

# **Return To Work, mestringstro og sykdomsforståelse**

- en forskningsoppsummering

NAV Senter for jobbmestring Vestfold og Telemark

NAV Arbeid og helse Vestfold og Telemark

*Oppsummeringen er i stort basert på Karianne Kalseth Christensens skriftlige arbeid til spesialiseringen i klinisk arbeidspsykologi.*

**Return To Work (RTW) og Stay At Work (SAW)**-forskning og -tilnærming har etterhvert utviklet seg fra å være enten en ren biomedisinsk eller psykososial forklaringsmodell, til etter hvert å tilby en multidisiplinær biopsykososial forklaring på faktorer som hemmer eller fremmer helse og tilstedeværelse i arbeidslivet. De siste årene har forskningen på dette feltet vært særlig i fokus i de nordeuropeiske velferdsstatene, som for eksempel Norge, Sverige, Finland, England og Nederland.

Det foreligger sterk evidens på at arbeid *i de fleste tilfeller* er gunstig for helsen, særlig med tanke på faktorer som struktur og stabilitet i hverdagslivet, personlig utvikling, forbedret personlig økonomi og sosial tilhørighet; dette er faktorer som er funnet å være den beste garantisten for god psykisk helse og generell velvære (Løvik, Shaw, Øverland & Reme, 2014).

Lettere psykiske plager, muskel og skjelettlidelser, slitenhet, og subjektive somatiske symptomer kommer, på grunn av sin høye prevalens, ofte sammen under betegnelsen «common health problems» (Waddel, 2006). I flere undersøkelser kommer det frem at 2/3 av den «friske populasjonen» rapporterer en eller to psykiske eller fysiske helseplager i måneden. Disse helseplagene utgjør hoveddelen av sykefraværet i Norge (Eriksen & Ursin, 2004), og sykemelding på bakgrunn av psykiske lidelser steg fortsatt i 4.kvartal 2014 (Sykefravær og statistikknotater NAV, 2014).

**Den største andelen av mennesker med lettere psykiske og fysiske plager er i arbeid**, enten deltid eller heltid. I OECD-landene er 60-70 % av personer med lettere plager i arbeid (OECD, 2012).

Med normalpsykologien som bakteppe skal den psykologfaglige hjelpen ha fokus på ressurser og mestring, sa Norsk psykologforening i 2011. Regjeringen har også ønsket å sende sterke signaler om viktigheten av at personer med psykiske lidelser opprettholder en tilknytning til arbeid; dette gjøres tydelig i «Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse» (2013-2016). Det kan altså se ut til at man er på vei bort fra holdninger om at man bør ha et symptomfritt liv for å kunne være i arbeid.

De lettere psykiske plagene relatert til stress, nedsatt stemningsleie og angst er langt mer utbredt i befolkningen enn de mer alvorlige lidelsene, slik at såkalt subkliniske plager bidrar like mye til uførepensjonering som de kliniske og mer alvorlige plagene (Knudsen et al., 2010). Tidsperspektivet er spesielt viktig, da vi vet at plagene vil kunne utvikle seg til mer alvorlige tilstander og i verste fall kronifiseres jo lengre man er ute av arbeid, samtidig som sjansen for at man kommer tilbake i aktivitet reduseres kraftig (Blank, Peters, Pickvance, Wilford & Macdonald, 2008).

I somatikken har man ved en rekke sykdommer i flere år sett til *sykdomsforståelse* som en viktig indikator for videre progresjon, behandlingsetterlevelse og generell adaptiv helseatferd (Leventhal et al., 1997). Her forsøker man å påvirke de antagelsene pasienter har om sine fysiske symptomer og sin sykdomssituasjon; dette for å påvirke helseatferden og for å fremme hensiktsmessig *mestring*, ikke nødvendigvis tilfriskning.

**Mestringsperspektivet** ser altså ut til å vinne frem i synet på eksempelvis muskel- og skjelettplager. Med økt kunnskap, og gjennom det vi nærmest kan kalle et paradigmeskifte, kan det se ut til at den tidligere trenden med en lengre sykemelding, i kombinasjon med forsiktighet og hvile, er i ferd med å snu. Disse måtene å håndtere plagene på stammer kanskje fra antagelser om at en frisk kropp er det samme som en smerte- og symptomfri kropp. Prevalensstudier viser dog at 96 % av befolkningen rapporterte minst én subjektiv helseplage de siste 30 dagene, og de mest rapporterte var plager fra muskel- og skjelettapparatet, mens tretthet, uro og nedstemthet også ligger høyt på listen (Ihlebak, Eriksen & Ursin, 2002). Disse tallene forteller oss at normalsituasjonen i de fleste menneskers liv er en ganske annen enn nettopp smerte-, ubehags- og symptomfrihet.

Det finnes gode og veldokumenterte årsaker til at man bør jobbe for at folk med lettere til middels subjektive helseplager opprettholder sin tilknytning til arbeid. Som allerede nevnt vil sjansen for at man kommer tilbake i arbeid reduseres jo lengre tid man går sykemeldt. Flere og mer alvorlige psykiske plager kan forekomme som følge av redusert arbeidsdeltagelse (Lagerveld et al., 2012). De som opplever forverring av tilstanden og utvikling av psykisk lidelse hadde ofte kun lette til moderate plager, som i utgangspunktet førte til inaktiviteten (OECD, 2013). Fravær som i utgangspunktet var tenkt å lette plagene, kan bidra til både økte plager og til at helsebekymringer bekreftes. I Norge skaper ikke-diagnostiserbare eller subkliniske nivåer av depressivitet og angstplager like mye arbeidsuførhet som plager på, og over, de kliniske nivåene. I OECD-rapporten fra 2012 kommer det frem at det i trygdesystemene ofte konkluderes med at brukere med milde og moderate plager er 100 % arbeidsuføre. Dersom disse individene starter med en gradert trygd blir den sjelden revurdert og evaluert – ofte gjøres den om til full trygdestøtte etter en stund. Dette skjer også med yngre personer med milde og moderate plager (OECD, 2012). Personer som opplever depressive eller angstrelaterte plager kan bli passive og tilbaketrukne som følge av sine plager, og spesielt på grunn av de tankene de har om sine plager. Det er godt

dokumentert at fokus på aktiviteter og hverdagslige gjøremål er viktig i oppfølgingen, og at dette kan skape bedring (Dimidjan et al., 2006).

**Mestringstro**, altså personens tro på egne evner til å oppnå et gitt mål, har ved flere anledninger blitt fremhevet som en viktig del av prosessen med tilbakeføring til jobb (Bandura, 1997). Denne mestringstroen antas å bli påvirket av arbeidssituasjon, eventuell behandlingsprosess, og ikke minst personens egne personlige og helsemessige karakteristikk (Labriola et al., 2007). Flere studier viser at det å være sykemeldt på bakgrunn av lettere og moderate psykiske plager ofte resulterer i lav mestringstro (Labriola et al., 2007; Andersen et al., 2012). Dette vil si at den lave mestringstroen ikke var en forløper til sykemelding, men et resultat av den (!).

**Sykdomsforståelse** dannes gjennom at et individ aktivt forsøker å forstå sine plager, hva man eventuelt kan gjøre for å bli kvitt dem, og tanker om hvilke følger for individets fungering plagene vil få. En slik mental forståelsesmodell dannes på bakgrunn av tidligere erfaring og medisinsk kunnskap, samt gjennom observasjon av andre og lignende tilfeller vi kjenner til. De kan også påvirkes av kulturell og normativ tro om den gitte tilstanden (Petrie & Weinman 2006).

En persons sykdomsforståelse består av 5 komponenter:

- Antagelser om de typiske symptomene ved den gitte lidelsen
- Antagelser om sammenhenger (hva som er årsaken til symptomene og plagene)
- Antagelser om tid/varighet (fra akutt til kronisk)

- Antagelser om kontroll (kan plagene påvirkes av meg selv eller av behandling)
- Antagelser om konsekvenser (hva vil disse plagene bety for meg og min fungering)

(Petrie & Weinman, 2006).

Dannelse av sykdomsforståelsen beskrives som et kritisk tidspunkt, da den kommer i forkant av mestringsatferd og i stor grad påvirker både individets respons (Henderson, Orbell & Hagger, 2009) og individets mestringsatferd (Petrie & Weinman 2006).

At sykdomsforståelsen er en viktig komponent er også kjent og fremhevet hos de med muskel og skjelettlidelser (Malterud, 2013; Siemonsma et al., 2013; Indahl, 2003). Det er blitt pekt på en sammenheng mellom en sykdomsforståelse som betegnes som maladaptiv, og redusert arbeidsdeltagelse. Tanker om varighet, konsekvenser og personlig kontroll kan si noe om sjansen for RTW (Øyeflaten, Hysing & Eriksen, 2008). Positive eller «nyttige» sykdomsforståelser var en viktig faktor når personer returnerte til jobb med plager og symptomer. De som ikke returnerte til arbeid beskrev større grad av negative konsekvenser, forventet et lengre sykdomsforløp, rapporterte flere symptomer og hadde en mer emosjonell representasjon av sin tilstand. De som returnerte beskrev en større tro på kontrollerbarhet, og generelt en bedre forståelse av plagene (Hoving, van der Meer, Volkova & Frings-Dresen, 2010).

Ved fibromyalgi fant man også tilstedeværelse av negative sykdomsforståelser som påvirket mestringstroen (Ittersum, van Wilgen, Hilberdink, Groothoff & van der Schans, 2009). Personer med mindre negative sykdomsforståelser beskrev tro på at de kunne kontrollere noen av plagene, og de antok at diagnosen ikke tilsa en total funksjonsnedsettelse. De opplevde heller ikke at smerte alltid var et tegn på skade, slik de med negative

sykdomsforståelser kunne frykte (Nielson & Jensen, 2004). Personer med kronisk utmattelsessyndrom med sterk sykdomsidentitet, og med antagelser om at plagene var stressutløste og ukontrollerbare, og at plagene hadde alvorlige konsekvenser, rapporterte dårligere fungering og høyere grad av psykisk svekkelse. (Moss- Morris & Chalder, 2003).

Der man fant usikre eller negative forventninger til tilbakeføringsprosessen, fant man også mer maladaptive sykdomsrepresentasjoner. Spesielt gjaldt dette de som tenkte at de psykiske plagene ville ha mange og alvorlige konsekvenser, og påvirke mange områder i livet (Løvik, Øverland, Hysing, Broadbent & Reme, 2013). Videre forskning på samme gruppe viste at disse usikre eller negative forventningene også rent faktisk predikerte trygdeytelser seks måneder senere. Forventningene har også vist seg å være viktigere enn faktisk symptomnivå (Løvik, Shaw, Øverland & Reme, 2014). Det kan altså være slik at to personer, som har tilnærmet like plager, kan ha svært forskjellig forståelse av plagene og tanker om RTW.

*Å få tak i personers oppfatning og forståelse av sine plager, og ikke bare symptombeskrivelser av plagene, peker seg ut som viktig. Sykdomsforståelsen til et individ er beskrevet å være modifiserbar gjennom informasjon (Henderson et al., 2009) så her har man potensiale til å påvirke selve mestringstroen knyttet til arbeid, gjennom å få individet til å forstå sine plager på en annen og mer adaptiv måte.*

**Når det gjelder sykemeldende leger**, fant en undersøkelse utført av Department for Work and Pensions i England (2011) ut at leger flest anså seg som «pasientens advokat» og at deres hovedfokus var på den medisinske situasjonen, samt å respektere pasienters ønske. Videre kom det frem antagelser om at det å utfordre behovet for en sykemelding kunne skade relasjonen. Når man undersøkte dette nærmere, fant man tvert imot at pasientene selv rapporterte at det å få utforskende spørsmål rundt deres tanker om plagene, og om

retur til arbeid, ikke opplevdes truende mot lege-pasient-forholdet (O'Brien, Cadbury, Rollnick & Wood, 2008).

Andre påpekte tidsklemme ved konsultasjoner som avgjørende. Taushetsplikten gjorde at legene oppga stor motstand mot å snakke med arbeidsgivere, og at behovet for pasientens tillatelse ofte stod i veien. Flere kommenterte også på at de ikke var spesialister i arbeidsmedisin, og at de egentlig kunne for lite til å si noe om arbeidsevne. Til sist kom det frem at legene hadde tanker om dårlig prognose for flere av pasientene, de tenkte det var usannsynlig at vedkommende noen gang ville kunne komme tilbake i jobb. En andel fastleger opplevde personer som presenterte mentale helseplager som mer syke, mindre arbeidsføre og de kjente større sympati og medfølelse for disse pasientene enn for andre (Cambell & Ogden, 2006). Fastlegenes egen forståelse av psykiske plager påvirker med andre ord deres sykemeldingsatferd. Det er gjort funn som tyder på at mesteparten av sykefravær innen de vanligste helseplagene er basert på pasientenes subjektive utsagn om sine plager (Tellnes, Svendsen, Bruusgaard, Bjerkedal, 1989).

**Også arbeidsgivere ble intervjuet.** Her kom det frem tydelige opplevelser med, og antagelser om, at ansatte med mentale helseproblemer ville kunne gi merarbeid, og dermed påvirke produksjon og effektivitet negativt.

Noen påpekte at med tanke på bedriftens overlevelse og fremtid, ville man være tilbøyelig til å investere i en ansatt uten mentale helseproblemer fremfor en annen. Spesielt i bransjer hvor man anså det som lett å bytte ut arbeidskraften, fant man slike holdninger. Det kommer i rapporten også frem at arbeidsgivere også tenkte at arbeidstagere måtte være 100 % friske for å komme tilbake til arbeidsplassen. (DWP communications, 2011).

**Veien videre.** En persons opplevelse av egne plager og deres betydning blir presentert allerede på legekantoret, og fastlegene vil nok ofte kunne argumentere godt for at noe fravær *kan* være gunstig i en periode. Allerede her er det derimot viktig med god informasjon om sykefravær og psykisk helseproblematikk, samt potensielle uheldige konsekvenser av et 100 % fravær og særlig langtidsfravær. Beroligelse gjennom normalisering av vanlige helseplager kan være med på å bidra til en annen og mer adaptiv sykdomsforståelse. Dette fordrer naturligvis at legene besitter denne kunnskapen, og at de er bevisst egne holdninger knyttet til helseplager og arbeid. En sykemelding som følge av lettere psykiske plager vil kunne gi et uheldig signal om plagenes alvorlighetsgrad til pasienten, samtidig som pasienten kan få en medisinsk legitimitet til en unnvikelsesatferd som i det lange løp med stor sannsynlighet vil kunne forverre tilstanden (Joner, 2008). Et fokus på tilfriskning før gjenopptagelse av aktivitet hos den enkelte (hos for eksempel fastlege og/eller behandler), vil kunne skape urealistiske forventninger og en uheldig forsterkning av et symptomfokus. En kan gå glipp av svært viktige erfaringer som kan skape en mer nyttig sykdomsforståelse og gode mestringsopplevelser.

En negativ sykdomsforståelse fører altså med seg lav mestringstro, og RTW-forskningen viser med all tydelighet hvordan mestringstro, sykdomsforståelse og forventninger om RTW er viktigere for faktisk RTW enn pasientens symptomtrykk og de faktiske plagene.

Denne sammenfatningen fokuserer kun på noen av de mer personrelaterte elementer som kan være viktige når man jobber med vanlige helseplager og sykefravær. Jobbmestring påvirkes dog både av individet, arbeidslivet og samfunnet for øvrig. Vi vet at en vesentlig del av sykefravær kan knyttes til ulike deler av et arbeidsforhold (Mehlum, 2011), og støtte fra arbeidsplassen er derfor viktig for ansatte som opplever helseproblemer (Berge & Falkum, 2013). I et arbeidspsykologisk perspektiv kan det også bli snevert kun å utforske en persons

sykdomsforståelse, når andres antagelser også vil påvirke det totale bildet. Her trekkes spesielt fastleger, helsearbeidere, arbeidsgivere og ansatte ved arbeid- og velferdsetaten frem. I så måte kan man si at bevisstgjøring og utfordring av sykdomsforståelse er et viktig og svært sentralt tema både på individnivå og på et mer samfunnsmessig plan.

## Referanser

Aagestad, C., Johannessen, H.A., Tynes, T., Gravseth, H.M. & Sterud, T. (2014). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 56(8), 787-93.

Andersen, M.F., Nielsen K.M. & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 8 (2), 93-104.

Arnetz, B.B & Ekman, R. (2006). *Stress in health and disease*. Wiley-VCH; Weinheim. Bandura, A (1997) *Self-efficacy: the exercise of control*. WH Freeman: New York.

Berge, T. & Falkum, E. (2013). *Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse*. Gyldendal Norsk Forlag: Oslo.

Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J. & Macdonald, E. (2008). A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of Occupational Rehabilitation* 18 (1), 27–34.

Brosschot, J.F., Pieper, S. & Thayer, J.F. (2005). Expanding stress theory: Prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1043-1049.

Brown, C., Dunbar-Jacob, J., Palenchar, D.R., Kelleher, K.J., Bruehlman, R.D., Sereika, S. & Thase, M.E. (2009). Primary care patients' personal illness models for depression: a preliminary investigation. *Family Practice* 18, 314–320.

Cambell, A. & Ogden, J. (2006). When do doctors give sick notes? An experimental study in primary care. *Family Practice*, 23, 125-130.

Cropley, M. & Millward, L.J. (2003). Job strain and work rumination about work issues during leisure time; a diary study. *European Journal of Work And Organizational Psychology*, 12 (3), 195-207.

Dekkers-Sanchez, P.M., Wind, H., Sluiter, J.K. & Frings-Dresen, M.H.W. (2010). A Qualitative study of perpetuating factors for long term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 544-552.

Fylan, Fylan & Caveney, (2011). *An evaluation of the statement of fitness for work: qualitative research with general practitioners*. (Department for Work and Pension, Research Report No. 780).

Hentet fra:

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/214566/rrep780.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214566/rrep780.pdf)

Giri, P., Poole, J., Nightingale, P. & Robertson, A. 2009. Perceptions of illness and their impact on sickness absence. *Occupational Medicine*, 59, 550-555.

Grøholt, E.K, Hånes, H. & Reneflot, A. (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge*. (Folkehelseinstituttet: Rapport 2014:4). Hentet fra

<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMBU/Helse%20og%20omsorg/Folkehelse/folkehelse rapporten%202014.pdf>

Henderson, M., Harvey, S.B., Øverland, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. (2011). Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Medicine*, 104, 198-207.

Hoving, J.L., van der Meer, M., Volkova, A.Y. & Frings-Dresen. (2010). Illness perception and work participation: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83 (6), 595-605.

Ihlebaek, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health, 30*, 20-29.

Ittersum, M.W., van Wilgen, CP, Hilberdink, W.K.H.A., Groothoff, J.W & van der Schans, C.P. (2009). Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Education Counseling, 74* (1), 53-60.

Joner, A. (2008). Sykmelding – helsetjeneste eller bjørnetjeneste? *Tidsskrift for Den norske legeforening, 128*, 940–941.

Jorgensen, B. (2014). *Change in Illness Perception to Improve Quality of Life for Chronic Pain Patients. School of Physician Assistant Studies. Paper 447. Hentet fra:*  
<http://commons.pacificu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1496&context=pa>

Knudsen, A. K., Øverland, S., Aakvaag, H. F., Harvey, S. B., Hotopf, M. & Mykletun, A. (2010). Common mental disorders and disability pension award: Seven year follow-up of the HUSK study. *Journal of Psychosomatic Research, 69*, 59–67.

Knudsen, A.K. & Mykletun, A. (2010). Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47* (3), 342-343.

Labriola, M., Lund, T., Christensen, K.B., Albertsen, K., Bültmann, U., Jensen, J.N. & Villadsen, E. (2007). Does self-efficacy predict return-to-work after sickness absence? A prospective study among 930 employees with sickness absence for three weeks or more. *Work, 29* (3), 233-8.

Lagerveld, S.E., Roland W.B., Blonk, V.B., Wijngaards-de Meij, L. & Schaufeli, W.B. (2012). Work-Focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology, 17* (2), 220–234.

- Lau-Walker, M. (2004). Relationship between illness representation and self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (3), 216-225.
- Lau-Walker, M. (2007). Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (2), 187-98.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). *Illness representations: Theoretical foundations*. In K. J. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness* (s.19–46). Amsterdam: Harwood Academic Press.
- Lindbøl, M. Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2011 [Notat]. Oslo, NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Seksjon for statistikk. (2012).
- Løvvik, C., Shaw, W., Øverland, S.N. & Reme, S.E. (2014). Expectations and illness perceptions as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: secondary analysis from a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 4 (3).
- Løvvik, C.S., Øverland, S.N., Hysing, M., Broadbent, E. & Reme, S.E. (2013). Associations between illness perceptions and return-to-work expectations in workers with common mental health symptoms. *Journal of occupational rehabilitation*, 24 (1), 160-170.
- Major, E.F., Dalgard, O.S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L.E. (2011). *Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Folkehelseinstituttet: Rapport 2011:1). Hentet fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>
- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 130 (23), 56-9.

Markussen, S., Mykletun, A., & Røed, K. (2010) The case for presenteeism. *IZA Discussion Paper No. 5343, 2010.*

Mehlum, I.S. (2011). Hvor mye av det norske sykefraværet er arbeidsrelatert? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening 131(2), 122–125.*

Morgan, K., Villiers-Tuthill, A., Barker, M. & McGee, H. (2014) The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychology, 2 (50).*

Moss-Morris R, Chalder T. Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research, 55, 305- 308.*

Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009): *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.* (Folkehelseinstituttet. Rapport 2009:8). Hentet fra <http://www.fhi.no/dav/68675aa178.pdf>

Nielson, W.R. & Jensen, M.P. (2004). Relationship between changes and treatment outcome in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain, 109, 233–41.*

Odeen, M., Ihlebæk, C., Indahl, A., Wormgoor, M.E., Lie, S.A., & Eriksen, H.R. (2013). Effect of peer-based low back pain information and reassurance at the workplace on sick leave: a cluster randomized trial. *Journal of Occupational Rehabilitation, 23 (2), 209-219.*

OECD, (2012). *Sick on the Job? Myths and realities about mental health and work.*

OECD, (2013). *Mental health and work.* Publishing: Norway

OECD, (2015). *The OECD mental health and work policy framework. Paper presented at the OECD High level policy forum on mental health and work bridging employment and health policies, the*

Hague. Hentet fra: <https://www.oecd.org/mental-health-and-workforum/documents/OECD-POLICY-FRAMEWORK.pdf>

Petrie, K.J, Broadbent, E, Kydd, R (2008) Illness perceptions in mental health: issues and potential applications. *Journal of Mental Health*, 17, 559-564.

Petrie, K.J, Weinman, J (2006) Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6, 536-539.

Petrie, K.J., Cameron, L.D., Ellis, C.J., Buick, D., & Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions following myocardial infarction: An early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 64, 580–586.

Petrie, K.J., Jago, L.A. & Devich, D.A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20 (2), 163-7.

Reme, S. E., Grasdahl, A.L., Løvik, C. & Lie, S.A. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomized controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine* 72 (10), 745-752.

Savikko, A., Alexanderson, K. & Hensing, G. (2001). Do mental health problems increase sickness absence due to other diseases? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36 (6), 310–316.

Schultz & Gatchel, 2016. *Handbook of Return to Work. From Research to Practice*. Springer: New York.

Siemonsma, P.C., Stuive, I., Roorda, L.D., Vollebregt, J.A., Walker, M.F., Lankhorst, G.J. & Lettinga, A.T. 2013. Cognitive treatment of illness perceptions in patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 93 (4).

Sverke, M., Hellgren, J. & Näswall, K. (2002). No Security: A Meta-analysis and review of job insecurity and it's consequences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 242–264.

van Wilgen, C.P., van Ittersum, M.W., Kaptein, A.A. & van Wijhe, M. (2008). Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis Rheumatism*, 58 (11), 3618-26.

Welsh, V.K., Mallen, C.D., Wynne-Jones, G. & Jinks, C. (2012). Exploration of GPs' views and use of the fit note: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 62 (598), 363-370.  
DOI: 10.3399/bjgp12X641483

Waddell, G. & Burton, A. (2006). *Is Work Good for Your Health and Well-being?* London: Stationery Office.

Øyeflaten, I., Hysing, M. & Eriksen, H.R. (2008). Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40 (7), 548-554.

**SENTER FOR JOBBMESTRING - NAV VESTFOLD OG TELEMAR**  
Postadresse: Postboks 2093, 3103 Tønsberg  
Besøksadresse: Statens Park, Anton Jenssens gate 5  
Tlf: 412 99 198 // Faks: 33512901  
Epost: jobbmestring.vestfold@nav.no