

En hospitalsbaseret koordineret intervention for sygemeldte med uspecifikke smerter i nakke, skulder eller øvre ryg.

Center for Bevægeapparatlidelser (CfB), Regionshospitalet i Silkeborg og Center For Folkesundhed, Region Midtjylland

Resume

Ved Regionssygehuset i Silkeborg gennemføres et flerårigt projekt, som har til formål at forbedre funktionsevne og arbejdsfastholdelse af sygemeldte arbejdstagere med uspecifikke lidelser i nakke, skulder eller øvre ryg ved hjælp af en ny, hospitalsbaseret, interventionsmodel. Projektet er designet som et randomiseret studie, hvor deltagere rekrutteres fra praktiserende læge efter 4 ugers sygemelding. En mini-interventionsgruppe modtager kun en lægefaglig afklaring, rådgivning ved fysioterapeut og tilbagemelding til kommune, mens den anden interventionsgruppe (CfB-intervention) udover den grundige og tidlige diagnostisk afklaring i sundhedsvæsenet modtager en indsats af et tværfagligt team bestående af reumatolog, fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver, psykolog og socialmedicinsk speciallæge. Teamet sørger blandt andet for dialog med arbejdspladsen og den sygemeldte om genoptagelse af arbejdet, planlægger modificering af arbejdsredskaber og –opgaver, planlægger fysisk træning og fokuserer på smertehåndtering i samtalerne med den sygemeldte. Interventionen gennemføres således af et tværfagligt team, som i modsætning til andre interventioner rettet mod en tidlig og koordineret indsats, er forankret på et sygehus. Derfor er teamet i højere grad i stand til meget hurtigt at afklare de biomedicinske aspekter og dermed flytte den sygemeldtes fokus fra helbredelse til genoptagelse af arbejdet og rehabilitering i bred forstand. Der gennemføres en videnskabelig evaluering af den igangværende intervention, med undersøgelse af langtidseffekter i op til 4 år efter første sygemelding. Evalueringen har som formål at undersøge effekter på sygefravær, arbejdsfastholdelse, funktionsevne og helbred baseret på spørgeskemaer og udtræk fra offentlige registre (DREAM). Desuden beregnes omkostningseffektivitet, hvor interventionsomkostninger holdes op mod besparelser for kommune, stat, arbejdstager og arbejdsgiver ved ændringer i udgifter til sygedagpenge, løn og medicinudgifter. Der gennemføres også organisationsanalyser med fokus på hæmmende og fremmende faktorer i samarbejdet internt i teamet og mellem eksterne aktører og den sygemeldte. Der evalueres på teamkoordinators betydning for sammenhæng og kontinuitet i forløbet. Denne type data indsamles gennem deltagerobservation og interviews med aktører.

Sideløbende med ovennævnte fordeling i to indsatsgrupper, undersøges også ved tilfældig opdeling i to grupper om rådgivning om generel motion eller mere specifik nakke-træning virker bedst i forhold til forbedring af funktionsevnen.

Der inkluderes 350 sygemeldte med smerter i nakke, skulder eller øvre ryg som primære problem. Der indhentes tilladelse fra Datatilsynet vedrørende indhentning af spørgeskemabesvarelse, brug af registre og kvalitative data.. Interventionerne indeholder ingen nye medicinske behandlingsformer, hvis man ser på de enkelte elementer. Det nye består udelukkende af den koordinering og det tværfaglige samarbejde, der finder sted. Der kan ikke forventes nogen risici eller bivirkninger med hensyn til helbredsmæssige konsekvenser udover hvad man ellers kunne forvente i normal praksis. Projektet er sat i værk på initiativ af Center for Folkesundhed, Århus og Regionshospitalet Silkeborg, begge hører under Region Midtjylland, hvor alle medarbejdere i projektet også er ansat. Projektets drift er støttet af de deltagende kommuner og Regionshospitalet Silkeborg. Evalueringen er støttet af Regionshospitalet Silkeborg, Region Midtjylland og Arbejdsmiljøforskningsfondet (kr 3.900.000 over 3 år).

Formål

At sammenligne interventioner rettet mod sygemeldte arbejdstagere med uspecifikke smerter i nakke, skulder eller øvre ryg for at forbedre funktionsevnen og mulighederne for at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet. Undersøgelsen er designet som en randomiseret, sammenlignende undersøgelse. Der sammenlignes effekterne af en tværfaglig, tværsektoriel indsats (CfB-intervention) med en mini-intervention for en gruppe af sygemeldte med smerter i nakke, skulder eller øvre ryg. Derudover undersøges effekten af to forskellige former for fysisk træning. Sideløbende evalueres indholdet i interventionerne kvalitativt i forhold til den sygemeldtes behov og mål.

Evalueringen rettes mod følgende aspekter:

- Sygefravær, fastholdelse af tilknytning til arbejdsmarkedet, funktionsevne og helbred.
- Økonomiske aspekter
- Brugerperspektivet

Baggrund

Bevægeapparatlidelser er et af Danmarks og den vestlige verdens væsentligste folkesundhedsproblemer og hyppig årsag til sygemeldinger blandt arbejdstagere. I 2005 havde 30% af voksne danskere oplevet smerter eller ubehag i ryg eller lænd inden for de sidste 14 dage, 33% havde oplevet smerter eller ubehag i nakke/skulder og 31% i andre dele af kroppen¹.

Bevægeapparatlidelser øger risikoen for langvarigt sygefravær og generelt er sygefraværet stigende i Danmark². Bevægeapparatlidelse var hoveddiagnose ved 22% af alle tilkendte førtidspensioner i 2006. Ved en opgørelse af alle sygemeldinger med mindst 4 ugers fravær fra medio 2003 til medio 2004 i Galten Kommune fandt vi, at sygemeldingsdiagnosen i godt 12% af alle sygemeldingerne var relateret

til lænderyg, mens 4% var relateret til nakke/skulder. Bevægeapparatlidelser er karakteriseret ved en høj grad af komorbiditet. Mellem 40 og 70% oplever smerter i flere kropsregioner og risikoen for langtidsfravær er fundet øget med en faktor 2,5 for sygemeldte med smerter i både lænderyg og skulder/nakke region i forhold til sygemeldte med "rene" ryg- eller skulder/nakke smerter^{3,4}.

Ofte rapporteres de samme risikofaktorer for udvikling af smerter i forskellige kropsregioner, men der er også rapporteret nogle forskelle. Smerteniveau i samspil med funktionsevnededsættelse er rapporteret at betyde meget for risikoen for sygefravær for rygpatienter⁵. For problemer i øvre kropsregioner betød køn, alder og selv vurderet fysisk arbejdsbelastning mere end for rygpatienterne og patienter med kroniske problemer i øvre ekstremiteter havde lettere ved at komme tilbage i arbejde end kroniske rygpatienter⁵. Disse forhold understreger behovet for både en biomedicinsk udredning og en individuel tilgang til indsatsen rettet mod tilbagevenden til arbejde.

Tværfaglig tilgang

Forskning fra bl.a. Sverige, Finland, Holland, Canada og USA peger på at en tværfaglig bio-psyko-social tilgang til sygemeldte med lænderygsmerter kan reducere sygemeldingsperioden og forebygge udstødning fra arbejdsmarkedet^{6, 7, 8,9}. I Danmark er der gennemført lignende studier med positive erfaringer⁹. Interventioner som baserer sig på en tidlig indsats koordineret på tværs af fag og sektorer synes effektiv i de fleste studier. De valgte interventionsmodeller har imidlertid været forskellige og de tværfaglige teams har været sammensat på forskellige måder. Interventionerne har primært været rettet imod lænderyg – dog også andre bevægeapparatlidelser^{7, 11}. Der er meget begrænsede studier af langtidseffekter ud over 1 år efter sygemelding¹².

Flere af undersøgelserne har peget på det samfundsøkonomisk fordelagtige ved en tidlig koordineret bio-psyko-social indsats^{7, 12}. I et svensk interventionsstudie reduceredes sygefraværet det første år fra 198 dage til 145 dage i gennemsnit⁷. Økonomiske beregninger fra udenlandske studier kan næppe overføres direkte til danske forhold, da de indkomsterstøttende ydelser kan være meget forskellige, og sygefraværets længde typisk også vil afhænge af de nationale arbejdsmarkedsstrukturer. En nyere rapport fra en dansk intervention rettet mod sygemeldte med rygsmerter viste en reduktion i sygefraværestimer på 340 timer (34%) i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen og en reduktion i produktionstab i interventionsgruppen med 19.000 og 67.000 kr. pr person efter henholdsvis 6 måneder og 12 måneder, mens de direkte interventionsomkostninger beløb sig til kr. 12.000 pr person¹⁰. I et længere perspektiv kan der potentielt være besparelser til førtidspension. Vi har endnu ikke viden herom.

Som ovenfor nævnt er det meste af den viden vi har baseret på studier af sygemeldte med lænderygsmerter. Vi formoder at de samme metoder og den bio-psyko-sociale tilgang kan anvendes overfor sygemeldte med smerter i nakke-skulder regionen, men vi ved det ikke. Der er naturligvis

forskelle i metoderne ved den kliniske undersøgelse og muligvis også i den form for motion og træning, som kan forebygge udviklingen af smerter.

Fysisk træning

Fysisk træning /aktivitet ser ud til at være en vigtig del af behandlingen ved nakke/skulder smerter^{13, 14}. Ingen specifik form for fysisk træning har dog kunnet demonstrere overlegen behandlingseffekt^{13, 14}. Mens nogle studier har fundet smertereduktion og øget funktionsevne ved specifikke træningsprogrammer rettet mod styrke og udholdenhed i nakken/skulder region¹⁵⁻¹⁸, har andre studier ikke fundet lignende effekt sammenlignet med rådgivning og mere generel fysisk træning/aktivitet¹⁹⁻²². Et nyligt publiceret studie har indikeret at træning via generel fysisk aktivitet (gå, cykle og svømning) måske er mere effektiv i behandlingen af vedvarende smerter end specifik øvelsestræning hos personer med rygsmerte²³. I behandlingen af vedvarende smerter i muskler og led opfordres der i stigende grad til mere patientaktiverende og selvbehandlende strategier som f.eks. hjemmetræning²⁴. En strategi, hvor patienterne lærer et træningsprogram, kan være medvirkende til at øge patientens egen evne til at håndtere smerterne. Hvorvidt et sådan træningsprogram skal rettes specifikt mod træning af nakken/skulder regionen eller mere generel træning/aktivitet er uvist.

Rehabiliteringsmodeller

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

At det tværfaglige team er forankret på et sygehus har endnu ikke været fuldt ud afprøvet og evalueret. Efter strukturreformen forekommer der stadig afgrænsningsproblemer mellem hvad der er regionens/sygehusets opgaver, og hvad der er kommunens. Faglige, strukturelle, økonomiske og organisatoriske forhold har således betydning for hensigtsmæssige forløb. Center for Bevægeapparatlidelser ved Regionshospitalet i Silkeborg er det første sygehusbaserede center i Danmark, som siden 2004 har haft til opgave at varetage en tværfaglig og tværsektoriel intervention over for *sygemeldte* borgere fra Silkeborg, Skanderborg, Randers og Favrskov kommuner. Indsatsen på Center for Bevægeapparatlidelser i perioden 2004 til 2007 var designet som et randomiseret sammenlignende studie af en bio-psyko-social intervention (CfB-intervention) og en mini-intervention rettet mod arbejdstagere sygemeldt i 4-12 uger på grund af uspecifikke ryglidelser. Projektet planlægges videreført i indeværende år rettet mod sygemeldte med smerter i nakke, skulder eller øvre ryg, men med udgangspunkt i den hospitalsbaserede model og det indhold, som den oprindelige intervention bestod af. Desuden undersøges som noget nyt to forskellige træningsmetoders virkning på smerter i bevægeapparatet.

Metode

Der anvendes et faktorielt design i et follow-up studie, hvor sygemeldte randomiseres ad to omgange til henholdsvis:

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

Og efterfølgende til:

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

Sammenhængen mellem teamet og det øvrige sundhedsvæsen, socialforvaltningerne og virksomhederne er etableret i det foregående projekt og der bygges videre på erfaringerne herfra. De praktiserende læger henviser til Center for Bevægeapparatlidelser, hvor den sygemeldte får en tid inden for 1 uge. Den praktiserende læge henviser efter nedenstående in- og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier:

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

Eksklusionskriterier:

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

Der inkluderes i alt 350 sygemeldte over en periode på 2 år. Dette er baseret på at der skal kunne måles en forskel på 10 procentpoint på andelen, der er raskmeldt efter 1 år med en styrke på 0,80 og et signifikansniveau på 0,05.

Informeret samtykke

Den sygemeldtes praktiserende læge informerer mundtligt om projektet til de patienter, som henvender sig vedrørende smerter i nakke eller skulder og i øvrigt opfylder inklusionskriterierne. Alle praktiserende læger i de deltagende kommuner kan henvise til Center for Bevægeapparatlidelser (CfB). Såfremt patienten er interesseret i behandling på CfB, sender CfB skriftlig information om projektet inden første fremmøde, hvor deltagerne oplyses om deres ret til at medbringe en bisidder gennem hele forløbet. Personalet vil ved første fremmøde orientere mundtligt og skriftligt. Indsatsen igangsættes umiddelbart, såfremt patienten er indforstået. Hvis der ønskes betænkningstid kan det også bevilges op til 12 uger efter sygemeldingens start. Den sygemeldte udfylder både skriftlig samtykke til deltagelse i projektet og til udlevering af helbredsmæssige data.

Forløb

Ved første besøg på centeret får den sygemeldte en grundig klinisk undersøgelse af reumatolog og fysioterapeut. Umiddelbart efter foretages en blindet lodtrækning til to typer træningsindsats, enten generel motion eller generel motion suppleret med specifik nakke-træning.. Er der behov for

supplerende lægelig udredning henvises patienten til dette. Patienten får tid til svar på diverse undersøgelser og anden udredning hos reumatologen og kontrol ved fysioterapeuten efter 14 dage. De patienter, der på det tidspunkt har genoptaget arbejdet, afsluttes. For de øvrige foretages en blindet lodtrækning til mini-interventionen eller CfB-interventionen. En skematisk oversigt over forløbet er vist i figur 1.

Mini-interventionen

Mini-interventionen består af en reumatologisk udredning og undersøgelse ved fysioterapeut. Reumatologen undersøger først patienten, informerer om undersøgelsesresultatet og behandlingsmuligheder. Når undersøgelsen er færdig følger reumatologen patienten til fysioterapeuten og overleverer de væsentligste fund fra undersøgelsen. Fysioterapeuten fortsætter derefter med sin undersøgelse. Hovedelementerne i udredningen ved reumatolog og fysioterapeut er som beskrevet herunder.

Reumatolog:

- Grundig klinisk undersøgelse inklusive måling af nakkebevægeligheden
- Ved symptomer på nerverodspåvirkning bestilles MR scanning af nakken
- Ved tegn på skulderlidelse foretages ultralydsundersøgelse af skulderen og gives evt. binyrebarkhormonindsprøjtning
- Ved lungesyndromer, symptomer på hjertelidelse eller anden lidelse, hvor der er behov for det, bestilles udredning med sigte på svar efter 14 dage.
- MR scanningen af nakken planlægges til opfølgende kontrol på Regionshospitalet Silkeborg efter 14 dage, således at der gives svar samme dag
- Ultralydsundersøgelse af skulderen foretages samme dag, effekt monitoreres ved kontrol efter 14 dage (Der tages forbehold for at ultralydapparat indtil videre ikke findes i CfB. Der er dog adgang til ultralydapparat i Medicinsk dagafsnit)
- Der tages stilling til evt. anden eller supplerende smertestillende behandling
- Grundig ikke-sygeliggørende information til patienten om mulige årsager til smerterne, at man i de fleste tilfælde ikke kan se årsagen til smerterne og at fysisk aktivitet som hovedregel hjælper på smerter i bevægeapparatet.

Patienterne får tid til svar på diverse undersøgelser og kontrol hos fysioterapeuten efter 14 dage og afsluttes derefter. Journalnotater sendes direkte til sagsbehandler i jobcenteret og egen læge efter hver undersøgelse. Har patienten herefter spørgsmål vedrørende sygemeldingen henvender han sig hos egen læge eller sagsbehandleren.

Fysioterapeut:

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

Efter endt fysioterapeutisk undersøgelse informeres om, at der i dette studie afprøves to forskellige træningstilgange til af bedre smerter og funktionsniveauet, og at man ikke ved hvilken tilgang der er bedst. Der informeres om indholdet i de to interventioner og randomiseres efterfølgende til følgende hjemmetræningsprogrammer:

a) Generel motion/fysisk aktivitet

Træningsplan for motionstræning f.eks. gå, cykel og svømning lægges i samarbejde med patient. Der opfordres til at udføre motionstræningen mindst 3 x gange ugentlig i 30-60 min.

b) Generel motion/fysisk aktivitet + specifik træning

Udover motionstræning instrueres i specifikt træningsprogram for nakke og skulderregion med elastik (Thera-band), indeholdende isometriske nakkeøvelser i siddende og dynamiske øvelser for skulder og arme i stående^{15,25}.

Træningsdagbog udleveres til monitorering af træning, smerter, behandling og medicin indtag. Træningsprogrammet justeres og progredieres ved 14 dage og 3 mdr.s kontrol, retest af bevægelighed, neuromuskulær kontrol, isometrisk styrke i nakke/skulder muskulatur og submaksimal konditionstest (et-punkt test) udføres ved 3 mdr. kontrol.

CfB-interventionen

CfB-interventionen er en supplerende rehabiliteringsindsats i forhold til ovennævnte mini-interventionen. Det vil sige, at alle får en grundig udredning ved læge og fysioterapeut som ovenfor nævnt med kontrol efter 14 dage. Herefter fortsætter deltagerne i CfB-interventionen i et tværfagligt og tværsektorielt rehabiliteringsforløb med inddragelse af alle faggrupper i det tværfaglige team, hvor fokus er på genoptagelse af arbejdet.

Overordnet set består indsatsen af:

- Forløb med tværfaglig og tværsektoriel indsats styret af koordinator
- Drøftelse i det tværfaglige team
- Handleplan
- Monofaglig indsats ved behov
- Afslutning efter 3 mdr. på tværfaglig konference med sagsbehandler og arbejdsgiver, hvis arbejdet ikke er genoptaget inden da.

Koordinatoren er enten uddannet samfundsmediciner, socialrådgiver eller ergoterapeut.

Koordinatorerne har supplerende uddannelse indenfor kommunikation, hvor der anvendes elementer af TERM-modellen, systemisk, kognitiv og narrativ samtalemetode. Koordinatorerne har endvidere mange års erfaring i tværfagligt- og tværsektorielt samarbejde.

Det tværfaglige team, som udover koordinatorerne består af reumatologen, fysioterapeuten og en psykolog, er oplært i tværfagligt samarbejde og kommunikation og anvender supervision til løbende vedligeholdelse af teamets kompetencer.

Koordinatorens primære opgaver består af:

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

Koordinatorens opgave er således at sikre en relevant undersøgelse af patientens dagligdag for at afdække ressourcer og barrierer i forhold til genoptagelse af arbejdet, at koordinere udredningsforløbet på CfB, og at koordinere indsatsen omkring genoptagelse af arbejdet med inddragelse af de relevante aktører omkring den sygemeldte, som minimum kommunal sygedagpengeafdeling og arbejdsplads.

Koordinatoren er ansvarlig for processen med at udrede patientens helbredsforhold forløber kontinuerligt og sammenhængende. Herunder har koordinatoren til opgave at sikre, at patienten føler sig forstået, har indsigt i og udviklet en forklaring på sine symptomer herunder en forståelse for, at der i nogle tilfælde ikke findes en effektiv behandling, som kan fjerne symptomerne. Koordinatoren støtter patienten i at håndtere sin smertetilstand og herunder også dagligdagens krav. Sammen med patienten

kortlægger koordinatoren de arbejdsmæssige muligheder. Er der behov for offentlige hjælpemuligheder, formidler koordinatoren dette.

Koordinatoren afdækker patientens behov for støtte til at etablere kontakt med relevante parter og koordinatoren kan være den, som etablerer eller formidler kontakt til kommunen og arbejdspladsen. Koordinatoren har ansvaret for at lave de nødvendige aftaler, deltage i rundbordssamtaler og møder sammen med patienten på arbejdspladsen og evt. i kommunens sygedagpengeafdeling. Koordinatoren udarbejder sammen med patienten en handleplan for det videre forløb, som løbende justeres. Der lægges vægt på, at den helhedsorienterede rehabiliteringsindsats skræddersyes i forhold til patientens aktuelle behov. Videre at der tages hånd om problemstillinger, som har betydning for patienten, og i tilfælde hvor der er behov for andre faggruppers indsats at få denne etableret.

Koordinatorens rolle er således at få afdækket patientens behov, at bringe problemstillingerne tilbage til det tværfaglige team til drøftelse på konferencer, og etablere nødvendige monofaglige indsatser.

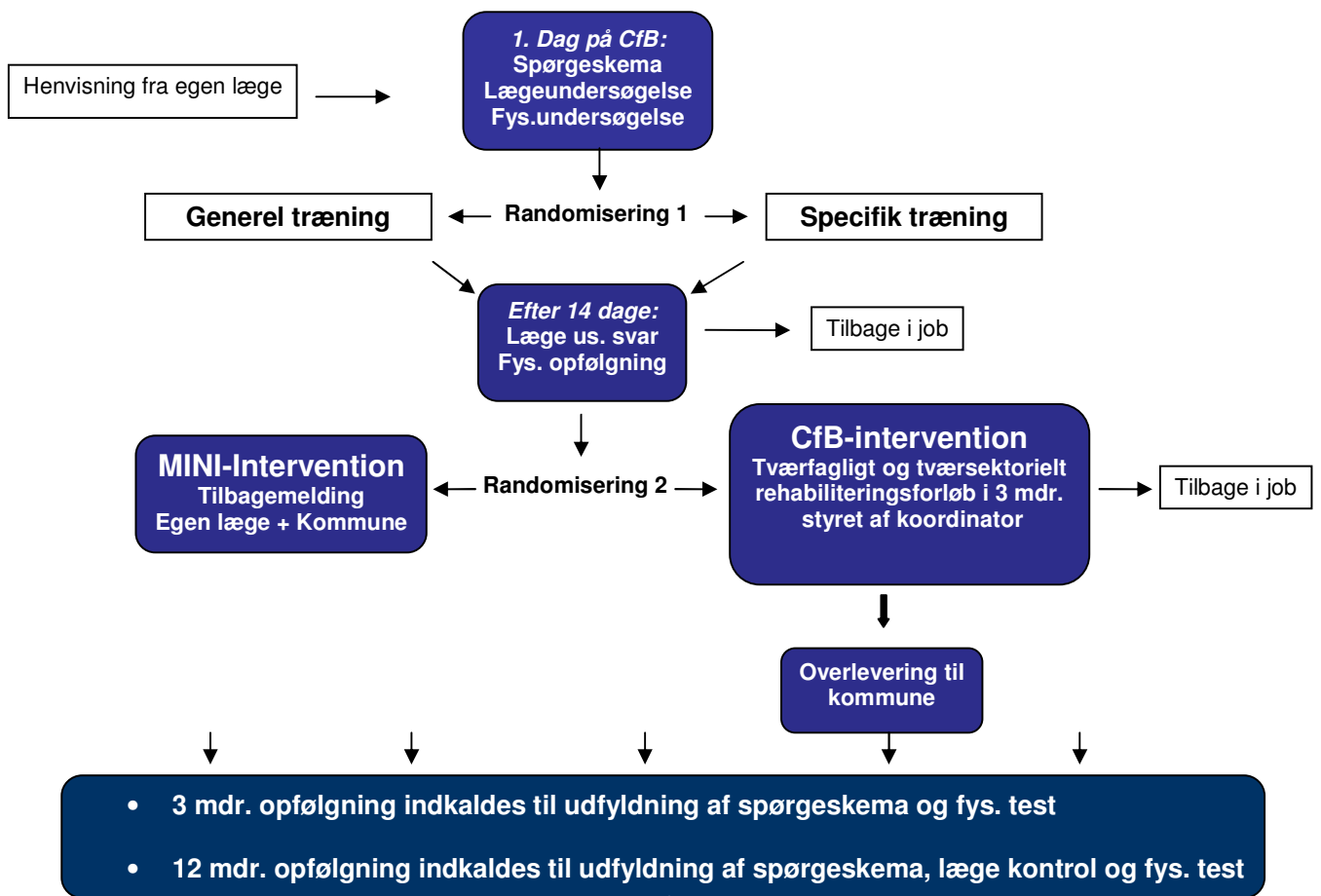
Koordinatorerne kan ved behov bidrage med følgende monofaglige indsatser:

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

Herudover kan psykologen inddrages i forløbet ved behov. Reumatologen og fysioterapeuten kan bidrage til det tværfaglige rehabiliteringsforløb med nye undersøgelser og vurderinger.

CfB- forløbet afsluttes, når patienten kommer i arbejde i samme omfang som før sygemelding. Er patienten stadig sygemeldt, når CfB-forløbet har varet 3 måneder, afholdes tværfaglig konference med deltagelse af arbejdsgiver og sagsbehandler fra jobcenteret, hvor der lægges en plan for det videre forløb med henblik på genoptagelse af arbejdet og patienten afsluttes fra CfB. Er der på afslutningskonferencen enighed om, at en del af planen for genoptagelse af arbejdet er, at patienten fortsætter forløbet på CfB, kan dette aftales. Der skal da være en klar aftale om, hvad formålet med det forlængede forløb er og hvordan der skal følges op på det.

I CfB-forløbet vil koordinatoren have regelmæssig kontakt med sagsbehandler i kommunen og med denne aftale, hvornår sagsbehandleren skal have tilbagemelding fra CfB, således at sagsbehandleren kan være opdateret til de opfølgninger, der skal foretages i kommunalt regi. Som i mini-interventionen vil der undervejs i forløbet blive sendt journalnotater til sagsbehandler og egen læge.



Figur 1. Oversigt over projektførløbet.

Evaluering

Der vil blive foretaget evaluering henholdsvis efter 3 mdr., 1, 2 og 4 år efter første besøg på CfB.

Effektmålene kan delvist rubriceres som i en Medicinsk Teknologi Vurdering omkring elementerne:

1. Indsatsens nytte (teknologiens effekt), 2. Patientperspektivet og 3. Økonomien.

Ad 1. Indsatsens nytte

Hypoteserne er at CfB-interventionen i forhold til mini-intervention:

1. Er hurtigere til at afklare erhvervs mulighederne for de sygemeldte
2. Er bedre til at fastholde de sygemeldtes tilknytning til arbejdsmarkedet
3. Medfører bedre helbred og funktionsevne.

Hypoteserne omkring træningsstudiet er at specifik træning i forhold til generel træning

4. Medfører bedre helbred og funktionsevne.

Effektmålene er arbejdsfastholdelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, sygefravær, funktionsevne og smerter. Der anvendes registerdata (DREAM) til registrering af overførselsindkomster (primært sygedagpenge) og spørgeskemaer til at vurdere funktionsevne, smerte og fysisk og mentalt helbred. DREAM-databasen bestyres af Beskæftigelsesministeriet og omfatter alle personer, der siden 1991 har modtaget offentlige overførselsindkomster. Overførselsindkomsterne er registreret ugevis, såfremt man har modtaget en ydelse mindst én dag i den pågældende uge. Cirka 100 forskellige ydelser registreres med separate koder og uger, hvor der ikke modtages overførselsindkomst, optræder uden kode.

- Raskmelding til arbejde måles som overgang til uge uden overførselsindkomst eller til arbejdsløshedsdagpenge.
- Ophør af sygemelding måles som overgang til anden kode end sygedagpengekoder.
- Afklaring til arbejdsmarkedet måles som revalidering, flexjob, uddannelse o.l.
- Afklaring ud af arbejdsmarkedet eller usikkerhed om erhvervs muligheder omfatter førtidspension, kontanthjælp o.l.

De statistiske analyser med DREAM-data vil overvejende bestå af Cox regressionsmodeller, hvor hazard ratio for de forskellige interventioner beregnes. Der anvendes et signifikansniveau på $p < 0,05$.

Der udfyldes et spørgeskema ved første opmøde i Center for Bevægeapparatlidelser og efter 1, 2 og 4 år, som indeholder validerede skalaer. Dette omfatter screeningsværktøj til personer med bevægeapparatproblemer (Ørebro-skema²⁶), som indeholder en række spørgsmål om smerter, sygefravær og arbejde samt funktionsevne relateret til skulderproblemer (DASH²⁷). DASH indeholder 30 spørgsmål, som kombineres til en enkelt score. Skemaet er udviklet til at måle funktionsevnen hos

personer med smerter i skulder, arm eller hånd. Endelig indeholder skemaet spørgsmål til belysning af fysisk og mentalt helbred og generel funktionsevne (SF-36²⁸). SF36 indeholder 36 spørgsmål, som kombineres til 8 helbredsdimensioner, 4 fysiske og 4 mentale helbredsdimensioner.

De statistiske analyser vil blive baseret på sammenligninger ved opfølgningerne efter 3 mdr., 1. 2 og 4 år. Der anvendes t-test og regressionsanalyser, hvor der kontrolleres for potentielle konfoundere, som minimum køn, alder og erhvervmæssig stilling. Der foretages frafaldsanalyser for at se om de der ikke har besvaret spørgeskemaer adskiller sig fra de øvrige deltagere.

Der udføres efterfølgende subgruppe-analyser og prediktoranalyser. Formålet er at identificere enkeltfaktorer og undergrupper, som "klarer" sig forskelligt med hensyn til ovennævnte effektmål. Derfor indeholder spørgeskemaerne oplysninger om en lang række individuelle faktorer (køn, alder, civilstand, familiære forhold), erhvervmæssig og økonomisk status (uddannelse, stilling, indkomst), arbejdsmiljø (krav, indflydelse, sociale forhold, rummelighed, anerkendelse), depression²⁹, livsstilsfaktorer (rygning og motion).

Det antages, at de fleste patienter vil kunne klassificeres som uspecifikke nakke/ armsmerter. En del vil formentlig kunne klassificeres som nerverodspåvirkning eller rotatorcuff syndrom (smerter betinget af seneforandringer i skulderen). Nerverodspåvirkning er som hovedregel betinget af såkaldte slidgigtforandringer eller diskusprolaps. Hvis patienterne efter endt udredning viser sig at have anden specifik sygdom, f. eks. klassisk gigtlidelse i nakke eller skulderled, evt. alvorlig tilgrundliggende sygdom som f.eks. kræftlidelse eller sygdom i lunger eller hjerte, som er årsag til symptomerne, ekskluderes de ikke fra projektet, hvis det f.eks. vurderes at de kan have behov for tværfaglig indsats og er randomiseret til dette.

Der gennemføres både "intention to treat" analyser, hvor alle initialt inkluderede medtages og analyser, hvor inkluderede deltagere med efterfølgende udredning af anden specifik sygdom ikke medtages.

Ad. 2 Patientperspektivet

Det overordnede formål med den kvalitative del af forskningsprojektet er at skabe viden om, hvilke forhold det er centralt at være opmærksom på i en rehabiliteringsproces, når sygemeldte skal sikres en stabil og varig tilknytning til arbejdsmarkedet.

I denne del af projektet fokuseres på forhold omkring koordinatorfunktionen og aktørerne omkring den, sygemeldtes eget perspektiv på rehabiliteringsprocessen og på deres situation. Data skabes via følgende indfaldsvinkler:

- a) Koordinatorfunktionens samspil med sygemeldte og deltagende eksterne aktører (arbejdsplads, kommune, fagforeninger m.fl.), herunder deres modtagelse og anvendelse af samt mål med den producerede viden
- b) De sygemeldtes eget perspektiv på henholdsvis fremmere og barrierer for deres rehabilitering mod ovenstående mål (stabil tilbagevenden til arbejdsmarkedet), dvs. hvilke momenter i sin omverden sygemeldte tilskriver betydning, herunder også i forhold til særligt udvalgte tematiske områder
- c) De sygemeldtes fortællinger om, hvordan de oplever dagligdagen med ondt i ryggen, at være sygemeldt og fraværende fra arbejdspladsen, om deltagelse i rehabilitering, og eget mål hermed

Formålene med de tre indfaldsvinkler er at få perspektiverede og dermed forskellige indsigter på rehabiliteringsprocessen i projektet: Hvordan modtager og anvender de deltagende aktører, herunder sygemeldte selv, den viden, der produceres i samarbejde med CfB-koordinatorfunktionen vedrørende den sygemeldtes rehabilitering, og hvordan samordnes målene? Hvilke momenter tilskriver de deltagende aktører betydning, herunder sygemeldte selv, i sygemeldtes rehabiliteringsproces, herunder et timing-aspekt. Sidst, at skabe et psykosocialt indblik i de sygemeldtes perspektiv på deres aktuelle livssituation.

Ramme

De tre indfaldsvinkler placerer sig i en ramme, som illustrerer den sygemeldtes situation og projektets intervention med en model, der fremstiller processen som en fremadrettet bevægelse mellem tre tilstande (positioner): sygemeldtes liv før sygemelding (1), under (2) og 'tilbage i arbejde' (3). Processen kan anskues som et rehabiliteringsforløb. Projektets intervention placerer sig ved position to og mellem to og tre og kan karakteriseres som tiltag, der skal sikre, at sygemeldte bevæger sig mod position tre. Den kvalitative del af undersøgelsen fokuserer på denne bevægelse og dens tiltag, momenter og aktører (koordinatorfunktionen), samt på sygemeldtes perspektiv herpå. Desuden fokuserer den på sygemeldtes oplevelse af deres situation med smerter og sygemelding (position 2). Rammen tillader, at den kvalitative undersøgelse retter opmærksomheden mod de sygemeldte på flere niveauer: tidsmæssigt (før, under og mod fremtiden), omverdensmæssigt (sygemeldtes personlige og private liv, koordinatorfunktionen i projektet, eksterne aktører i projektet: arbejdsplads, kommune, fagforening, praktiserende læge m.m.), samt på selve koordinatorfunktionen som omdrejnings- og samlingspunkt for rehabiliteringsindsatsen og -forløbet.

Informanter

Data skabes gennem følgende udvalgte informanter

- Udvalgte sygemeldte i CfB-interventionen
- Projektets koordinatører (+ teamet)

- Eksterne aktører, fortrinsvis med tilknytning til udvalgte sygemeldte

Metoder

Som metode til indhentning af data på processen i forhold til koordinatorsamspil med aktører (a) anvendes deltager-observation, med afsæt i en antropologisk teoretisk metodetilgang. Den sygemeldtes følges fra første møde på CfB, gennem samspillet med koordinator og videre i processen – eksterne aktører inddrages i forhold til samspil omkring modtagelse, anvendelse og mål med den producerede viden. Deltager-observation anvendes, fordi den kan forholde sig til flere aktører og kontekster og deres samspil. Den er samtidig katalysator for en erkendelses- og analyseproces, som kan bibringe ny viden, og nye tilgange og forståelser som kan udnyttes i andre dele af den kvalitative tilgang.

Som metode til indhentning af data på sygemeldtes perspektiv på konkrete rehabiliteringstiltag (b) anvendes antropologiske metoder i form af kvalitative åbne samtaler under deltager-observationen, suppleret med semi-strukturerede interviews i denne eget hjem eller på CfB. Interviewene tager afsæt i en relativt åben form, som er stand til at imødekomme den interviewedes perspektiv, og som samtidigt kan dække udvalgte tematiske områder.

Som metode til skabelse af data under punkt c anvendes narrativ interviewmetode, som gennemføres i sygemeldtes eget hjem, eller andet sted efter dennes ønske. Den narrative tilgang anvendes, fordi den kan udforske de komplekse motiver, der ligger bag personers valg af handlinger og viser de rammer, som krop og kontekster sætter for dem.

Ad. 3. Økonomien

Interventionsomkostningerne bliver detaljeret registreret og opgjort som summen af enkeltydelser og forbrug af receptpligtig medicin. Omkostninger til sygedagpenge, andre sociale ydelser og førtidspensionering beregnes. Data indhentes via DREAM register, Sundhedsydelsesregister og fra det tværfaglige teams egne opgørelser over ydelserne. De to interventioner sammenlignes både med en cost-effectiveness analyse med et samfundsøkonomisk perspektiv samt en kasseøkonomisk analyse.

Etik

Der indhentes tilladelse fra Datatilsynet vedrørende indhentning af spørgeskemabesvarelse, brug af registre og kvalitative data..

Interviews optages på elektronisk diktafon og transskriberes efterfølgende fuldt ud. Udsagn og observationer anonymiseres ved analyse og ved formidling. Filer og udskrifter destrueres efter brug og senest ved projektets afslutning.

Interventionerne indeholder ingen nye medicinske behandlingsformer, hvis man ser på de enkelte elementer. Det nye består udelukkende af den koordinering og det tværfaglige samarbejde, der finder sted. Erfaringer fra lignende forsøg peger ikke på forhånd i retning af at den ene intervention er bedre end den anden for alle sygemeldte, heller ikke de to træningsmetoder. Der er dog begrundet belæg for at antage at der er en forskel i virkningen af de forskellige interventioner for nogen sygemeldte, som efterfølgende kan identificeres i subgruppe analyser, såfremt de anvendte inklusionskriterier ikke på forhånd kan udskille sygemeldte, som har mere gavn af den ene intervention frem for den anden. Man kan derfor ikke over for den enkelte sygemeldte fremføre at den ene intervention på forhånd må anses for at være mere optimal end den anden.

Der kan ikke forventes nogen risici eller bivirkninger med hensyn til helbredsmæssige konsekvenser udover hvad man ellers kunne forvente i normal praksis.

Økonomisk støtte

Projektet er sat i værk på initiativ af Center for Folkesundhed, Århus og Regionshospitalet Silkeborg, begge hører under Region Midtjylland, hvor alle medarbejdere i projektet også er ansat. Projektets drift er støttet af de deltagende kommuner og Regionshospitalet Silkeborg. Evalueringen er støttet af Regionshospitalet Silkeborg, Region Midtjylland og Arbejds miljøforskningsfondet (kr 3.900.000 over 3 år).

Referencer

1. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed. Eds: Kjølner, M. et al.
2. Beskæftigelsesministeriet 2007
3. Nyman, T. et al. "Sickness absence and concurrent low back and neck-shoulder pain: results from the MUSIC-Norrtälje study." *Eur Spine J* 16.5 (2007): 631-638.
4. IJzelenberg, W., et al. "Impact of musculoskeletal co-morbidity of neck and upper extremities on healthcare utilisation and sickness absence for low back pain." *Occup Environ Med.* 61.10 (2004): 806-10.
5. Lötters, F., et al. "Prognostic Factors for duration of sickness absence due to musculoskeletal disorders." *Clin J Pain* 22.2 (2006): 212-221.
6. Anema, J. A., et al. "Multidisciplinary Rehabilitation for Subacute Low Back Pain: Graded Activity or Workplace Intervention or Both? A Randomized Controlled Trial." *Spine.* 32.3 (2007): 291-98.
7. Arnetz, B. B., et al. "Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study." *J.Occup.Environ.Med.* 45.5 (2003): 499-506.
8. Loisel, P., et al. "A population-based, randomized clinical trial on back pain management." *Spine.* 22.24 (1997): 2911-18.
9. Karjalainen, K., et al. "Mini-intervention for subacute low back pain". *Spine* 28.6 (2003): 533-541.
10. Kilsgaard, J., et al. "Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA)". Syddansk Universitet, Arbejdsmiljøinstituttet og Vejle Amt. 2007.
11. Cheng, A.S. et al. "Randomized controlled trial of workplace-based rehabilitation for work-related rotator cuff disorder." *J Occup Rehabil.* 17.3 (2007):487-503.
12. Loisel, P., et al. "Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study." *Occup Environ.Med* 59.12 (2002): 807-15.
13. Hurwitz, E. L., et al. "Treatment of neck pain: noninvasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders." *Spine* 33.4 Suppl (2008): S123-S152.
14. Verhagen AP, Karels C, Bierma-Zeinstra SM, Feleus A, Dahaghin S, Burdorf A, et al. Exercise proves effective in a systematic review of work-related complaints of the arm, neck, or shoulder. *J Clin Epidemiol* 2007 Feb;60(2):110-7.
15. Ylinen J, Takala EP, Nykanen M, Hakkinen A, Malkia E, Pohjolainen T, et al. Active neck muscle training in the treatment of chronic neck pain in women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003 May 21;289(19):2509-16.
16. Ylinen J, Hakkinen A, Nykanen M, Kautiainen H, Takala EP. Neck muscle training in the treatment of chronic neck pain: a three-year follow-up study. *Eura Medicophys* 2007 Jun;43(2):161-9.
17. Ylinen J. Physical exercises and functional rehabilitation for the management of chronic neck pain. *Eura Medicophys* 2007 Mar;43(1):119-32.

18. Andersen LL, Kjaer M, Sogaard K, Hansen L, Kryger AI, Sjogaard G. Effect of two contrasting types of physical exercise on chronic neck muscle pain. *Arthritis Rheum* 2007 Dec 28;59(1):84-91.
19. Blangsted AK, Sogaard K, Hansen EA, Hannerz H, Sjogaard G. One-year randomized controlled trial with different physical-activity programs to reduce musculoskeletal symptoms in the neck and shoulders among office workers. *Scand J Work Environ Health* 2008 Feb;34(1):55-65.
20. Taimela S, Takala EP, Asklof T, Seppala K, Parviainen S. Active treatment of chronic neck pain: a prospective randomized intervention. *Spine* 2000 Apr 15;25(8):1021-7.
21. Viljanen M, Malmivaara A, Uitti J, Rinne M, Palmroos P, Laippala P. Effectiveness of dynamic muscle training, relaxation training, or ordinary activity for chronic neck pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2003 Aug 30;327(7413):475.
22. Andersen LL, Jorgensen MB, Blangsted AK, Pedersen MT, Hansen EA, Sjogaard G. A randomized controlled intervention trial to relieve and prevent neck/shoulder pain. *Med Sci Sports Exerc* 2008 Jun;40(6):983-90.
23. Hurwitz EL, Morgenstern H, Chiao C. Effects of recreational physical activity and back exercises on low back pain and psychological distress: findings from the UCLA Low Back Pain Study. *Am J Public Health* 2005 Oct;95(10):1817-24.
24. Haldeman S, Carroll LJ, Cassidy JD. The empowerment of people with neck pain: introduction: the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 2008 Feb 15;33(4 Suppl):S8-S13.
25. Ylinen J, Ruuska J. Clinical use of neck isometric strength measurement in rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1994 Apr;75(4):465-9.
26. Linton SJ. Örebromanualen for screening av patienter med muskuloskeletal besvär. 1999. Örebro Medicinska Center.
27. Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: The DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand). *Am J Ind Med* (1996) 29: 602-608
28. Bjørner JB DMWTea. Dansk manual til SF-36. Et spørgeskema om helbredsstatus. København: Lif; 1997.
29. Christensen KS, Fink P, Toft T, Frostholt L, Ornbol E, Olesen F. A brief case-finding questionnaire for common mental disorders: the CMDQ. *Fam Pract* 2005 Aug;22(4):448-57