

IPS in Pain

Individuell jobbstøtte for pasienter med langvarige smerter



Sluttrapport
2023

Forord

Prosjektet er finansiert av FoU-midler fra NAV, supplert med tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet.

Tittel på studien:

En randomisert kontrollert studie av effekten av individuell jobbstøtte for pasienter med langvarige smerter.

Engelsk tittel:

A randomized controlled trial assessing the effectiveness of the Individual Placement and Support model for patients with chronic pain in an outpatient hospital pain clinic.

Prosjektgruppen:

- Silje Endresen Reme, prosjektleder
- Lars Petter Granan
- Thomas Knutzen
- Henrik Børsting Jacobsen
- Tone Marte Ljoså

Forskningskoordinatorer: Linn Rødevand & Lene Linnemørken

Forsker: Vigdis Sveinsdottir

Jobbspesialister: Human Mohammadpour og Tonje Thue

NAV-koordinator: Sarah Assmuth

Klinikkleder og forskningsleder: Audun Stubhaug

Grafikk: Freepik.com

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	4
Introduksjon og bakgrunn	5
Bakgrunn	5
Arbeid er terapeutisk.....	5
Individuell Jobbstøtte	5
Problemstillinger	6
Metode og design	6
Forskningsdesign	6
Organisatorisk modell	6
Intervensjonsgruppen (IPS)	7
Kontrollgruppen	7
Kvalitetssikring	8
Rekruttering og randomisering	8
Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
Endepunkter	9
Statistiske analyser	10
Dataregistrering.....	10
Utvalgsstørrelse.....	10
Drop-out og non-compliance	10
Tilleggsanalyse: Historisk kontrollgruppe.....	11
Forankring og strategisk betydning	12
Etikk og personvern.....	12
Pilotstudie.....	12
Resultater	13
Beskrivelse av deltakerne i forskningsprosjektet	13
Effektresultatene	13
Historisk kontroll	15
Kvalitetsevalueringene	16
NAV-koordinatoren	17
Prosessmål.....	19
To eksempler	22
Oppsummering og diskusjon	24
Oppsummering.....	24
Konteksten for studien	25
Effekten av IPS på helse og livskvalitet.....	26
Begrensninger og svakheter ved studien	26
Implikasjoner	27
Referanser	27

Sammendrag

Langvarige smertetilstander er den vanligste årsaken til sykefravær og uføretrygd i Norge, og det finnes få dokumenterte tiltak for å øke arbeidsdeltakelsen i denne gruppen. Individuell jobbstøtte (IPS) er en modell for å hjelpe folk i jobb som har vist svært gode resultater for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Modellen har imidlertid aldri vært undersøkt for pasienter med langvarige smertetilstander. Det var bakgrunnen for denne studien.

Resultatene fra studien er ikke statistisk sikre, antakelig på grunn av for lav statistisk styrke som følge av få deltakere. Studien viser likevel viktige funn. Deltakerne som fikk IPS kom i jobb i langt større grad enn deltakerne i kontrollgruppen. I tillegg til høyere andel i jobb på hvert måletidspunkt, jobbet IPS-gruppen flere timer i snitt (IPS: 217 timer, kontrollgruppen: 123 timer), og andelen som jobbet mer enn 20 timer i uken var høyere i IPS-gruppen (18 %) enn i kontrollgruppen (12 %). I tråd med IPS-metodikken, fikk IPS-deltakerne jobb i ulike bransjer. Resultatene viste videre ingen effekter av IPS – verken positive eller negative - knyttet til psykisk helse, funksjon eller livskvalitet.

Denne studien er den første studien i sitt slag – både nasjonalt og internasjonalt – som har undersøkt effekten av IPS for pasienter med langvarige smerter. På tross av manglende statistisk sikre effekter, oppnådde mer enn halvparten av deltakerne i IPS-gruppen å komme i ordinært lønnet arbeid. Dette er på høyde med resultatene fra IPS-studier med den opprinnelige målgruppen, og kan tyde på at IPS også kan fungere for denne nye målgruppen.

Prosessmål tydet på at de aller fleste var fornøyd med jobbstøtten (89 % svarte at de var ganske/svært fornøyd). Videre svarte 78 % at de opplevde jobbstøtten som ganske/svært nyttig. Av faktorer som var til hinder svarte flest at smertene (52 %) og mobilitet (å komme seg til de forskjellige stedene, 26 %) var til hinder. Av faktorer som var til hjelp ble tilgjengeligheten til jobbspesialisten trukket frem (19%), samt muligheten til å velge åpenhet rundt sykdommen (18 %) og de konkrete handlingsstegene underveis i søkeprosessen (16 %).

Vi fant ikke grunnlag for at det trengs spesielle tilpasninger av jobbspesialistrollen for denne pasientgruppen, og NAV-koordinator som inngår i det tverrprofesjonelle teamet bidro til bedre kvalitet og mer effektiv jobbstøtte.

Oppsummert viser denne studien at IPS er mulig å gjennomføre ved en poliklinisk sykehusavdeling for pasienter med langvarige smertetilstander, og at IPS har potensiale for denne nye målgruppen. Med over halvparten i ordinært lønnet arbeid i løpet av oppfølgingsperioden, danner studien et solid rasjonale for å undersøke effekten av IPS for pasienter med kronisk smerte i større og mer metodologisk robuste studier. En slik studie er nå under planlegging.

Introduksjon og bakgrunn

Bakgrunn

Langvarig smerte rammer opptil 30 % av den voksne befolkning i Norge ([Landmark et al., 2012](#); [Rustoen et al., 2004](#)) og kan ha betydelige personlige og sosiale konsekvenser. En av konsekvensene involverer redusert arbeidsevne og eksklusjon fra arbeidsmarkedet ([Ellingsen, 2021](#); [Overland et al., 2012](#)). Ryggsmertener alene koster nærmere 40 milliarder kroner i sykefraværskostnader, og over 60 milliarder kroner i uførekostnader hvert år ([Ihlebak & Lærum, 2004](#); [Lærum et al., 2013](#)). Det finnes gode eksempler på at personer med langvarige smertetilstander kan ha god nytte av arbeidsrettede tiltak ([Gismervik et al., 2020](#); [Lambeek et al., 2010](#)), likevel inkluderes sjelden slike tiltak i behandlingen ved dagens smerteklinikker. Arbeidsrettede tiltak unngås til og med aktivt, av flere grunner: De er ofte for krevende, behandlerne mangler kompetanse, og tidsressursene som må legges ned kan ikke forsvares i en klinisk virksomhet med fokus på produksjon og kortsiktige økonomiske mål. Politisk er det imidlertid nå et økende fokus på å forene arbeid og helse i all pasientbehandling ([Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021](#)).

Arbeid er terapeutisk

Arbeid er for de fleste den viktigste kilden til økonomiske og materielle ressurser, og inngår i sentrale mål på sosioøkonomisk status, som igjen er assosiert med helse. Arbeidsrutiner gir struktur på hverdagen, og dette virker gunstig på kosthold, søvn og fysisk aktivitet samt reduserer rusbruk. For mange er arbeidet en viktig del av identiteten, og gir muligheter til å bruke evner og utdanning. Arbeidslivet bidrar også til samhørighet og fellesskap i form av felles erfaringer, målsettinger og referanserammer. Kunnskapsoppsummeringer av forskning på området tyder videre på at fravær av arbeid kan ha en rekke alvorlige konsekvenser i form av uhelse, sykdom og tidlig død ([Meneton et al., 2015](#); [Roelfs et al., 2011](#)), mens det å komme tilbake til arbeid er assosiert med gunstige effekter på helsen ([Rueda et al., 2012](#)). Blant mange pasienter med langvarige smertetilstander, angis også utenforskapet fra arbeidslivet som et større problem enn smertene i seg selv ([Ojala et al., 2015](#)).

Individuell Jobbstøtte

Individual Placement and Support (IPS) er en evidensbasert tilnærming for å bistå mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer til å skaffe og beholde vanlig, lønnet arbeid ([Bond & Drake, 2012](#); [Drake et al., 1999](#)). IPS bygger på idéen om at alle som vil jobbe, kan jobbe forutsatt at man finner riktig type jobb og arbeidsmiljø. Metoden innebærer at deltaker får oppfølging og støtte mot ansettelse parallelt med behandling, og det fokuseres på ordinær ansettelse uten bruk av ulønnet praksis/trening. Det vil altså si lønnet arbeid i stillinger som ikke er forbeholdt personer med diverse funksjonsnedsettelse eller tilretteleggingsbehov. Tilbudet er individuelt tilpasset, og legger vekt på å igangsette jobbsøk basert på deltakerens interesser og ferdigheter. Jobbsøk starter så tidlig som mulig og senest innen 1 måned etter inntak. På verdensbasis kan denne tilnærmingen vise til best effekt på inkludering i arbeidslivet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser ([Bond, Drake, et al., 2012](#)), men modellen har aldri før vært undersøkt for pasienter med langvarige smerter og samtidige psykiske helseproblemer.

IPS modellen følger 8 prinsipper, og forskning har vist at sjansen for å lykkes er større jo tettere man følger prinsippene (1). De 8 prinsippene er som følger:

1. Alle som ønsker å jobbe, er kvalifisert for IPS (ingen ekskluderes)
2. Målet er vanlig, lønnet arbeid
3. IPS-tjenester er integrert med behandling i helsevesenet
4. Det gis tilpasset økonomisk veiledning
5. Jobbsøkingen starter kort tid etter at en deltaker har uttrykt interesse for å jobbe
6. Jobbspesialister bygger relasjoner til arbeidsgivere basert på deltakernes preferanser
7. Individuelt tilpasset jobbstøtte har ingen tidsbegrensning
8. Deltakernes preferanser respekteres

Problemstillinger

Hovedmålet med denne studien var å undersøke effekten av Individuell jobbstøtte (IPS) som en integrert del av den tverrprofesjonelle behandlingen for pasienter med langvarige smerter. I tillegg hadde vi følgende to delmål: 1) Evaluere jobbspesialistrollen, og behovet for eventuelle tilpasninger til denne pasientgruppen, og 2) Undersøke hvorvidt en jobbstøttemodell, hvor det ansettes en NAV-koordinator som inngår i det tverrprofesjonelle teamet, bidrar til bedre kvalitet og mer effektiv jobbstøtte.

Metode og design

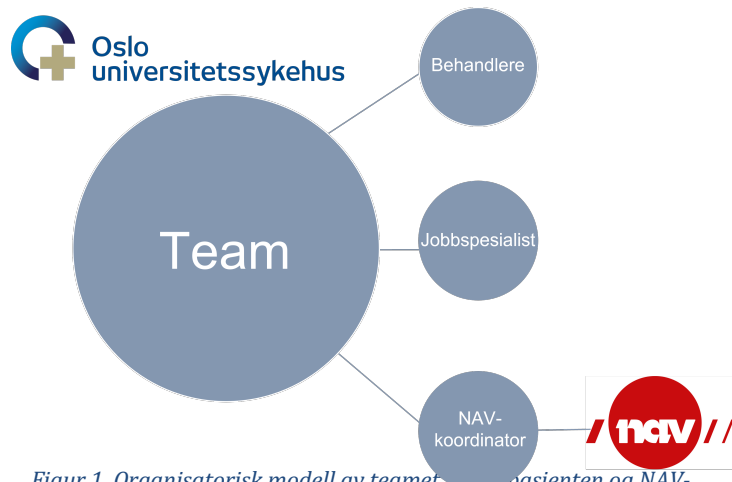
Forskningsdesign

Utprøvingen ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie (RCT). Se egen protokollartikkel som beskriver hele studiedesignet og gjennomføringen av prosjektet i større detalj ([Linnemørken et al., 2018](#)). Pasienter som samtykket til deltakelse, ble randomisert til:

- 1) Ordinær tverrfaglig behandling (kontroll) eller
- 2) IPS integrert med den tverrfaglige behandlingen (intervensjon)

Organisatorisk modell

To jobbspesialister ble ansatt ved Avdeling for smertebehandling. Denne avdelingen ligger under Akutt klinikken på Ullevål sykehus og er en tverrfaglig poliklinikk for pasienter med sammensatte smertetilstander. I forbindelse med prosjektet ble det også ansatt en NAV koordinator for å sikre god kontakt med alle de tilhørende NAV-kontorene til Avdeling for smertebehandling. NAV koordinatorerne hadde dermed som sin primære funksjon å sørge for stønads- og ytelsesrådgivning gjennom kontakten med lokale NAV-kontor.



Figur 1. Organisatorisk modell av teamet rundt pasienten og NAV-koordinatorens rolle ut mot lokale NAV-kontor.

Avdeling for smertebehandling er det et stort antall lokale NAV-kontor. Siden deltakerne i prosjektet ble rekruttert fra hele Oslo, ville det i praksis ha betydd kontakt med flere titalls NAV-veiledere. En NAV-koordinator fremstod dermed som en fleksibel og god løsning. For å fylle denne rollen ansatte vi en person med formell ansettelse i fylkesadministrasjonen, men sitt arbeidssted ved Avdeling for smertebehandling i prosjektperioden. I tillegg til ad-hoc møter mellom jobbspesialistene, NAV-koordinatoren og behandlerne på avdelingen, ble det satt opp faste IPS møter (vanligvis annenhver uke) for å samarbeide rundt inkluderte deltakere. Behandlerne som var involvert i behandlingen av deltakerne inkluderte anestesilege, fysikalskmedisiner, gynekolog, nevrolog, psykolog, ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier.

Figur 1 viser den organisatoriske modellen hvor behandler, jobbspesialist og NAV-koordinator jobber i team rundt pasienten, men hvor NAV-koordinatoren også har en utadrettet rolle med samarbeid med de ulike NAV-kontorene. Vi ønsket å prøve ut denne modellen i motsetning til en modell hvor jobbspesialistene jobber direkte med hver enkelt NAV-veileder både av effektivitetshensyn og av logistikkhensyn. I nedslagsfeltet til

Intervensjonsgruppen (IPS)

Deltakere som ble randomisert til IPS fikk oppfølging av en jobbspesialist i tillegg til ordinær smertebehandling. De 8 IPS-prinsippene ble fulgt, og eneste adaptoring til denne nye målgruppen innebar integrasjon med somatiske (og ikke kun psykiske) helsetjenester, samt stønadsrådgivning via NAV-koordinator som tidligere beskrevet. Jobbstøtten ble tilbudt inntil 2 år for deltakere som ble inkludert i løpet av det første året, og inntil 1 år for deltakere som ble inkludert det siste halvåret av inklusjonsperioden. Deltakere som hadde behov for oppfølging utover dette ble videreformidlet til sitt lokale NAV-kontor med anbefaling om å fortsette jobbstøtten i henhold til IPS-metodikk.

Kontrollgruppen

Det var viktig at deltakere som ble randomisert til kontrollgruppen fikk behandling som var etisk akseptabel, og som ikke ville oppleves som mindre attraktiv. Dersom kontrollgruppen opplever tilbudet som mindre attraktivt, vil en risikere at flere trekker seg fra prosjektet underveis i tillegg til at det kan forekomme nocebo-effekter (subjektiv forverring som følge av negative forventninger). I verste fall kan dette redusere muligheten for å sammenligne resultater, men det kan også gi systematiske skjevheter som kan prege resultatene. I denne studien ga vi kontrollgruppen tilbud om en enkeltstående samtale med en av prosjektmedarbeiderne i prosjektet, hvor de ble gitt en selvhjelpsmappe hvor vi hadde samlet oppdatert og relevant informasjon om hvordan best jobbe på egenhånd for å komme i arbeid, samt relevante selvhjelpsressurser. Denne mappen ble overlevert personlig av en av prosjektmedarbeiderne, og gjennomgått sammen med deltakerne. Dersom deltakerne

hadde spørsmål eller ønsket ytterligere råd, fikk de det i denne samtalen. De ble også rådet til å ta kontakt med sin NAV-veileder for å bli søkt inn på liknende tiltak gjennom det ordinære NAV-systemet.

Kvalitetssikring

For å sikre etterlevelse av IPS-metodikken, ble det gjennomført halvårlige kvalitetsmålinger i rekrutteringsperioden (2016-2017). Kvalitetsmålingene ble gjennomført i henhold til den etablerte, oversatte kvalitetsskalaen for IPS ([Becker et al., 2019](#)). Det ble gjennomført til sammen 4 evalueringer i rekrutteringsperioden (2016-2017). Evalueringene ble gjennomført hvert halvår, fra begynnelsen av 2016 til slutten av 2017, av evaluator Thomas Knutzen i IPS Norge AS. Evaluator har opplæring i å gjennomføre kvalitetsevalueringer fra The IPS Employment Center i USA, samt har omfattende erfaring med praktisk gjennomføring av evalueringer fra både USA og Norge. Evalueringene er basert på IPS-25, med oversettelse godkjent av The IPS Employment Center. For å sikre høy kvalitet på innhenting av data, samt god datasikkerhet, ble evalueringen gjennomført med en kombinasjon av digitale spørreskjema, observasjon og gjennomgang av dokumenter. Data ble analysert i et egenutviklet verktøy som sikret korrekte utregninger, og som reduserte behovet for konsensusmåling. Det bemerkes at evalueringene er svært konservativt gjennomført for å sikre god utvikling av IPS-programmet. Eksempelvis er utregningen for tid brukt i lokalsamfunnet basert på innhenting av nøye førte jobblogger som sammenstilles med data fra andre kilder samt gjennomgang av journalnotater. Dette skiller seg fra evalueringer vi har erfaring med fra tidligere prosjekter i Norge som i større grad baserer seg på få kilder og omtrentlige beregninger.

Kvalitetsskalaen er delt inn i tre deler; Ansatte, Organisering og Tjenester. Hvert element vurderes på en 5-punkts skala som spenner fra 1 = ingen implementering til 5 = full implementering, med mellomliggende tall som representerer stadig større grad av implementering. Programmer som har fullstendig implementert IPS i henhold til skalakriteriene har vist seg å ha vesentlig bedre resultater for oppnåelse av ordinært, lønnet arbeid til pasientene enn de som ikke gjør det.

Rekruttering og randomisering

Pasienter med langvarig smerte ble løpende rekruttert og randomisert ved Avdeling for Smertebehandling i perioden fra november 2015 til desember 2017. Alle behandlere, inkludert kontorpersonale, fikk opplæring i inklusjonsprosedyrene. På avdelingen ble det hengt opp plakater og lagt ut brosjyrer med informasjon om studien og kontaktinformasjon til prosjektleder og prosjektkoordinator, slik at pasientene også kunne ta direkte kontakt. Dersom en pasient ønsket å delta, signerte de informert samtykke. Deretter randomiserte prosjektkoordinator eller prosjektleder pasienten ved hjelp av en computergenerert randomiseringsprosedyre, og ga deretter beskjed til pasient hvilke tilbud pasienten fikk. De første månedene av inklusjonen ble det gjort en 2:1 ratio randomisering i favør av IPS for å sørge for at jobbspesialistene fikk fylt opp porteføljen sin.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Deltakere ble inkludert i studien basert på følgende inklusjonskriterier:

- Langvarig smerte

- Ingen jobbtilknytning (arbeidsledig, uføretrygd, AAP eller ingen stønad)
- Ønske om å jobbe
- Bosatt i Oslo
- 18-65 år
- Tilstrekkelige norskkunnskaper til å kunne fylle ut spørreskjema

Endepunkter

Primært endepunkt

Det primære endepunktet i den eksperimentelle delen av prosjektet var tilbakeføring til ordinært lønnet arbeid. I tråd med internasjonale IPS-studier ([Bond, Campbell, et al., 2012](#)) ble dette definert som andelen deltakere i hver gruppe som kom i ordinært lønnet arbeid i løpet av oppfølgingsperioden (1 år), med terskel på minst en dags arbeid. Utfallsmålet involverte dermed en binær variabel (i jobb versus ikke i jobb). Vi undersøkte også langtidseffekten ved 2 års oppfølging på samme måte som ved 1 år.

Sekundære endepunkt

Arbeid

I tillegg til det enkle primære endepunktet om jobb vs. ikke jobb, inkluderte vi flere andre indikatorer på suksess i tråd med internasjonale anbefalinger om effektrapportering i IPS-studier ([Bond, Campbell, et al., 2012](#)): Andelen som jobbet >20 timer pr uke (i praksis minst 50 %), totalt antall timer arbeidet og antall uker arbeidet i løpet av 1-års oppfølgingen. Jobbspesialistene registrerte også hva slags type jobb deltakerne i IPS-gruppen fikk.

Helse

For å undersøke helse og livskvalitet blant deltakerne, brukte vi en rekke standardiserte og validerte spørreskjema for måling av dette:

Helserelatert livskvalitet ble målt ved hjelp av helsetermometeret i Euro-Quol. The Euro Quol Visual Analogue Scale (EQ-VAS) er vertical skala som går fra 0 (verst tenkelige helsetilstand) til 100 (best tenkelige helsetilstand) ([EuroQol Group, 1990](#)). Dette målet har i tidligere studier vist seg å være et akseptabelt mål på generell helse-relatert livskvalitet ([Cheng et al., 2021](#)).

Smerterelatert funksjon ble målt ved hjelp av en modifisert versjon av Oswestry Disability Index. Modifiseringen bestod i å slette ordet "rygg" i instruksjonen for å måle smerte generelt i stedet for ryggsmerte spesielt. ODI har vist seg å være et valid og reliabelt mål på funksjonstap ([Davidson & Keating, 2002](#); [Fairbank & Pynsent, 2000](#)), og består av 10 ledd som handler om effekten smertene har på ulike aktiviteter i dagliglivet. Hvert ledd skåres på en skal fra 0 til 5, hvor høyere verdier representerer høyere funksjonstap.

Angst og depresjon ble målt ved hjelp av the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25). ([Derogatis et al., 1974](#)). HSCL-25 består av 25 spørsmål, har en subskala for angst og en for depresjon, og har vist tilfredsstillende validitet og reliabilitet ([Strand et al., 2003](#)). Hvert spørsmål ble skåret på en skala fra 1-4, hvor høyere verdier representerer mer alvorlige symptomer. En terskelverdi på ≥ 1.75 indikerer behov for behandling ([Strand et al., 2003](#)).

Smerteintensitet ble målt ved hjelp av numerisk skala (NRS) fra the Brief Pain Inventory (BPI). Deltakerne ble bedt om å rangere sin nåværende, verste og gjennomsnittlige smerte i løpet av siste uke, fra 0 (ingen smerte) til 10 (verst tenkelige smerte). BPI har i tidligere studier vist seg å ha høy reliabilitet og validitet som et verktøy for klinisk måling av behandlingseffekt ([Cleeland & Ryan, 1994](#)).

Statistiske analyser

Deskriptiv statistikk ble brukt for å beskrive deltakerne i hver gruppe. For å undersøke det overordnede målet med studien, ble det gjort en Kjikvadrat test som sammenliknet de to gruppene på primært endepunkt ved 1 års-oppfølging. I disse testene ble Odds Ratio (OR) og 95% konfidensintervall (CI) også kalkulert. En graf visualiserer arbeidsdeltakelse i de to gruppene (figur 2). Uavhengige t-tester ble brukt for å sammenlikne intervensjons- og kontrollgruppene på helseutfall. På grunn av et lite antall deltakere, hvilket ga usikre estimater, ble det også gjort analyser ved hjelp av Mixed Effects Regression Models som justerte for verdier ved baseline og missing data ved bruk av maximum likelihood estimation (MLE). MLE er en metode som kan håndtere komplekse strukturer av manglende data. Det ble også gjort en tilleggsanalyse som involverte en historisk kontrollgruppe.

Dataregistrering

Det ble gjort elektroniske pre- og post-målinger ved hjelp av OUS smerteregister som allerede er etablert og i bruk ved avdelingen. Registeret er godkjent av Personvernombudet, og forutsetter en egen samtykkeerklæring. I registeret inngår en standardisert screening som gjøres samme dag som første pasientkonsultasjon, men før denne konsultasjonen gjennomføres. Post-målingen ble gjort 6 og 12 måneder etter inklusjon. Utlevering av data fra OUS-smerteregisteret ble gjort i henhold til vilkårene knyttet til registeret. Et lite tillegg om jobbrelevante spørsmål ble lagt til 6 og 12 måneders oppfølgingen for deltakere i prosjektet. Disse spørsmålene er standard for alle IPS-studier, og muliggjør dermed sammenlikning på tvers av studier nasjonalt og internasjonalt.

Utvalgsstørrelse

Beregninger av utvalgsstørrelse var basert på internasjonale data fra tidligere IPS-studier som har vist en tilbakeføring til ordinært lønnet arbeid på 23 % for kontrollgruppen sammenliknet med 61 % i IPS-gruppen ([Bond et al., 2008](#)). Dersom vi bruker 23 % og 61 % som plausible arbeidsdeltakelsesrater etter intervensjonene, trengs det 31 deltakere i hver gruppe for å oppnå en statistisk signifikant forskjell (med et 5 % signifikansnivå og en styrke på 90 %). Tabellen under viser tre ulike realistiske nivåer av effekt:

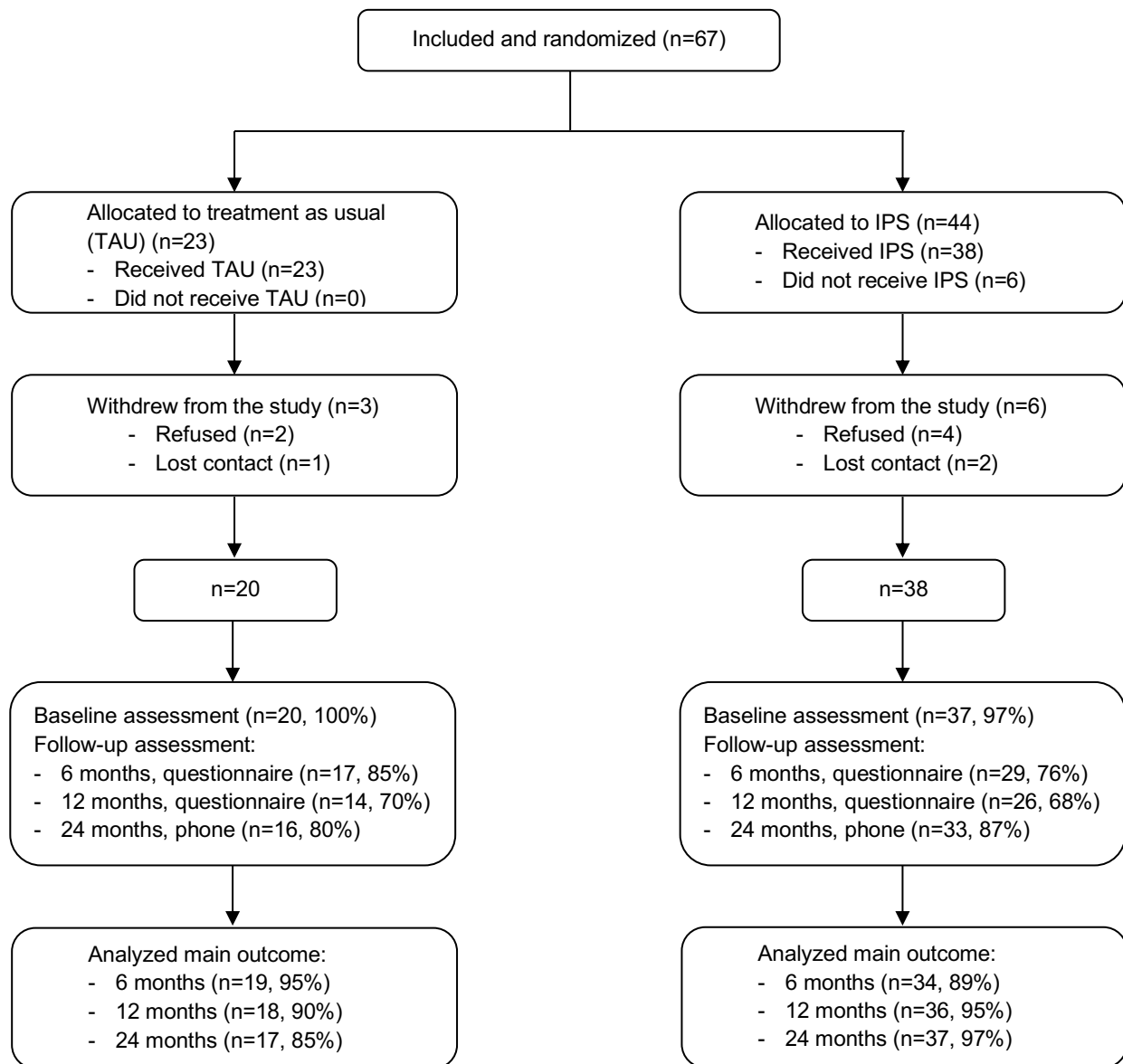
	Forventet nivå av effekt*	Utvalgsstørrelse
Scenario 1:	Kontrollgruppe: 23 % og IPS: 61%	31 i hver gruppe
Scenario 2:	Kontrollgruppe: 23 % og IPS: 55%	44 i hver gruppe
Scenario 3:	Kontrollgruppe: 23 % og IPS: 50%	62 i hver gruppe

*5 % signifikansnivå og 90 % styrke

Drop-out og non-compliance

Dersom deltakere ønsket å trekke seg fra prosjektet, ble de kontaktet av en prosjektmedarbeider for å høre om de ønsket å oppgi årsaken til at de ville trekke seg.

Dersom de ønsket å oppgi årsak, ble dette registrert. Videre ble det undersøkt om de kun ønsket å trekke seg fra jobbstøtten, eller om de også ville trekke seg fra hele studien inkludert oppfølgingsmålingene. Til slutt ble det undersøkt om de ville gi tillatelse til å bruke data som allerede var innsamlet. Inkluderte deltakere som avbrøt deltakelse i studien, ble analysert etter intention-to-treat (ITT) prinsippet.



Figur 1. Flytskjema over inkluderte deltakere

Tilleggsanalyse: Historisk kontrollgruppe

På grunn av forsinkelser i prosjektet og utfordringer med implementeringen, nådde vi ikke målet om 80 inkluderte deltakere. Den relativt lave responsraten ved oppfølgingene førte videre til lav statistisk styrke. Vi bestemte oss derfor for å supplere analysene med en såkalt historisk kontrollgruppe fra den generelle kliniske populasjonen som inngår i OUS smerteregister ([Granan, Reme, Jacobsen, Stubhaug, & Ljoså Tone, 2019](#)). Dette registeret

inneholder data fra alle pasienter som blir henvist og behandlet ved Avdeling for smertebehandling. En sammenlikning av demografiske og kliniske karakteristikk viste videre at deltakerne i studien var tilnærmet lik den generelle kliniske populasjonen på alle parametere ([Granan, Reme, Jacobsen, Stubhaug, & Ljoså Tone, 2019](#)). Den historiske kontrollgruppen ble selektert basert på jobbstatus ved baseline (de mottok 100 % ytelse fra NAV grunnet nedsatt arbeidsevne), og at de hadde besvart spørsmål om jobb/ytelser fra NAV ved 12 måneders oppfølging (N=315). Andelen i jobb blant pasientene i den historiske kontrollgruppen ble så sammenliknet med andelen i jobb i IPS-gruppen. Denne analysen ble lagt til i etterkant og inngår dermed ikke i hovedanalysene.

Forankring og strategisk betydning

Avdeling for smertebehandling ved Oslo Universitetssykehus er Norges største tverrfaglige smerteklinikk. Avdelingen mottar flere enn 1000 nye pasienter årlig, og flertallet har sammensatte smertetilstander i tråd med målgruppen for dette prosjektet. I behandlingen av pasienter med sammensatte lidelser, er målet å tilby en tverrfaglig utredning og behandling gitt av leger (flere spesialiteter), psykologer, fysioterapeuter og sykepleiere. Behandlingstilbudet mangler likevel en systematisk samtidig tilnærming til arbeidslivsdeltakelse, noe som kan være nøkkelen til å lykkes med å forbedre pasientens totale livssituasjon. Dette jobbstøtteprosjektet hadde full støtte i avdeling for smertebehandling.

Etikk og personvern

Studien ble sendt til Regional Etisk Komité (REK Sør-Øst), men ble vurdert til å være utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven. Studien trengte dermed ikke forhåndsgodkjenning (Søknadsnummer i REK: 2015/1592). Samtlige deltakere i studien hadde egen samtykkekompetanse, og signerte et informert skriftlig samtykke før deltakelse i prosjektet. Deltakerne hadde mulighet til å trekke seg fra studien når som helst, uten å oppgi årsak, og uten at dette fikk konsekvenser for personens videre behandling og oppfølging ved avdeling for smertebehandling OUS. Studien ble registrert i det internasjonale studieregisteret: [clinicaltrials.gov](https://register.clinicaltrials.gov/): <https://register.clinicaltrials.gov/> ClinicalTrials.gov Identifikasjon: NCT02697656. En pilotstudie tilknyttet prosjektet ble godkjent av Personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus (13.04.2015). Hovedstudien ble også vurdert og godkjent av samme Personvernombud (internt saksnr hos Personvernombudet ved OUS: 2015/14224).

Pilotstudie

Våren 2015 gjennomførte vi en pilotstudie, hvor IPS ble prøvd ut for den aktuelle målgruppen ved Avdeling for smertebehandling. Pilotstudien inkluderte 8 pasienter som ble fortløpende forespurt og inkludert. Målsetningen med pilotstudien var å undersøke gjennomførbarhet av IPS, slik at nødvendige justeringer til den planlagte randomiserte kontrollerte studien kunne gjøres. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført av alle de 8 deltakerne for å kartlegge deltakernes opplevelser og erfaringer med IPS som en del av den tverrfaglige smertebehandlingen. Resultatene fra pilotstudien viste god respons fra de 8 deltakerne, god gjennomførbarhet, og dermed grunnlag for å gå videre med en større randomisert og kontrollert studie. Resultatene fra pilotstudien ble publisert i en egen vitenskapelig artikkel ([Rodevand et al., 2017](#)).

Resultater

Beskrivelse av deltakerne i forskningsprosjektet

Deltakerne i prosjektet bestod av flere kvinner enn menn, de hadde en gjennomsnittsalder på rett over 40 år, omtrent halvparten hadde høyere utdanning og de fleste hadde vært ute av arbeidslivet i mer enn 2 år. De rapporterte også om et høyt nivå av psykiske symptomer og gjennomgående om en smerteintensitet som klassifiseres som moderate til sterke smerter (>4) (tabell 1). Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene ved baseline.

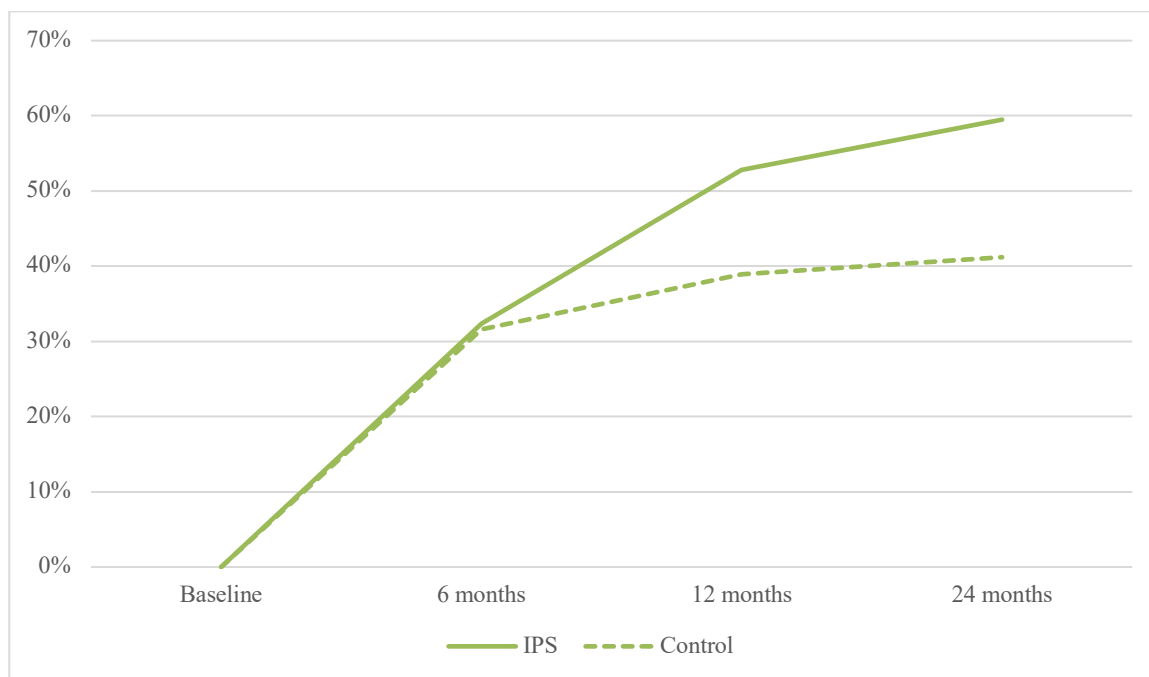
Tabell 1. Baseline karakteristikk av IPS og kontrollgruppen

Karakteristikk	IPS (n=38)		Kontroll (n=20)		p
	n (%) ^a	Gj snitt (SD)	n (%) ^a	Gj snitt (SD)	
Kvinne	29 (76.3%)		14 (70%)		.602
Alder		42.63 (12.20)		42.85 (10.18)	.946
Høyere utdanning	14 (40%)		12 (60%)		.153
Gift/bor med en partner	11 (32.3%)		9 (47.4%)		.279
Har barn	19 (55.9%)		12 (63.2%)		.606
NAV-ytelse	32 (84.2%)		16 (80%)		
AAP	21 (65.6%)		10 (62.5%)		
Uføretrygd	5 (15.6%)		3 (18.8%)		
Annet	6 (18.7%)		3 (18.8%)		
Ute av arbeid i >2 år	21 (72,4%)		13 (81,3%)		
Smertelatert funksjonstap (0-100)		38.61 (16.15)		45.68 (16.34)	.126
Helse-relatert livskvalitet (0-100)		44.12 (16.36)		44.53 (21.68)	.939
Psykiske symptomer (1-4)		2.45 (0.57)		2.30 (0.51)	.357
Over klinisk terskel	32 (97%)		16 (88.9%)		.282 ^b
Angst (1-4)		2.20 (0.60)		2.03 (0.50)	.312
Depresjon (1-4)		2.61 (0.61)		2.47 (0.57)	.446
Smertesiste uke (0-10)					
Smertes nå		5.26 (2.37)		5.65 (2.16)	.544
På det verste		7.50 (1.78)		7.80 (1.44)	.525
Gjennomsnittlige		5.42 (1.80)		6 (1.56)	.242
På det minste		3.44 (2.25)		4.15 (2.43)	.282

Effektresultatene

Effekt på arbeidsdeltakelse

Resultatene viste at en betydelig høyere andel i IPS-gruppen kom ut i vanlig lønnet arbeid ved både 12 måneder (53 % i IPS-gruppen versus 39 % i kontrollgruppen) og ved 24 måneders oppfølging (60 % i IPS-gruppen versus 41 % i kontrollgruppen) (figur 2). Forskjellene var imidlertid ikke statistisk signifikante (tabell 2). Dette innebærer at en ikke kan utelukke at forskjellen mellom gruppene skyldes tilfeldigheter, og kan skyldes for lav statistisk styrke på grunn for lavt antall deltakere i studien.



Figur 2. Arbeidsdeltakelse i hver gruppe i løpet av 6-, 12-, og 24-måneders oppfølging

Tabell 2. Andelen i jobb i hver gruppe ved hvert oppfølgingstidspunkt

	IPS	Kontroll		
Oppfølgingstidspunkt	n (%)	n (%)	p	OR (95% CI)
6 måneder	11 (32.4%)	6 (31.6%)	0.954	1.04 (0.31-3.46)
12 måneder	19 (52.8%)	7 (38.9%)	0.336	1.76 (0.56-5.56)
24 måneder	22 (59.5%)	7 (41.2%)	0.211	2.10 (0.65-6.74)

Effekt på helse og livskvalitet

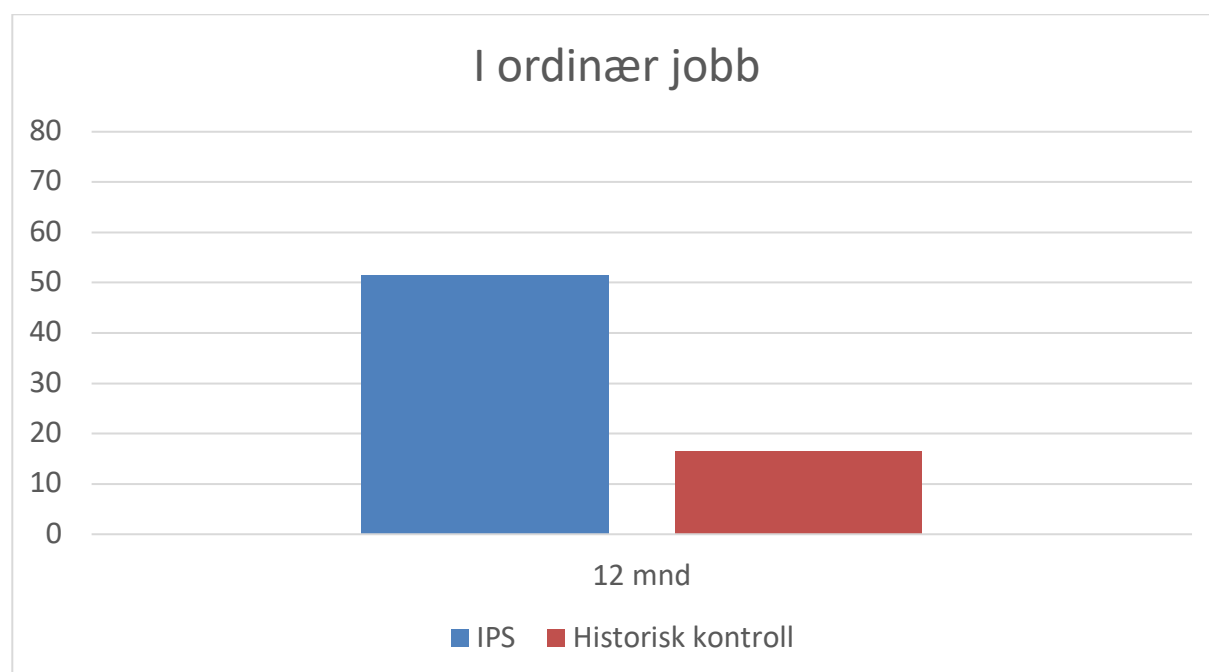
Resultatene viste ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i helse og livskvalitet ved noen av tidspunktene. Det var altså ingen forbedring eller forverring i symptomer, funksjon og livskvalitet som følge av IPS. Dette utelukker ikke at noen kan ha blitt bedre mens andre har blitt verre, men i gjennomsnitt var det ingen statistisk sikre forskjeller mellom gruppene. Det eneste unntaket var smerteintensitet (verste smerteintensitet sist uke) ved 12 måneder, hvor kontrollgruppen rapporterte noe lavere smerteintensitet enn IPS-gruppen. I de justerte analysene forsvant imidlertid denne forskjellen mellom gruppene (data ikke vist her).

Tabell 3. Ujusterte sekundære utfallsmål og sammenlikning mellom gruppene ved hvert oppfølgingstidspunkt.

Utfallsmål	6 måneder					12 måneder				
	IPS		Kontrollgruppen			IPS		Kontrollgruppen		
	n	Gj.snitt (SD)	n	Gj.snitt (SD)	p	n	Gj.snitt (SD)	n	Gj.snitt (SD)	p
Smerterelatert funksjonstap (0-100)	28	36.09 (9.71)	17	40.96 (17.27)	0.29	25	39.18 (9.23)	14	37.79 (17.44)	0.78
Helserelatert livskvalitet (0-100)	29	47.41 (16.16)	17	42.76 (21.08)	0.40	26	39.42 (17.05)	14	42.07 (17.87)	0.64
Psykiske plager (1-4)	28	2.33 (0.61)	16	2.21 (0.71)	0.55	25	2.43 (0.64)	14	2.13 (0.62)	0.16
Angst	28	2.14 (0.64)	16	2.03 (0.63)	0.560	25	2.28 (0.66)	14	1.90 (0.45)	0.06
Depresjon	28	2.46 (0.68)	16	2.34 (0.81)	0.590	25	2.53 (0.68)	14	2.29 (0.75)	0.30
Smerteintensitet (0-10)										
Nå	28	5.25 (2.15)	16	5.69 (3.05)	0.617	25	5.28 (1.81)	14	5.43 (2.98)	0.86
Verste sist uke	28	7.64 (1.66)	16	7.75 (2.11)	0.853	25	8.28 (1.37)	14	6.86 (1.99)	0.01
Gj.snitt sist uke	28	5.43 (1.57)	16	5.94 (2.46)	0.407	25	6.16 (1.65)	14	5.21 (2.22)	0.13
Minst sist uke	28	3.68 (1.87)	16	4.13 (3.18)	0.613	25	4.00 (2.29)	14	3.21 (2.04)	0.29

Historisk kontroll

Den historiske kontrollgruppen baserte seg på et uttrekk av data fra OUS smerteregister og viste at ved 12 måneders oppfølging var 16 % i jobb. Dette står i sterk kontrast til IPS-gruppen hvor 51 % var i jobb ved samme tidspunkt.



Figur 3. Arbeidsdeltakelse i IPS og historisk kontrollgruppe ved 12-måneders oppfølging

Kvalitetsevalueringene

Det første delmålet i dette prosjektet innebar å evaluere jobbspesialistrollen og behovet for eventuelle tilpasninger til denne nye målgruppen. Kvalitetsevalueringer i IPS måler i hvilken grad IPS er implementert på ulike nivåer samt kvaliteten på det operative arbeidet, og vil dermed også besvare dette delmålet.

Skårene varierte fra 71 (under akseptert terskel for å kalles IPS) i de første to evalueringene til 86 og 89 (tilfredsstillende kvalitet) i de to siste målingene, med et gjennomsnitt på 79 som samlet sett indikerer fair etterlevelse av IPS-metoden.

Første evaluering ble gjennomført nær oppstart av studien for å ha et utgangspunkt for å måle endring. Det er uvanlig å gjennomføre evalueringer så tidlig i IPS-programmer på grunn av behovet for å lære seg metoden først. Første evaluering bør derfor ikke vektlegges for mye. Evaluering nr. 2 viste også et program som fortsatt er i oppstartsfasen. Normalt forventes det at nye IPS-programmer bruker rundt ett år på å nå terskelverdien på 74 poeng. At programmet i denne studien likevel skåret 71 poeng på de første evalueringene må karakteriseres som et bra resultat.

Allerede i de første evalueringene ble det avdekket at kriteriene knyttet til samarbeid med helsetjenestene og NAV måtte forbedres. I tillegg var det behov for å styrke lederstøtten til programmet, og det var manglende systemtilgang. Disse problemområdene var sentrale under gjennomføringen av hele studien, og var avgjørende for at programmet ikke fikk høyere skår enn 89 poeng.

Samarbeidet med helsetjenestene handlet om hvordan IPS-programmet ble integrert ved avdeling for smertebehandling når det kom til kommunikasjon, samarbeid og innvirkning på pasientbehandlingen. Skårene på disse kriteriene ser umiddelbart høye ut på alle evalueringene. Det skyldes at programmet formelt fylte vilkårene. Likevel var det en utbredt opplevelse av at reell integrering med helsetjenestene ikke fungerte optimalt. Eksempelvis ble det laget plakater for å informere pasientene om mulighet for deltakelse i studien. Det var betydelig, og uttalt, motstand mot bruk av IPS-metoden blant enkelte behandlere på klinikken, og programmet opplevde flere ganger sabotasje i form av at plakater ble fjernet. Muligheten til å hjelpe til med og påvirke behandlingen av pasienter, foregår som oftest gjennom team-møter i IPS. I tillegg er dette en effektiv måte å drive tverrfaglig oppfølging på. På tidspunktet hvor studien ble gjennomført, var det imidlertid ikke tradisjon for faste team-møter på avdelingen. Dette ble implementert som en del av studien, men oppmøte på disse teammøtene var gjennomgående lavt.

Samarbeid med NAV viste seg også å være utfordrende. Vi antar at dette var spesielt fremtredende i denne studien fordi pasientene hadde svært komplekse problemstillinger. Eksempelvis kunne en pasient både søke om uføretrygd og yrkesskadeerstatning, parallelt med at vedkommende skulle prøve å jobbe. Pasienten kunne oppfatte det slik at jobbprosessen var ødeleggende for disse søknadene om trygd og erstatning, noe det i flere tilfeller var. I tillegg opplevde et flertall av pasientene vedvarende utfordringer med blant annet manglende utbetalinger og utfylling av søknader om ulike ytelser og stønader. Dette ble løst ved å inngå et samarbeid med NAV, der NAV utplasserte i klinikken en veileder med økonomisk støtte fra studien (se neste punkt for nærmere beskrivelse). Av praktiske grunner

ble ikke denne stillingen iverksatt før 11 måneder ut i prosjektperioden, men man kan se at skåren på kriteriet om samarbeid med NAV går markant opp på de to siste evalueringene.

Lederstøtte i IPS måles ved hjelp av fem indikatorer; kunnskap om IPS, prosess for kvalitetssikring, en aktiv styringsgruppe, at øverste leder kommuniserer støtte til IPS, og at teamleder informerer ledelsen om utfordringer. Manglende lederstøtte hang sammen med at programmet ikke direkte tilhørte en avdeling, og dermed heller ikke hadde en egen leder. Betydningen av dette var at IPS-programmet hadde en perifer tilknytning til klinikken, samt at viktige beslutninger ikke ble løftet og løst på ledernivå. Klinikken hadde gode intensjoner, og gjorde flere forsøk på å løse disse utfordringene – noe som førte til bedre skår på de siste evalueringene. Imidlertid var det såpass store mangler, spesielt på mellomledernivå, at det fikk betydelige konsekvenser for utførelsen av jobbspesialistens arbeid.

Manglende systemtilganger gjorde det gjennom studien utfordrende å jobbe kvalitativt og effektivt, samt dele informasjon på en god måte. Gode journalsystemer er nødvendig, og klinikken har et svært kompetent journalsystem i DIPS. Imidlertid kreves det spesifikke tilgangsnivåer for å kunne både lese og skrive journalnotater. Denne tilgangen fikk aldri jobbspesialistene i løpet av studien. Det ble etter en stund innvilget delvis tilgang til å skrive, men jobbspesialistene var likevel nødt til å ha egne skyggesystemer. Dette gjorde arbeidet unødig tungvint, medførte at informasjon ikke kom inn i pasientjournalen, og at andre behandlere gikk glipp av potensielt viktige opplysninger.

På tross av alle utfordringene, klarte IPS programmet å oppnå relativt god kvalitet i henhold til manualen. Resultatene, i form av andel deltakere med overgang til arbeid, er blant de beste som er dokumentert i en norsk IPS-studie. Jobbspesialistene oppga selv at dette var en svært kompleks og utfordrende målgruppe, noe som studier av målgruppen kan bekrefte ([Granan, Reme, Jacobsen, Stubhaug, & Ljosa, 2019](#); [Linnemorken et al., 2020](#); [Reme et al., 2022](#)), og dette gjør resultatene enda mer oppsiktsvekkende. Kvalitetsevalueringene indikerte heller ingen behov for spesielle tilpasninger av jobbspesialistrollen til denne nye målgruppen. Dersom de ordinære betingelsene for IPS er på plass, ser også jobbspesialistrollen ut til å fungere godt i en ramme av poliklinisk smertebehandling på sykehus.

NAV-koordinatoren

Det andre delmålet i prosjektet innebar å undersøke hvorvidt en jobbstøttemodell, hvor det ansettes en NAV-koordinator som inngår i det tverrprofesjonelle teamet, bidrar til bedre kvalitet og mer effektiv jobbstøtte. Under følger en beskrivelse av rolle og funksjon som NAV-koordinatoren hadde i prosjektet, med et par illustrerende eksempler.

NAV-koordinatoren fungerte i all hovedsak som et ledd mellom prosjektet og NAV gjennom blant annet å kommunisere med veiledere i NAV, organisere møter og informere NAV-veiledere om prosjektet og om pasientenes prosjektdeltakelse. Det var viktig å få godkjent deltakelsen i prosjektet av NAV, ettersom pasientene ikke kunne fokusere på samarbeidet med jobbspesialistene i prosjektet hvis de samtidig ble involvert i andre arbeidsrettede tiltak gjennom NAV. Dermed hadde koordinering av pasientoppfølgingen (fra ansatte i prosjektet og veiledere i NAV) stor betydning. Som ansatt i NAV hadde NAV-koordinatoren tilgang til deres fagsystemer via en bærbar datamaskin. Gjennom denne systemtilgangen kunne NAV-

koordinatoren gi pasientene informasjon om hvordan eksempelvis deres søknader om ytelser lå an. I tillegg ble også kommunikasjonen med pasientenes NAV-veiledere forenklet.

Med bakgrunn i NAV hadde koordinatoren kjennskap til folketrygden, og kunne informere pasientene om ytelser og stønader, samt hvordan arbeid kan påvirke disse. Etersom NAV-koordinatoren jobbet med relativt få pasienter, ble rådgivningen om stønader individuelt tilpasset. Tilgjengeligheten for pasientene ble med dette bedre enn hva det vanligvis er på et travelt NAV-kontor.

Det første eksempelet på en pasient som NAV-koordinatoren veiledet, er en kvinne i begynnelsen av 60-årene som hadde vært utenfor arbeidslivet i nesten to år. Tidligere hadde hun lederstillinger, men etter et samlivsbrudd ble hun arbeidsledig. Dette i kombinasjon med økende smerter og store søvnevansker, gjorde at hun hadde behov for hjelp til å kunne komme i arbeid igjen. Etter en dårlig erfaring med NAV, opplevde denne kvinnen at hun heller ville være uten stønad enn å måtte kontakte dem igjen. Resultatet var at hun levde på oppsparte midler, og lånte penger av sin datter. Da denne kvinnen ble inkludert i prosjektet, var hun svært fortvilet over situasjonen sin. Det var for henne helt essensielt å kunne forsørge og ta hånd om seg selv. Bare det å snakke om NAV ble opplevd som nedverdiggende og ydmykende. Siden vedkommende etter alt å dømme hadde rett på arbeidsavklaringspenger, tilbød NAV-koordinatoren henne sin hjelp til å søke om dette. Samtalene med NAV-koordinatoren medvirket til at hun ble motivert for å ta imot hjelp, og et par måneder senere ble hun innvilget arbeidsavklaringspenger fra NAV. Kontakten med NAV ble gjennom prosjektet sitt tilbud ufarliggjort. Like fullt må det også legges til at kvinnen kort tid etter ble ansatt i en full stilling, og ikke lenger var avhengig av denne økonomiske hjelpen.

Det andre eksempelet er en kvinnelig pasient i midten av 30-årene. Hun hadde store økonomiske problemer til tross for at hun hadde fått arbeidsavklaringspenger fra NAV samt bostøtte fra Husbanken. Grunnet sine sammensatte og komplekse utfordringer, hadde hun aldri vært yrkesaktiv. Dette gjorde at ytelsen hun fikk fra NAV var meget lav, og utilstrekkelig for livsoppholdet til seg og sin datter. Hennes eneste mulighet var å søke om økonomisk sosialhjelp. Dette følte hun var både ydmykende og komplisert. Etter å ha fått informasjon om sine rettigheter til økonomisk hjelp, endret hun likevel etter hvert mening angående det å søke om sosial stønad. Hun forstod at tilgangen til den økonomiske hjelpen var viktigere og overveide ulempene ved å søke om dette. Hun fikk hjelp til å fylle ut og levere søknaden, og stønaden ble innvilget.

NAV-koordinatoren kunne også tilby prosjektdeltakerne motivasjonsveiledning. Koordinatoren tok utgangspunkt i metoden motiverende intervju (MI) i samtaler om endring, motivasjon og mestring. MI er en evidensbasert samtalem metode ([Bischof et al., 2021](#)), som brukes i forbindelse med endringsprosesser. Metoden er klientsentrert, noe som innebærer at man ikke nødvendigvis gir konkrete råd, men heller hjelper klienten med å bli bevisst sin egen motivasjon for endring. Gjennom en aktivt lyttende tilnærming, utforsker man klientens ambivalens til endring. Målet er å medvirke til at klienten får mer tiltro til egen mestring. Mange opplever at overgang til ny jobb er en stor endring. Også arbeidssøkerfasen kan være krevende, og da kan det være nyttig med motivasjonsveiledning. Flere av prosjektdeltakerne uttrykte at de følte seg ensomme, og at de hadde behov for en samtalepartner som kunne støtte dem i prosessen. En

prosjektdeltaker uttrykte at hun gjennom samtalene med NAV-koordinatoren begynte å se nye muligheter.

Alle prosjektdeltakerne fikk tidlig informasjon om hva NAV-koordinatoren kunne tilby dem. Praksisen var at koordinatoren tok del i det første møtet mellom jobbspesialist og pasient. Både koordinatoren og jobbspesialistene var fleksible når det gjaldt hvor møter med pasienter fant sted. Dette inkluderte også hjemmebesøk ved behov. I andre tilfeller brukte man også andre møtesteder som pasienten var fortrolig med.

Kontakten mellom jobbspesialistene og NAV-koordinatoren var hyppig, med ukentlige teammøter der sakene ble drøftet. I tillegg hadde NAV-koordinatoren også relativt mye kontakt med helsepersonellet på Avdeling for smertebehandling. Det var fordelaktig å ha en person med kjennskap til NAV systemet til stede og tilgjengelig på klinikken, siden spørsmål og problematikk knyttet til NAV ofte var et tilbakevendende tema i møtene mellom pasient og helsepersonell.

Rollen som NAV-koordinator har ikke tidligere vært testet ut i IPS-prosjekter. Hensikten var å utforske hvorvidt denne rollen kunne være et nyttig tilskudd til teamet, og på den måten bidra til enda bedre suksess av programmet. Det finnes sider ved stillingen som kan endres og videreutvikles, for eksempel gjennom et mer systematisk samarbeid med lokale NAV-kontor, kartlegging av alle deltakers status i NAV for å jobbe mer forebyggende med problemer som måtte oppstå, og/eller mer omfattende bruk av NAV-koordinatoren som en samtalepartner for å motivere til endring hos pasientene, men både koordinatoren og resten av personalet gjorde nyttige erfaringer som det er mulig å bygge videre på.

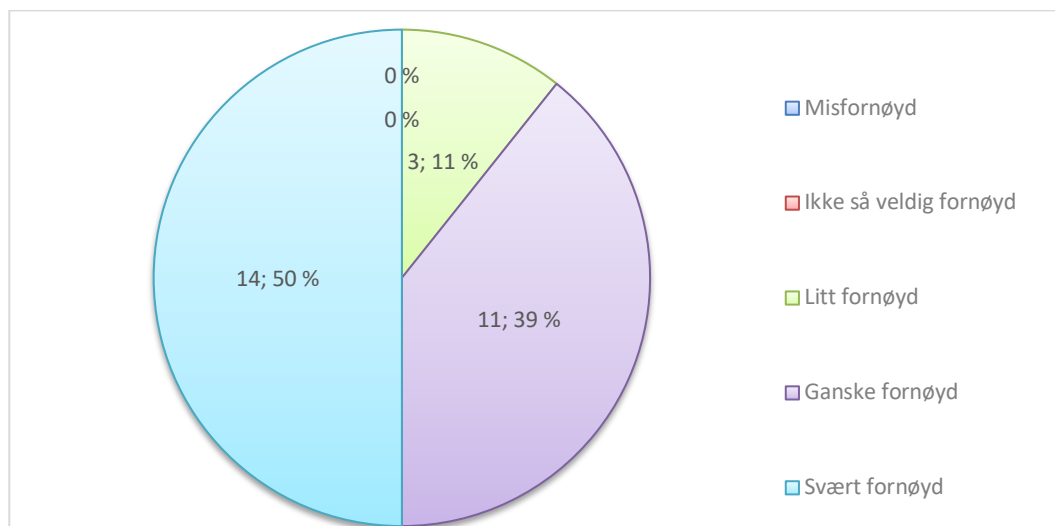
Den tette og personlige oppfølgingen av pasienter var viktig i dette prosjektet. Ettersom NAV-koordinatoren ikke var saksbehandler, hadde hun ikke myndighet til å fatte vedtak. Dette innebar at pasientene måtte ta høyde for lange saksbehandlingstider. Det ville likevel vært komplisert å kombinere rollen som støttende samtalepartner med rollen som administrator av økonomiske midler.

For å lykkes i rollen som NAV-koordinator og motivasjonsveileder, kreves det god kunnskap om ytelser og stønader og god kjennskap til hvordan folketrygdloven brukes. Likevel er det mest essensielle gode kommunikasjonsferdigheter. En empatisk og lyttende tilnærming til pasienter kan i stor grad bidra til gode resultater ([Butow & Sharpe, 2013](#)).

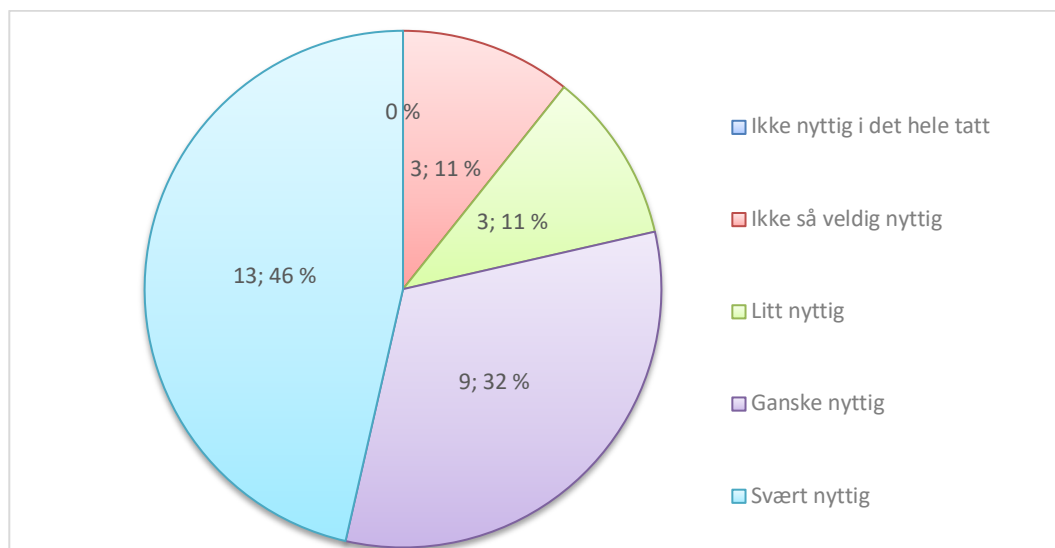
Prosessmål

I tillegg til effektmålet (at pasienten kom i jobb) inkluderte vi også en rekke spørsmål om prosessmål som deltakerne i IPS-gruppen ble stilt ved oppfølgingstidspunktet.

Ved 6 måneders oppfølging svarte hele 89 % at de var ganske eller svært fornøyd med jobbstøtten de hadde mottatt. Ingen av respondentene oppga at de var misfornøyd eller ikke så veldig fornøyd (figur 3). Videre svarte 79 % at de opplevde deltakelsen i prosjektet med individuell jobbstøtte som ganske eller svært nyttig (figur 4). Ved 12 måneders oppfølging var det noe nedgang i opplevd tilfredshet, men det var fortsatt 75% som var ganske eller svært fornøyd med jobbstøtten, og 72% oppga at deltakelsen var ganske eller svært nyttig.

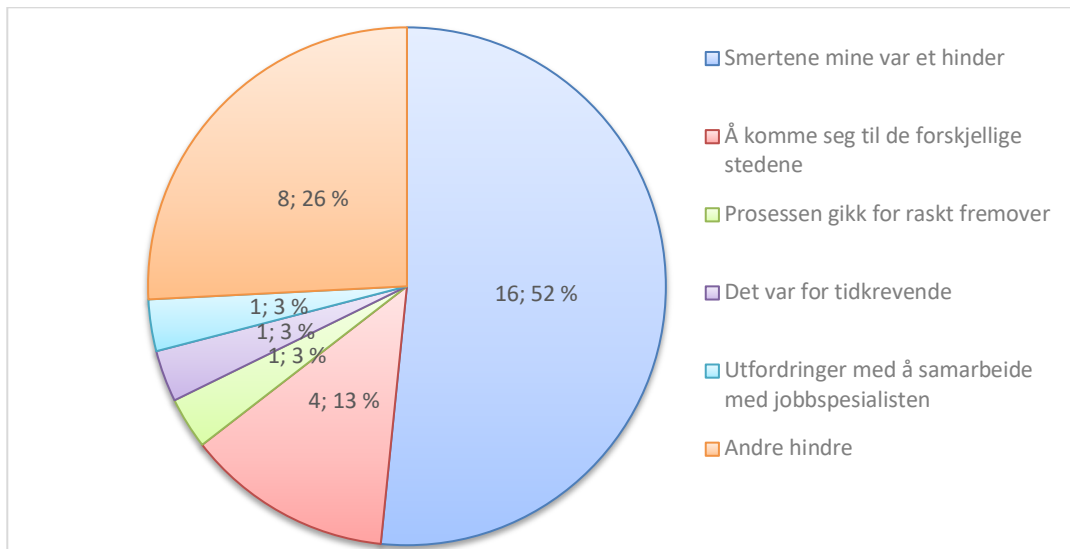


Figur 4: Deltakernes generelle fornøydhet med jobbstøtten, ved 6 måneders oppfølging. Det var altså ingen som svarte «misfornøyd» eller «ikke så veldig fornøyd». Det første tallet i resten av rubrikkene indikerer antall deltakere, etterfulgt av hvilken andel dette utgjør.

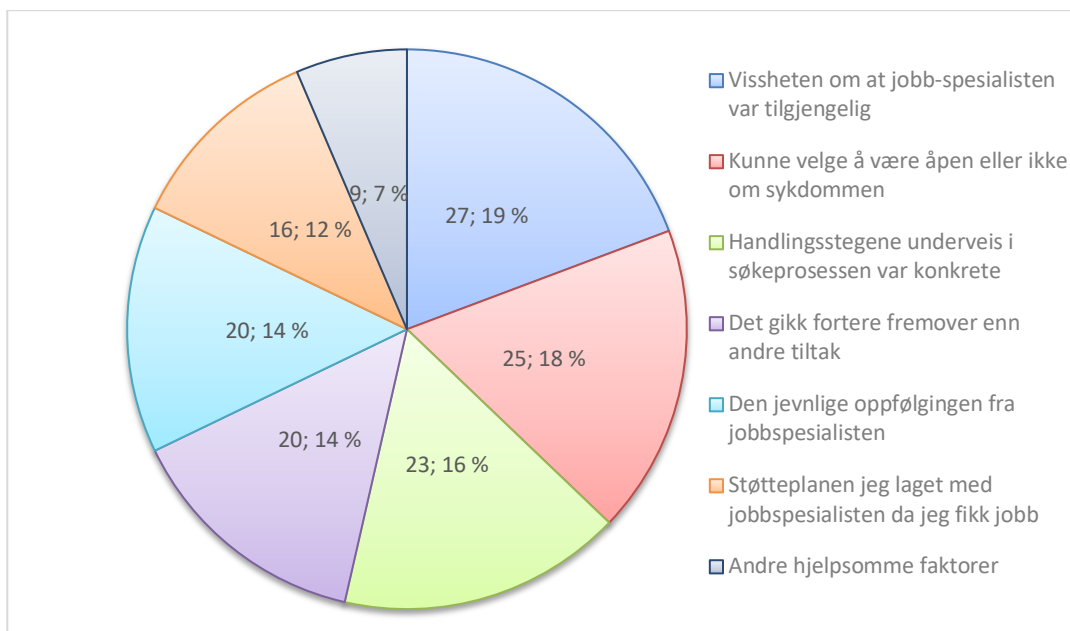


Figur 5. Nyttighet av å delta i IPS prosjektet, ved 6 måneders oppfølging. Det var ingen som svarte «ikke nyttig i det hele tatt». Det første tallet i resten av rubrikkene indikerer antall deltakere, etterfulgt av hvilken andel dette utgjør.

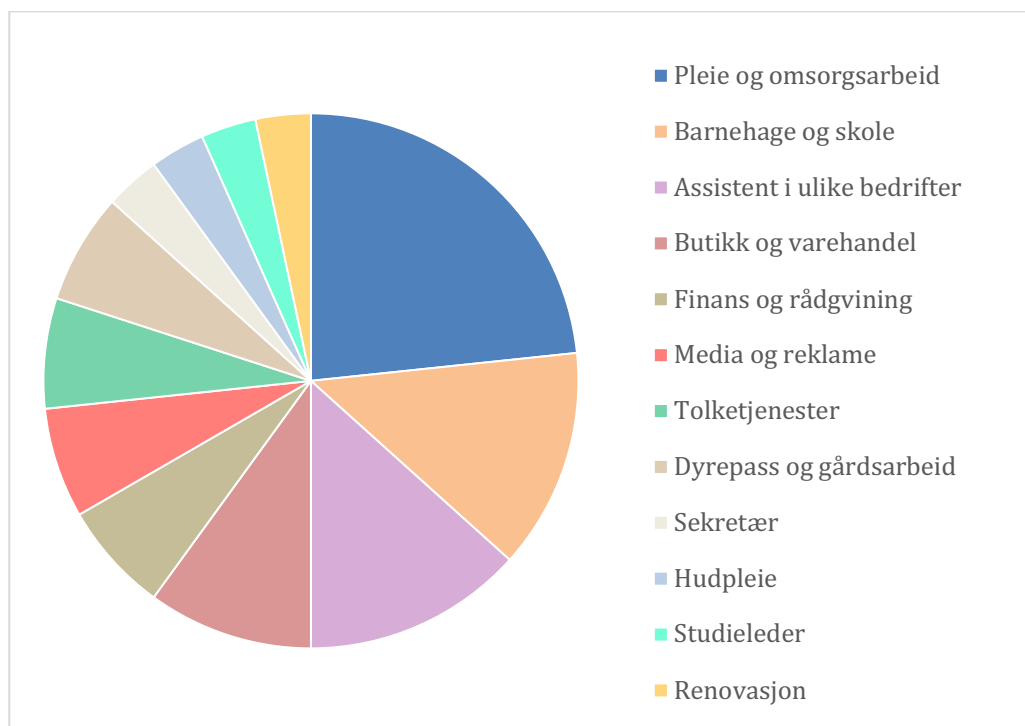
Av faktorer som var til hinder for deltakelsen i tiltaket, skilte smerter seg ut som det klart vanligste hinderet ved 6 måneders oppfølging (figur 5). Dette var fortsatt tilfelle ved 12 måneders oppfølging. Noen av deltakerne har benyttet det åpne tekstfelt for å beskrive disse smertene, hvorav én deltaker beskriver det slik: «*Når jeg er dårlig er det umulig å dra hjemmefra. Men da har vi utsatt det til jeg har vært bedre*». Av faktorer som var til hjelp, var det tilgjengeligheten til jobbspesialisten som oftest ble oppgitt som hjelpsom faktor ved 6 måneders oppfølging, etterfulgt av muligheten til å velge åpenhet rundt sykdommen sin, og de konkrete handlingsstegene underveis i jobbsøkerprosessen (figur 7). Ved 12 måneders oppfølging var åpenhet rundt sykdommen den hjelpsomme faktoren som ble oftest rapportert, etterfulgt av jobbspesialistens tilgjengelighet og jevnlig oppfølging.



Figur 6. Faktorer som var til hinder for deltakelse i IPS prosjektet, ved 6 måneders oppfølging. Det første tallet indikerer antall deltakere, etterfulgt av hvilken andel dette utgjør.



Figur 7. Faktorer som var til hjelp for deltakelse i IPS prosjektet, ved 6 måneders oppfølging. Det første tallet indikerer antall deltakere, etterfulgt av hvilken andel dette utgjør.



Figur 8. Oversikt over ulike bransjer hvor IPS-deltakerne fikk jobb

To eksempler

Knut

Knut er i slutten av 30-årene og har vært ute av jobb i flere år når han kommer til Smerteavdelingen på Ullevål. Han jobbet som murer, men etter en arbeidsulykke hvor han skadet ryggen har han ikke vært i jobb. Smertene varierer i intensitet, men han er konstant redd for å gjøre noe som kan trigge smertene. Han er også usikker på hva ryggen tåler, og hvorvidt arbeid vil bidra til ytterligere skade. Han har imidlertid et stort ønske om å jobbe og sier han blir psykisk syk av å gå uten jobb.

Knut blir fulgt opp av et tverrfaglig behandlerteam på avdelingen, med lege, psykolog og fysioterapeut. Legen utreder ryggen grundig og konstaterer at skaden har grodd og at det ikke er grunn til å være forsiktig med ryggen lengre. Sammen med psykolog og fysioterapeut jobbes det systematisk sammen med Knut for å redusere frykten og angsten som har blitt en så stor del av livet hans.

Jobbspesialisten blir tidlig involvert i teamet. Knut er ivrig etter å komme i gang med jobbsøk ettersom han allerede merker litt bedring i smertesituasjonen og kjenner mindre på frykt. Sammen drøfter Knut og jobbspesialisten hvilke ønsker Knut har, og det viser seg å være noe annet enn det han pleide å jobbe som. Knut har nemlig en stor interesse for trening og kroppsbygning.

Han får etter hvert et intervju på et treningssenter, men det går ikke så bra. Det er lenge siden Knut har vært på et jobbintervju, og nervøsitet og angst gjør at han opptrer på en måte som virker avskrekkende på arbeidsgiver. Knut og jobbspesialist tar denne problemstillingen med tilbake til behandlerteamet hvor det legges en plan for å øve på intervjusituasjonen. Jobbspesialist spiller arbeidsgiver mens psykolog og fysioterapeut gir tilbakemeldinger og

øver på avspenning og emosjonsregulering med Knut. De har gode drøftinger om hvor åpen han skal være. Hvor mye vil han si om smertene og de psykiske vanskene? Hvilke formuleringer kan han øve inn som vil gjøre det lettere for ham i neste intervjusituasjon?

Smertemestring, angst og interpersonlige vansker er fremtredende tema i behandlingen. Knut har et vanskelig samlivsbrudd bak seg som trenger å bearbeides, samtidig som angstproblematikken og smertene dukker opp med jevne mellomrom. Jobbspesialisten har også en nøkkelrolle når Knut i en periode uteblir fra behandling og ikke svarer på telefon. Da er det jobbspesialisten som drar hjem til Knut og hjelper ham tilbake på sporet.

Symptomene til Knut går opp og ned, men kontakten med jobbspesialisten er en viktig konstant. De drar rundt sammen på ulike arbeidsplasser og drøfter konkrete jobbmuligheter. Jobbspesialisten arbeider strategisk inn mot flere aktuelle arbeidsgivere, og etter noen kortvarige arbeidsforhold som ikke fungerer helt, får Knut til slutt drømmejobben som butikkmedarbeider i en butikk som selger kosttilskudd og treningsutstyr. Han får stillingen i konkurranse med flere andre søkere, men som jobbspesialisten sa til arbeidsgiver:

«Velger du en av de andre søkerne på listen, aner du ikke hva du får. Veldig du Knut, vet du nøyaktig hva du får - på godt og vondt. I tillegg får du meg som ressurs på kjøpet.»

Knut hadde valgt å være åpen på jobbintervjuet om sine helseplager, samtidig som han var tydelig på hvilke små grep og tilrettelegginger som skulle til for at han kunne mestre jobben. Dette var nøye gjennomtenkte utspill som han hadde øvd på med jobbspesialisten og resten av behandlerteamet. Det gjorde Knut trygg og selvsikker i intervjusituasjonen.

Veien videre var langt fra strømlinjeformet, men Knut beholdt butikkjobben og stortrivdes. Jobbspesialisten fortsatte oppfølgingen i om lag et år til, før både han og behandlerteamet kunne avslutte kontakten. En av de siste gangene Knut tok kontakt, var for å fortelle at han hadde blitt «månedens medarbeider» - ingen hadde solgt mer enn ham den måneden.

Svanhild

Svanhild er i slutten av 50-årene. Hun har vært ute av jobb siden hun ble operert for brystkreft for 4 år siden, og har siden strevd med kroniske post-operative smerter. I tillegg har hun psykiske seneffekter etter kreften og behandlingene. Hun har et stort ønske om å komme i jobb, selv om hun er usikker på om hun vil klare det.

Svanhild blir fulgt opp av lege og psykolog på avdelingen, i tillegg til jobbspesialist. Sentrale tema i behandlingen hennes er søvnplager og stress som forsterker smertene, samt frykt for tilbakefall av kreften. Hun har en klar oppfatning av at hun må bli bedre fysisk og psykisk før hun kan prøve seg i jobb. Dette åpner for en god diskusjon om hvorvidt arbeid kan være en del av behandlingen. Svanhild blir mer og mer åpen for en slik tilnærming, samtidig som hun kjenner på tvil. I samråd med Svanhild, inviterer dermed teamet inn en tidligere pasient og deltaker i IPS-prosjektet som deler sine erfaringer. Dette bidrar betydelig til håp, motivasjon og mestringstro.

Svanhild har også mye kontakt med NAV-koordinatoren i starten av forløpet. Hun har hatt et vanskelig forhold til NAV, med flere vonde opplevelser på sitt lokale NAV-kontor. Siden hun

nå er i ferd med å bruke opp sine rettigheter til AAP, befinner hun seg i et vanskelig grenseland. Hun ønsker ikke uføretrygd, men ser ingen muligheter for full jobb. NAV-koordinatoren bidrar her med viktig støtte og avklaring, og hjelper henne til å få innvilget en utvidelse av AAP mens studien pågår. Dette gir viktig forutsigbarhet og trygghet.

Svanhild har ingen høyere utdanning og har vært hjemmeværende med barna store deler av sitt voksne liv. Hun har imidlertid et stort ønske om å hjelpe andre mennesker. Etter relativt kort tid får hun en 50 % stilling som brukerstyrt personlig assistent for en eldre bruker som sitter i rullestol på grunn av sin funksjonsnedsettelse. Denne jobbmatchen er særlig god fordi aktuelle bruker spesifikt ønsket en eldre helper «*som hadde kjent livet litt på kroppen*». Det hadde i aller høyeste grad Svanhild, og både jobbmessig og personlig var det full klaff.

Oppsummering og diskusjon

Oppsummering

Resultatene viser at deltakerne som fikk IPS kom i jobb i langt større grad enn deltakerne i kontrollgruppen (se Figur 1) ([Sveinsdottir et al., 2022](#)). I IPS gruppen var en høyere andel deltakere i jobb på hvert måletidspunkt, og de jobbet flere timer i snitt (217 timer) sammenliknet med kontrollgruppen (123 timer). Andelen som jobbet mer enn 20 timer i uken var også høyere i IPS-gruppen (18 %) enn i kontrollgruppen (12 %). Alle disse forskjellene var imidlertid ikke statistisk sikre, antakelig på grunn av for lav statistisk styrke som følge av få deltakere i studien. I tråd med IPS-metodikken, fikk IPS-deltakerne jobb i et bredt spekter av ulike bransjer (se figur 2). Resultatene viste videre ingen signifikante forskjeller i sekundære utfallsmål. Det var altså ingen effekter av IPS – verken positive eller negative - knyttet til psykisk helse, funksjon eller livskvalitet i denne studien.

Denne studien er den første studien i sitt slag som undersøker effekten av IPS for pasienter med kroniske smerter – både nasjonalt og internasjonalt. På tross av manglende statistisk sikre effekter, oppnådde mer enn halvparten av deltakerne i IPS-gruppen å komme i ordinært lønnet arbeid. Dette er på høyde med resultatene fra andre IPS-studier med den opprinnelige målgruppen (alvorlige psykiske lidelser), og kan tyde på at IPS også fungerer for nye målgrupper slik som pasienter med langvarige smerter. Andelen i jobb steg videre til nærmere 60 % etter 2 år, noe som stemmer godt overens med trenden vi har sett over tid i andre norske IPS studier ([Holmas et al., 2021](#); [Overland et al., 2018](#)).

Prosessmål som IPS-deltakerne svarte på ved 6-måneders oppfølging, tyder på at de aller fleste var fornøyd med jobbstøtten. Faktorene som trekkes frem som nyttige (jobbspesialistens tilgjengelighet, valg om åpenhet og stegene i jobbsøkerprosessen) stemmer godt overens med funnene fra den nasjonale evalueringen av IPS for personer med moderate/alvorlige psykiske lidelser ([Fyhn et al., 2020](#)). Det samme gjelder delvis faktorene som var til hinder, hvor blant annet samarbeidet med jobbspesialisten ble nevnt. En god relasjon med jobbspesialisten er en viktig forutsetning for et godt samarbeid, på samme måte som god kjemi med psykologen eller andre behandlere er viktig for et godt resultat i psykoterapi. I et par tilfeller byttet pasienten jobbspesialist som følge av utfordringer i

relasjonen, med positive konsekvenser for samarbeidet og fremgangen. Det fremstår derfor som viktig å ha flere jobbspesialister i teamet å spille på, slik at pasientene får muligheten til å bytte ved behov. Foruten samarbeidet med jobbspesialisten, fremhevet deltakerne smertene som et hinder, samt utfordringer med å komme seg til de forskjellige stedene. Dette har av naturlige grunner ikke vært rapportert i tidligere studier, hvor i stedet den psykiske lidelsen har blitt fremhevet som et hinder. Det er forståelig at pasienter som rapporterer så sterke plager og har vært plaget så lenge kan oppleve smertene som et hindre for arbeidsdeltakelse. I lys av dette, er det interessant at ikke alle rapporterer smertene som et hinder, men bare om lag halvparten av deltakerne.

På tross av utfordringer knyttet til implementeringen av IPS i denne nye konteksten, klarte programmet å oppnå relativt god kvalitet. Resultatene, i form av i form av prosentandel med overgang til ordinært arbeid er faktisk blant de beste som er dokumentert i en norsk IPS-studie. Jobbspesialistene oppga selv at pasienter med langvarige smerter var en svært kompleks og utfordrende målgruppe, noe som gjør resultatene enda mer interessante og oppsiktsvekkende. Kvalitets-evalueringene indikerte heller ingen behov for spesielle tilpasninger av jobbspesialistrollen til denne nye målgruppen. Dersom de ordinære betingelsene for IPS er på plass, ser også jobbspesialistrollen ut til å fungere godt i en ramme av poliklinisk smertebehandling på sykehus.

NAV-koordinatoren er et nytt element i dette prosjektet som fungerte etter hensikten. For en avdeling som denne (avdeling for smertebehandling), vil det i praksis være umulig for to jobbspesialister å få til et samarbeid med alle de lokale NAV-kontorene som pasientene i porteføljen tilhører. Erfaringene fra prosjektet peker imidlertid i retning av at en NAV-koordinatortrolle løser denne utfordringen og bidrar som et viktig og fleksibelt tilskudd til teamet rundt pasienten.

Oppsummert viser denne studien at IPS er mulig å gjennomføre ved en poliklinisk sykehusavdeling for pasienter med langvarige smertetilstander, og at den har potensiale for denne nye målgruppen. Med over halvparten i ordinært lønnet arbeid i løpet av oppfølgingsperioden, danner den et solid rasjonale for å undersøke effekten av IPS for pasienter med langvarig smerte i større og mer metodologisk robuste studier. En slik studie er nå under planlegging.

Konteksten for studien

Dette er den første studien i verden som undersøker effekten av IPS i en kontekst av poliklinisk smertebehandling i spesialisthelsetjenesten. Pasientgruppen som blir henvist til Avdeling for smertebehandling representerer ytterpunktet når det gjelder alvorlighetsgrad og kompleksitet av smerteplager. Dette reflekteres i et gjennomgående høyt symptomtrykk og stor andel arbeidsuførhet ([Granan, Reme, Jacobsen, Stubhaug, & Ljosa, 2019](#)). Samtidig viste en tidligere kartlegging ved samme avdeling at over 60 % av pasientene som ikke er i jobb, ønsker å komme i jobb. Dette er dermed et godt utgangspunkt for jobbstøtte, men tallene fra ordinær utredning og behandling på avdelingen viser at det er svært få som kommer (tilbake) i jobb, jamfør den historiske sammenligningsgruppen. Det var derfor overraskende at så mange som 39 % i kontrollgruppen i studien kom i jobb i løpet av prosjektperioden. Det er imidlertid flere mulige årsaker til dette. For det første fikk deltakerne i kontrollgruppen en forsterket behandling, med både tverrfaglig

smertebehandling og tilgang til gode selvhjelpsressurser for å navigere best mulig i NAV-systemet og komme seg ut i jobb på egenhånd. For det andre kan man ikke utelukke kontaminasjon, siden begge grupper ble behandlet ved samme avdeling - spesielt siden flere i kontrollgruppen oppsøkte IPS-liknende tilbud på egenhånd. For det tredje hadde kontrollgruppen et veldig lavt antall deltakere. Dette begrenser statistisk styrke betydelig, og innebærer at forskjellen mellom gruppene kan skyldes en tilfeldighet. Noen få deltakere i jobb gir dermed store utslag og en høy andel. Sist, men ikke minst, så kan selvsagt den høye suksessraten i kontrollgruppen også indikere at IPS faktisk ikke er bedre enn et selvhjelpsopplegg for å hjelpe motiverte pasienter i jobb. Samtidig som denne muligheten må holdes åpen, mener vi den ikke kan sannsynliggjøres når vi ser på resultatene samlet sett, med gjennomgående høyere andel i jobb i IPS-gruppen på tvers av de ulike måletidspunktene.

Effekten av IPS på helse og livskvalitet

Det var ingen statistisk sikre forskjeller mellom IPS og kontrollgruppen når det kommer til helse og livskvalitet ved oppfølgingstidspunktene. Anekdotisk har vi eksempler på effekt i «begge retninger». Noen av deltakerne fortalte at smertene og den psykiske helsen ble bedre av å jobbe. Andre deltakere rapporterte at jobben forverret smertene, men at det likevel var verdt det. Dette kan ha bidratt til å «jevne ut» effekten av IPS på disse sekundære utfallsmålene. Det er imidlertid også svært sannsynlig at det lave antallet deltakere hindrer meningsfulle analyser av sekundære utfallsmål. Fra den internasjonale IPS-litteraturen er det imidlertid ikke meldt om noen særlige effekter av IPS på symptomer hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Funnene i vår studie stemmer i så måte overens med tidligere forskning ([Kukla & Bond, 2013](#)).

Begrensninger og svakheter ved studien

Den innovative ambisjonen om å undersøke den evidensbaserte jobbstøttemodellen IPS i en ny og viktig målgruppe av pasienter med langvarige smertetilstander, representerer en viktig styrke ved studien. Smertetilstander har en betydelig høyere forekomst enn alvorlige psykiske lidelser, og de står også for mesteparten av sykefraværskostnadene både i Norge og resten av Europa. Evaluering av nye og innovative metoder i denne store gruppen er dermed både nødvendig og viktig. Av andre styrker kan den foregående pilotstudien og det randomiserte kontrollerte designet nevnes ([Linnemørken et al., 2018](#); [Rødevand et al., 2017](#)).

Studien har imidlertid også noen relevante svakheter som må belyses. Den viktigste er målet om 80 deltakere som ikke ble nådd. Årsakene til dette er sammensatt og skyldes trolig en kombinasjon av mangel på tett nok oppfølging av klinikere for å minne dem på å rekruttere til studien, motstanden vi møtte blant enkelte klinikere, og mange pasienter som ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Oftest handlet dette om at de bodde utenfor Oslo, allerede var i arbeidsrettede tiltak, eller at de ikke fikk tilbud om videre behandling ved avdeling for smertebehandling. Det lave antallet deltakere øker i alle tilfeller sannsynligheten for type II-feil, altså at vi konkluderer med ingen effekt der det i virkeligheten er en effekt. Siden jobbspesialistene var ansatt på prosjektmidler, måtte inklusjon av deltakere avsluttes når prosjekttiden løp ut, og denne tiden viste seg å være utilstrekkelig for å oppnå behovet for høyt nok antall deltakere. For å veie opp for denne svakheten, inkluderte vi en historisk kontrollgruppe med ordinære pasienter ved avdelingen for å se hvor stor andel av dem som

var i jobb. Selv om disse gruppene hadde flere fellestrekk, men ikke var direkte sammenliknbare, gir de likevel en indikasjon på hvordan det vanligvis går med pasienter på smertepoliklinikken over tid. Når det gjelder hvor representative deltakerne i studien er, kan vi ikke si dette med sikkerhet. Vi har nemlig ikke gode tall på hvor mange pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene, men som sa nei til deltakelse og eventuelt hvorfor. Dette reduserer generaliserbarheten noe. Responsraten på det primære endepunktet var høy (85-97%) ved de ulike oppfølgings-tidspunktene. Responsraten på de sekundære endepunktene var imidlertid relativt lav, og det er mulig at de som ikke svarte ved oppfølgingene er ulike som svarte på viktige punkter. Ignorering av de manglende svarresponsene kan dermed gi skjevheter i resultatene, noe vi løste ved å bruke en statistisk metode som forsøker i å imøtegå dette problemet (mixed effects regression models, MLE). Samtidig viste de ujusterte og justerte resultatene i stor grad det samme, noe som styrker konklusjonen.

Når det gjelder utfordringene med implementeringen av IPS, og motstanden vi møtte hos enkelte klinikere, så er dette en svakhet ved studien som vi også lærte av. Vi forsøkte ulike tiltak og tilnærminger for å få alle om bord og engasjert i studien, inkludert foredrag og en-til-en møter med klinikere for å informere og motivere, men det aller mest effektive var da vi inviterte inn en av våre egne pasienter som hadde fått god hjelp til å komme i jobb gjennom IPS, og som fortalte sin historie og sine erfaringer.

Implikasjoner

“IPS in Pain” er den første studien i verden som undersøker effekten av IPS for mennesker med langvarige smertetilstander. Som en liten men første studie av sitt slag, kan den betraktes som en såkalt «proof-of-concept» studie som undersøker potensialet denne metodikken har i en ny målgruppe. Studien viste at IPS kan integreres i klinisk praksis ved en tverrfaglig smertepoliklinikk, og at dette kan føre til at mer enn 50% kommer i jobb i løpet av et år. Det er behov for videre studier med større antall deltakere, fortrinnsvis en multisenterstudie, som kan undersøke videre om IPS er en effektiv og nyttig metode for personer med langvarige og komplekse smertetilstander. En slik studie er det nå søkt om midler til.

Referanser

- Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. (2021). *Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse*. https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/Strategi%202021%20-%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20og%20helse.pdf/_/attachment/inline/5a1a73df-bed0-4d3c-890f-ff15839ed62a:534106be0bae56cd647d35845769395968a9ed59/Strategi%202021%20-%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20og%20helse.pdf
- Becker, D. R., Swanson, S. J., Reese, S. L., Bond, G. R., & McLeman, B. M. (2019). *Supported Employment Fidelity Review Manual: A companion guide to the evidence-based IPS Supported Employment Fidelity Scale* (4 ed.).
- Bischof, G., Bischof, A., & Rumpf, H. J. (2021). Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Dtsch Arztebl Int*, 118(7), 109-115. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>

- Bond, G. R., Campbell, K., & Drake, R. E. (2012). Standardizing measures in four domains of employment outcomes for individual placement and support. *Psychiatr Serv*, 63(8), 751-757. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100270>
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2012). Making the Case for IPS Supported Employment. *Adm Policy Ment Health*. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0444-6>
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 280-290. <https://doi.org/10.2975/31.4.2008.280.290>
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32-39. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22295007>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266767/pdf/wpa010032.pdf>
- Butow, P., & Sharpe, L. (2013). The impact of communication on adherence in pain management. *PAIN®*, 154, S101-S107. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.048>
- Cheng, L. J., Tan, R. L.-Y., & Luo, N. (2021). Measurement Properties of the EQ VAS Around the Globe: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Value in Health*, 24(8), 1223-1233. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.02.003>
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore*, 23(2), 129-138.
- Davidson, M., & Keating, J. L. (2002). A comparison of five low back disability questionnaires: reliability and responsiveness. *Physical Therapy*, 82(1), 8-24. <https://doi.org/10.1093/ptj/82.1.8>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL). A measure of primary symptom dimensions. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 7(0), 79-110. <https://doi.org/10.1159/000395070>
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R., & Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 627-633. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10401508>
<http://archpsyc.jamanetwork.com/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/psych/5091/yoa8344.pdf>
- Ellingsen, J. (2021). *Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2016*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd>
- EuroQol Group. (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Fairbank, J. C. T., & Pynsent, P. B. (2000). The Oswestry Disability Index. *Spine*, 25(22), 2940-2953. <https://doi.org/10.1097/00007632-200011150-00017>
- Fyhn, T., Ludvigsen, K., Reme, S. E., & Schaafsma, F. (2020). A structured mixed method process evaluation of a randomized controlled trial of Individual Placement and Support (IPS). *Implement Sci Commun*, 1(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00083-9>
- Gismervik, S., Aasdahl, L., Vasseljen, O., Fors, E. A., Rise, M. B., Johnsen, R., Hara, K., Jacobsen, H. B., Pape, K., Fleten, N., Jensen, C., & Fimland, M. S. (2020). Inpatient

- multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial. *Scand J Work Environ Health*, 46(4), 364-372. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3882>
- Granan, L. P., Reme, S. E., Jacobsen, H. B., Stubhaug, A., & Ljosa, T. M. (2019). The Oslo University Hospital Pain Registry: development of a digital chronic pain registry and baseline data from 1,712 patients. *Scandinavian Journal of Pain*, 19(2), 365-373. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2017-0160>
- Granan, L. P., Reme, S. E., Jacobsen, H. B., Stubhaug, A., & Ljoså Tone, M. (2019). The Oslo University Hospital Pain Registry: development of a digital chronic pain registry and baseline data from 1,712 patients. *Scandinavian Journal of Pain*, 19(2), 365. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2017-0160>
- Holmas, T. H., Monstad, K., & Reme, S. E. (2021). Regular employment for people with mental illness - An evaluation of the individual placement and support programme. *Soc Sci Med*, 270, 113691. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113691>
- Ihlebaek, C., & Lærum, E. (2004). *Plager flest - koster mest - muskel og skjelettlidelser i Norge*.
- Kukla, M., & Bond, G. R. (2013). A randomized controlled trial of evidence-based supported employment: Nonvocational outcomes. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 38, 91-98. <https://doi.org/10.3233/JVR-130623>
- Lambeek, L. C., van Mechelen, W., Knol, D. L., Loisel, P., & Anema, J. R. (2010). Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*, 340, c1035. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1035>
- Landmark, T., Romundstad, P., Dale, O., Borchgrevink, P. C., & Kaasa, S. (2012). Estimating the prevalence of chronic pain: validation of recall against longitudinal reporting (the HUNT pain study). *Pain*, 153(7), 1368-1373. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.02.004>
- Linnemorken, L. T. B., Granan, L. P., & Reme, S. E. (2020). Prevalence of Posttraumatic Stress Symptoms and Associated Characteristics Among Patients With Chronic Pain Conditions in a Norwegian University Hospital Outpatient Pain Clinic. *Front Psychol*, 11, 749. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00749>
- Linnemørken, L. T. B., Sveinsdottir, V., Knutzen, T., Røddevand, L., Hernæs, K. H., & Reme, S. E. (2018). Protocol for the Individual Placement and Support (IPS) in Pain Trial: A randomized controlled trial investigating the effectiveness of IPS for patients with chronic pain. *BMC Musculoskelet Disord*, 19(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-1962-5>
- Lærum, E., Brage, S., Ihlebaek, C., Johnsen, K., Natvig, B., & Aas, E. (2013). *Et muskel- og skjelettrengskap* (Muskel og Skjelett Tiåret, Issue).
- Meneton, P., Kesse-Guyot, E., Mejean, C., Fezeu, L., Galan, P., Hercberg, S., & Menard, J. (2015). Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals. *Int Arch Occup Environ Health*, 88(6), 707-716. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0997-7>
- Ojala, T., Häkkinen, A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T., & Piirainen, A. (2015). Chronic pain affects the whole person--a phenomenological study. *Disabil Rehabil*, 37(4), 363-371. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.923522>

- Overland, S., Grasdahl, A. L., & Reme, S. E. (2018). Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Occup Environ Med*. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105137>
- Overland, S., Harvey, S. B., Knudsen, A. K., Mykletun, A., & Hotopf, M. (2012). Widespread pain and medically certified disability pension in the Hordaland Health Study. *Eur J Pain*, 16(4), 611-620. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.08.005>
- Reme, S. E., Ljosaa, T. M., Stubhaug, A., Granan, L. P., Falk, R. S., & Jacobsen, H. B. (2022). Perceived Injustice in Patients With Chronic Pain: Prevalence, Relevance, and Associations With Long-Term Recovery and Deterioration. *J Pain*, 23(7), 1196-1207. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.01.007>
- Rodevand, L., Ljosaa, T. M., Granan, L. P., Knutzen, T., Jacobsen, H. B., & Reme, S. E. (2017). A pilot study of the individual placement and support model for patients with chronic pain. *BMC Musculoskelet Disord*, 18(1), 550. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1908-3>
- Roelfs, D. J., Shor, E., Davidson, K. W., & Schwartz, J. E. (2011). Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med*, 72(6), 840-854. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.005>
- Rueda, S., Chambers, L., Wilson, M., Mustard, C., Rourke, S. B., Bayoumi, A., Raboud, J., & Lavis, J. (2012). Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review. *Am J Public Health*, 102(3), 541-556. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300401>
- Rustoen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S., & Miaskowski, C. (2004). Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain*, 8(6), 555-565. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.02.002>
- Rødevand, L., Ljosaa, T. M., Granan, L. P., Knutzen, T., Jacobsen, H. B., & Reme, S. E. (2017). A pilot study of the individual placement and support model for patients with chronic pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1), 550. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1908-3>
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry*, 57(2), 113-118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Sveinsdottir, V., Jacobsen, H. B., Ljosaa, T. M., Linnemorken, L. T. B., Knutzen, T., Ghasvand, R., & Reme, S. E. (2022). The Individual Placement and Support (IPS) in Pain Trial: A randomized controlled trial of IPS for patients with chronic pain conditions. *Pain Med*. <https://doi.org/10.1093/pm/pnac032>