedlegg 4.

### DELTAGENDE BEDRIFTER I AKTIV RYGG

#### Status pr mai 04:

FYLKE	INNSATS/KONTROLL	NAVN	ANTALL ANSATTE
Vestfold	Innsats	Color Line	900
Vestfold	Innsats	Jotun AS	900
Vestfold	Innsats	Norautron	220
Vestfold	Kontroll	Rica	60
Vestfold	Kontroll	Bong konvolutter	130
Telemark	Kontroll	Porsgrunn Porselen	300
Telemark	Kontroll	Gaustablikk Høfj.hotell	65
A-Agder	Innsats	Gard Services	160
A-Agder	Innsats	Nymo A/S	340
A-Agder	Innsats	Sørlandet sykehus	1850
A-Agder	Kontroll	Sølvkroken	55
A-Agder	Kontroll	Evje&Hornnes	300
A-Agder	Kontroll	Clarion Tyholmen Hotell	50
A-Agder	Kontroll	Bygland Plast	21

## Vedlegg 5

**T<sub>0</sub>-data følger her slik at det kan sammenlignes. Noen variable (3, 6, ) er ikke med i T<sub>1</sub>-dataene.** (1964 svar; Gard–101, Nymo–124, Sørlandet sykehus, Arendal–900, Color Line–282, Jotun–472, Norautron 85). Fraværdata er gjennomsnitt 2001 – fra Rikstrygdeverket

<i>Spørsmål/navn bedrift</i>	<b>Gard</b>	<b>Nymo</b>	<b>Sørlandet sykehus</b>	<b>Color Line</b>	<b>Jotun</b>	<b>Norautron</b>
0. Gjennomsnittlig sykefravær 2001 – i % - <i>Nivåforskjell</i>	3,13 <i>100</i>	8,12 <i>259</i>	7,45 <i>238</i>	Egen oversikt	4,69 <i>150</i>	7,95 <i>254</i>
Gjennomsnittlig fravær med diagnose rygg <i>Nivåforskjell</i>	0,14 <i>100</i>	1,39 <i>993</i>	0,94 <i>671</i>		0,53 <i>379</i>	0,57 <i>407</i>
1. Gjennomsnittlig sykefravær 2001 – i % - Andel av sykefravær med diagnose rygg	3,13 4,4 %	8,12 17,1 %	7,45 12,6 %	Egen oversikt	4,69 11,3 %	7,95 10,9 %
2. Har du selv hatt plager med ryggen? Andel i <i>Nivåforskjell</i>	66,3 <i>100</i>	75,8 <i>114</i>	68,6 <i>103</i>	72,0 <i>109</i>	73,9 <i>111</i>	74,1 <i>112</i>
3. Har hatt vondt i ryggen siste 2 uker/siste døgn (av de med ryggplager, gjelder 3-8) <i>Nivåforskjell</i>	40,9 <i>129</i>	33,0 <i>104</i>	31,8 <i>100</i>	34,0 <i>107</i>	34,2 <i>108</i>	39,7 <i>125</i>
4. Sist du hadde vondt i ryggen, hvordan vil du karakterisere plagene? Sterke/Svært sterke smerter <i>Nivåforskjell</i>	29,9 <i>120</i>	43,9 <i>176</i>	25,1 <i>100</i>	27,5 <i>110</i>	25,0 <i>100</i>	34,9 <i>140</i>
5. Oppsøkte lege <i>Nivåforskjell</i>	26,9 <i>100</i>	35,9 <i>133</i>	32,0 <i>119</i>	32,2 <i>120</i>	37,9 <i>141</i>	38,1 <i>142</i>
6. Oppsøkte lege, annen helseaktør <i>Nivåforskjell</i>	71,6 <i>107</i>	66,4 <i>100</i>	66,8 <i>101</i>	87,6 <i>132</i>	82,3 <i>124</i>	71,5 <i>108</i>
7. Ble sykemeldt, andel <i>Nivåforskjell</i>	14,9 <i>120</i>	27,2 <i>219</i>	19,9 <i>160</i>	29,7 <i>240</i>	12,4 <i>100</i>	22,2 <i>177</i>
8.. Sum ”riktige holdninger” <i>Nivåforskjell</i>	24,3 <i>83</i>	28,0 <i>95</i>	29,3 <i>100</i>	19,9 <i>68</i>	24,0 <i>82</i>	21,7 <i>74</i>



## Om egne ryggplager

11. Har du selv vært plaget med ryggen?     ☞     Ja     ☞     Nei

*Hvis du svarer nei, at du aldri har hatt vondt i ryggen, så kan du gå videre til spørsmål 15!*

*Hvis svaret på spørsmål 11 er ja:*

12. Har du: (vennligst sett bare et kryss☺:)

- ☞ hatt vondt i ryggen tidligere, men ikke de siste 12 måneder
- ☞ hatt vondt i ryggen siste 12 måneder, men ikke de siste to uker
- ☞ hatt vondt i ryggen de siste to ukene, men ikke nå
- ☞ hatt vondt i ryggen nå / det siste døgnet

13. Sist du hadde vondt i ryggen, hvordan vil du karakterisere plagene? (bare et kryss!)

- ☞ bakgrunnsplager (spenning, tretthet, stivhet, mer fokusert på ryggen)
- ☞ milde smerter (litt mer forsiktig under spesielle aktiviteter)
- ☞ moderate smerter (reduserer aktivitetsnivå)
- ☞ sterke smerter (klarer bare det mest nødvendige)
- ☞ svært sterke smerter (umulig å bevege seg)

14. Nå følger en del ting som folk ofte gjør når de får vondt i ryggen. Vi ber deg være vennlig å sette kryss for det *du gjorde sist du hadde vondt i ryggen:*

- ☞ gjorde ikke noe spesielt, plagene gikk over av seg selv
- ☞ oppsøkte lege
- ☞ oppsøkte kiropraktor
- ☞ oppsøkte fysioterapeut
- ☞ oppsøkte annen helseaktør (naprapat, osteopat, homeopat etc.)
- ☞ holdt meg i ro

- ☞ forandret eller økte på øvelser og trening
- ☞ fortsatte alle vanlige aktiviteter som før
- ☞ reduserte på fritidsaktiviteter
- ☞ ble sykmeldt (i så fall: hvor lenge? \_\_\_\_\_ uker )
- ☞ ble ikke sykmeldt, men fikk forandret litt på arbeidssituasjonen
- ☞ brukte medisiner
- ☞ annet (hva? \_\_\_\_\_)

### Generelle oppfatninger om ryggplager

15. Her følger noen påstander om rygg smerter, som vi ber deg ta stilling til og gradere i forhold til om du er enig eller uenig. Sett ring rundt det tallet som passer best med ditt syn:

		helt uenig	uenig	både og	enig	helt enig
a)	ryggplager leges best av seg selv	1	2	3	4	5
b)	skiveprolaps (utglidning) bør opereres	1	2	3	4	5
c)	moderne røntgenundersøkelser finner som regel årsaken til rygg smerter	1	2	3	4	5
d)	rygg smerter skal behandles med ro og hvile til de går over	1	2	3	4	5
e)	i de fleste tilfeller går rygg smerter over av seg selv etter noen uker	1	2	3	4	5
f)	rygg smerter skyldes oftest skader eller tunge løft	1	2	3	4	5
g)	alle med rygg smerter bør undersøkes med røntgen	1	2	3	4	5
h)	rygg smerter er vanligvis invalidiserende	1	2	3	4	5
i)	å ligge er beste behandling ved rygg smerter	1	2	3	4	5
j)	ingen annen sykdom koster samfunnet mer enn rygg lidelser	1	2	3	4	5

- k) man blir fortere bedre i ryggen hvis man fortsetter i jobben, eller går tilbake så raskt som mulig 1 2 3 4 5
- l) mine oppfatninger om hvordan man best skal forholde seg til ryggplager, har endret seg de siste 12 måneder 1 2 3 4 5

### **Egne livsstilsvaner**

16. Røker du? ☞ Ja ☞ Nei
17. Hvor ofte mosjonerer du i fritiden (i minst 20 minutter slik at du blir svett eller andpusten)?
- ☞ aldri
  - ☞ sjeldnere enn en gang i uken
  - ☞ 1-2 ganger pr uke
  - ☞ 3-4 ganger pr uke
  - ☞ mer enn 5 ganger pr uke

**Tusen takk for hjelpen !**



## SPØRRESKJEMA TIL LEGER, FYSIOTERAPEUTER OG KIROPRAKTORER

### Bakgrunn

1. Yrke:             $\theta_1$  Lege             $\theta_2$  Fysioterapeut             $\theta_3$  Kiropraktor
- 1b. Hvis *lege*:         $\theta$  spesialist i allmennmedisin  $\theta$  annen spesialitet
- 1c. Hvis *fysioterapeut*:     $\theta$  manuell terapeut
- 1d. Arbeidsfylke:  $\theta_1$  Vestfold     $\theta_2$  Aust-Agder             $\theta_3$  Telemark
2. Kjønn:             $\theta_1$  Mann             $\theta_2$  Kvinne            Alder: \_\_\_\_\_ år
3. Eksamensår: \_\_\_\_\_
4. Studiested: \_\_\_\_\_
5. Antall kolleger i samme praksis: \_\_\_\_\_ (samme profesjon!)
6. For fastleger: listestørrelse: \_\_\_\_\_
7. Gjennomsnittlig antall pasientkonsultasjoner / behandlinger pr uke (totalt): \_\_\_\_\_
8. Antall ryggrelaterte pasientkonsultasjoner / behandlinger pr uke (totalt): \_\_\_\_\_

### Så litt om dine rutiner når en ryggpasient oppsøker deg

9. **Når en ryggpasient oppsøker deg, hvor ofte gjør du en fysisk undersøkelse av pasienten?**
  - $\theta_1$  Alltid
  - $\theta_2$  Som oftest
  - $\theta_3$  Av og til
  - $\theta_4$  Nesten aldri

10. **Hva vil du si er den største gevinsten av den fysiske ryggundersøkelsen? (Du kan sette flere kryss!)**
- $\theta_1$  Stille diagnose
  - $\theta_2$  Utelukkelse av mulig farlige tilstander som krever øyeblikkelig intervensjon
  - $\theta_3$  Tilfredsstille pasientens forventninger
  - $\theta_4$  Bestemmende for valg av behandling
11. **Nasjonalt Ryggnettverk lanserte i 2002 "Akutte korsryggsmerter – Tverrfaglige kliniske retningslinjer". En kortversjon ble distribuert til alle leger, fysioterapeuter og kiropraktorer gjennom tidsskrift/medlemsblad.**
- Hvor godt vil du si at du kjenner disse retningslinjene?**
- $\theta_1$  Aldri hørt om dem
  - $\theta_2$  Har registrert at det nå foreligger retningslinjer, men kjenner ikke innholdet
  - $\theta_3$  Har bladd igjennom og registrert retningslinjene, men dette har ikke påvirket praksis
  - $\theta_4$  Kjenner retningslinjene relativt godt, uten at disse har endret min praksis særlig
  - $\theta_5$  Kjenner retningslinjene relativt godt, og mener disse har endret min praksis
12. **I forhold til de mange pasientgrupper du behandler, hvordan rangerer du din faglige interesse for ryggmedisin og ryggpasienter?**
- $\theta_1$  Betydelig interesse i fagområdet
  - $\theta_2$  Interessert i fagområdet, på linje med 3-4 andre spesielle interesseområder
  - $\theta_3$  Interessert på linje med de fleste andre fagområder
  - $\theta_4$  Mindre interessert
  - $\theta_5$  Overhodet ikke interessert, vil helst ikke ha ryggpasienter

13. Nedenfor ber vi deg krysse av hvor ofte du mener disse tiltakene er nødvendige (og eventuelt rekvirerer) hos ulike ryggpasienter (– det dreier seg om ryggsmarter med og uten utstråling):

**13a Uspesifikke korsryggsmarter (uten utstråling)**

	<i>alltid</i>	<i>ofte</i>	<i>noen ganger</i>	<i>nesten aldri</i>
Røntgen .....	θ	θ	θ	θ
CT.....	θ	θ	θ	θ
MR.....	θ	θ	θ	θ
Laboratorieprøver.....	θ	θ	θ	θ
Kontrolltime .....	θ	θ	θ	θ
<b>Henvisning til lege .....</b>	θ	θ	θ	θ
Henvisning til fysioterapeut .....	θ	θ	θ	θ
Henvisning til kiropraktor .....	θ	θ	θ	θ
Henvisning til annen helseaktør .....	θ	θ	θ	θ

**13b Ischias (utstrålende smarter, mulig nerverotaffeksjon)**

	<i>alltid</i>	<i>ofte</i>	<i>noen ganger</i>	<i>nesten aldri</i>
Røntgen .....	θ	θ	θ	θ
CT.....	θ	θ	θ	θ
MR.....	θ	θ	θ	θ
Laboratorieprøver.....	θ	θ	θ	θ
Kontrolltime .....	θ	θ	θ	θ
<b>Henvisning til lege .....</b>	θ	θ	θ	θ
Henvisning til fysioterapeut .....	θ	θ	θ	θ
Henvisning til kiropraktor .....	θ	θ	θ	θ
Henvisning til annen helseaktør .....	θ	θ	θ	θ

14. På samme måte ber vi deg angi hvor ofte du gir dine ryggpasienter følgende råd og forskrivninger – eventuelt henviser til annen behandler som kan gi aktuelle behandling – ved de samme, ulike ryggtilstander:

**14a: Uspesifikke korsryggsmerter (uten utstråling)**

	<i>alltid</i>	<i>ofte</i>	<i>noen ganger</i>	<i>nesten aldri</i>
Øvelser .....	θ	θ	θ	θ
Fysioterapi .....	θ	θ	θ	θ
Injeksjoner .....	θ	θ	θ	θ
Traksjon.....	θ	θ	θ	θ
Manipulasjon.....	θ	θ	θ	θ
Korsett .....	θ	θ	θ	θ
Innleggelse .....	θ	θ	θ	θ
NSAIDs .....	θ	θ	θ	θ
Per orale steroider....	θ	θ	θ	θ
Muskelrelaxantia .....	θ	θ	θ	θ
Paracetamol .....	θ	θ	θ	θ

**14b: Ischias (utstrålende smerter, mulig nerverotafeksjon)**

	<i>alltid</i>	<i>ofte</i>	<i>noen ganger</i>	<i>nesten aldri</i>
Øvelser .....	θ	θ	θ	θ
Fysioterapi .....	θ	θ	θ	θ
Injeksjoner .....	θ	θ	θ	θ
Traksjon.....	θ	θ	θ	θ
Manipulasjon.....	θ	θ	θ	θ
Korsett .....	θ	θ	θ	θ
Innleggelse .....	θ	θ	θ	θ
NSAIDs .....	θ	θ	θ	θ
Per orale steroider....	θ	θ	θ	θ
Muskelrelaxantia .....	θ	θ	θ	θ
Paracetamol .....	θ	θ	θ	θ

15. **Her har vi satt opp noen utsagn som vi ber deg ta stilling til, og gradere enighet / uenighet. Sett ring rundt tallet for alternativet som passer:**

	Helt uenig / aldri	Uenig / sjelden	Både og / noen ganger	Enig / ofte	Helt enig / alltid
a. Ryggplager leges best av seg selv .....	1	2	3	4	5
b. Skiveprolaps bør i de fleste tilfeller opereres .....	1	2	3	4	5
c. Røntgen, CT, MR er nyttig for å finne årsaken til ryggplager.....	1	2	3	4	5
d. Ryggpasienter bør ha ro og hvile til smertene går over .....	1	2	3	4	5
e. I de fleste tilfeller går rygg smerter over av seg selv etter noen uker, uansett hva vi gjør .....	1	2	3	4	5
f. Rygg smerter skyldes oftest skader eller tunge løft .....	1	2	3	4	5
g. Rygg smerter er oftest uforenlig med yrkesaktivitet .....	1	2	3	4	5
h. Ryggpasienter bør ligge til smerten er vesentlig mindre .....	1	2	3	4	5
i. Ryggpasienter bør lytte til kroppen, og forsøke å unngå alt som provoserer frem rygg smerter .....	1	2	3	4	5
j. Som regel er det mulig å finne en sikker årsak til ryggplagene hos den enkelte ryggpasient .....	1	2	3	4	5
k. Behandlingen styres etter den patoanatomiske årsak til smertene, og blir individuelt lagt opp .....	1	2	3	4	5
l. Man blir fortere bedre i ryggen hvis man fortsetter i jobben, eller går tilbake så raskt som mulig, selv om smerten fortsatt er der .....	1	2	3	4	5
m. All behandling hos lege, fysio-terapeut eller kiropraktor er egentlig symptomatisk smertebehandling .....	1	2	3	4	5
n. Mine oppfatninger om hvordan man best skal forholde seg til ryggplager har endret seg siste 12 måneder .....	1	2	3	4	5