



# Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

## Jobbrelatert mestringstro ved muskel- og skjelettplager – et spørreskjema

### ORIGINALARTIKKEL

#### CATHRINE NØTTINGNES

cathrine.nottngnes@helse-bergen.no  
Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest  
Helse Bergen  
Hun har bidratt med utarbeiding, revisjon og godkjenning av manus.  
Cathrine Nøttingnes er MSc og fysioterapeut.  
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun og Universitetet i Bergen har mottatt stipend fra Fysiofondet.

#### KJARTAN VIBE FERSUM

Forskningsgruppe i fysioterapi  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin  
Universitetet i Bergen  
Hun har bidratt med revisjon og godkjenning av manus.  
Kjartan Vibe Fersum er ph.d. og manuellterapeut.  
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### SILJE ENDRESEN REME

Psykologisk institutt  
Universitetet i Oslo  
og  
Avdeling for smertebehandling  
Oslo universitetssykehus  
Hun har bidratt med revisjon og godkjenning av manus.  
Silje Endresen Reme er ph.d., psykologspesialist og professor.  
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### ROLF MOE-NILSSEN

Forskningsgruppe i fysioterapi  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin  
Universitetet i Bergen  
Hun har bidratt med design og analyse og godkjenning av manus.  
Rolf Moe-Nilssen er dr. philos., fysioterapeut og professor emeritus.  
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### TONE MORKEN

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin  
NORCE Norwegian Research Centre  
Bergen  
Hun har bidratt med utarbeiding, revisjon og godkjenning av manus.  
Tone Morken er dr.philos., fysioterapeut og forsker.  
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### BAKGRUNN

Spørreskjemaet The Return-To-Work Self-Efficacy Scale kartlegger mestringstro på å komme tilbake til jobb etter akutte korsryggssmerter ønsket å oversette og validere spørreskjemaet samt å vurdere samsvar mellom oversatt skjema og to andre skjemaer.

### MATERIALE OG METODE

Spørreskjemaet ble oversatt til norsk etter anbefalte retningslinjer. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten med muskel- og skjelettplager ble rekruttert til studien. Kryskulturell validitet ble vurdert ved prinsippal komponentanalyse og intern konsistens ved Cronbachs alfa. Begrepsvaliditet ble vurdert ved korrelasjon mellom det oversatte spørreskjemaet og samtidige målinger fra to spørreskjema som fokuser på nærliggende egenskaper: Tampa scale for kinesiophobia og Krav-kontroll-sosial støtte.

### RESULTATER

Det norske spørreskjemaet er kalt Jobb-relatert mestringstro. Av et utvalg på 229 ble 206 personer (89,9 %) inkludert i analysene. Prinsippal komponentanalyse støttet den kryskulturelle validiteten gjennom funn av en trefaktorstruktur i samsvar med det originale spørreskjemaet. Intern konsistens var høy for alle spørsmålene i spørreskjemaet (0,95) samt for hver av de tre faktorene *møte jobbkrav* (0,9), *kommunisere behov til andre* (0,97) og *tilpasse arbeidsoppgaver* (0,96) etter justering for antall spørsmål. Det var lave korrelasjoner (< 0,40) mellom Jobb-relatert mestringstro og henholdsvis Tampa scale for kinesiophobia og de ulike faktorene i spørreskjemaet Krav-kontroll-sosial støtte.

### FORTOLKNING

Spørreskjemaet Jobb-relatert mestringstro har etter oversettelse tilfredsstillende kryskulturell validitet og intern konsistens.

### HOVEDFUNN

Muskel- og skjelettplager er i Norge den største enkeltårsaken til at arbeidstakere blir sykmeldt eller faller utenfor arbeidslivet (1, 2). For noen fører disse plagene til langvarig sykefravær og uførhet (2, 3). Sannsynligheten for å komme tilbake til jobb reduseres med lengre fravær (4).

Mestringstro er et sentralt teoretisk begrep beskrevet av Bandura og innebærer opplevelsen av at man har det som skal til for å mestre oppgaver og nå mål (5). Begrepet er brukt i en rekke sammenhenger, blant annet for å predikere sykefravær, kroniske smerter eller tilpasning til ulike sykdommer (6). Det er funnet at pasienter med lave forventninger til å bli frisk i mindre grad kommer tilbake til jobb sammenlignet med pasienter med høye forventninger (7, 8). Mennesker med liten mestringstro og lave forventninger om å fungere i jobb kan ha behov for mer støtte for å mestre sitt arbeid.

Det mangler gode norske måleinstrumenter for mestringstro på å komme tilbake til jobb. Spørreskjemaene Tampa scale for kinesiofobi (9) og Krav-kontroll-sosial støtte (10) kartlegger fenomener som kan ha betydning for å komme tilbake til jobb, men er ikke spesielt rettet mot mestringstro. The Return-To-Work Self-Efficacy Scale (11) ble utviklet i USA for å kartlegge mestringstro på å komme tilbake i jobb etter akutte korsryggssmerter. Det originale skjemaet ble benyttet ved bedriftshelseklinikker i USA. Ved disse klinikkene ble arbeidstakere med akutte ryggssmerter undersøkt og fulgt opp av lege. Skjemaet ble utfyllt i forbindelse med den medisinske undersøkelsen. Siden er skjemaet blitt brukt i en rekke studier for å undersøke arbeidsrelatert mestringstro hos pasienter med både akutte og kroniske smerter. Det er oversatt til dansk, svensk og kinesisk (12, 13). Vi ønsket å oversette og tilpasse skjemaet for å kartlegge pasienters tro på å mestre arbeidsoppgaver og å fungere i jobb ved muskel- og skjelettplager. Det fylles ut av pasienten og kan være et nyttig verktøy for helsepersonell eller andre som skal vurdere individuelle, arbeidsrettede tiltak sammen med pasienten.

Målet med denne studien var å oversette spørreskjemaet til norsk, undersøke dets krysskulturelle validitet og interne konsistens og vurdere samsvar i begrepsvaliditet mellom oversatt skjema og to andre eksisterende skjemaer. Vi hadde følgende hypoteser:

- Oversatt versjon har de samme underliggende faktorer som The Return-To-Work Self-Efficacy Scale: Møte jobbkrav, tilpasse arbeidsoppgaver og kommunisere behov til andre
- Oversatt versjon har høy intern konsistens totalt og innen hver underliggende faktor
- Oversatt versjon korrelerer positivt, men i lav grad med to andre skjema som måler lignende, men litt ulike aspekter av betydning for å komme tilbake til jobb (bevegelsesfrykt ved muskel- og skjelettsmerter og krav, kontroll og sosial støtte på arbeidsplassen).

## Materiale og metode

Datamaterialet er hentet fra en undersøkelse blant helse- og omsorgsarbeidere med muskel- og skjelettplager (14). Prosjektgruppen informerte om prosjektet via brosjyrer på arbeidsplassen og møter med ledere. Arbeidstakere som var sykmeldt eller meldte om plager til lederen sin, ble invitert til å delta. De som tok kontakt, fikk time til klinisk undersøkelse og fylte ut spørreskjema før undersøkelsen. Personer som kunne norsk og ikke var sykmeldt eller hadde sykmelding i mindre enn tre måneder kunne delta.

Utvalgsstørrelsen i studien er basert på anbefalinger om at valideringsstudier bør ha over 100 deltakere (15). Vi inkluderte skjemaer som ble besvart innen en bestemt dato. Under 80 % besvarte spørsmål i hvert av de tre skjemaene førte til eksklusjon. Deltakerne svarte også på spørsmål om kjønn, alder, sykmelding, røyking, mosjon, og smertelokalisasjon angitt på en kroppstegning.

### OVERSETTELSE

The Return-To-Work Self-Efficacy Scale måler tro på å overvinne barrierer for å komme tilbake til jobb og gjenoppta normale arbeidsoppgaver etter akutte ryggssmerter. Spørreskjemaet består av 19 spørsmål/påstander som besvares på en skala fra 1 (ikke sikker i det hele tatt) til 10 (helt sikker). Totalskåren går fra 19 til 190, der høy skår representerer høy grad av tro på å mestre jobb.

Oversettelsen til norsk ble utført etter anbefalte retningslinjer (16). Tre personer med norsk som morsmål oversatte uavhengig av hverand en psykolog som var med på å utvikle originalinstrumentet i USA (SER), en translator uten medisinsk bakgrunn og en fysioterapeut med utdanning fra England og Australia (KVF). Prosessen var koordinert av en fysioterapeut (TM). Etter at man ble enig om norsk versjon, ble spørreskjemaet tilbakeoversatt til engelsk av to personer med engelsk morsmål, hvorav én var profesjonell translator, begge var uten medisinsk bakgrunn. De norskspråklige oversetterne og koordinator gjennomgikk den tilbakeoversatte versjonen og gjorde mindre justeringer av spørreskjemaet for å finne best mulige begreper tilpasset norsk kultur. Den norske versjonen fikk tittelen Jobb-relatert mestringstro (se appendiks).

### VALIDERING

To spørreskjemaer ble brukt for å vurdere begrepsvaliditeten av Jobb-relatert mestringstro, Tampa scale for kinesiofobia og Krav-kontroll-sosial støtte. Førstnevnte er basert på en modell for unngåelsesatferd, frykt for arbeidsrelatert aktivitet og frykt for bevegelse og (re)skade. Dette inneholder 13 spørsmål (9), med sumskår 13–52, der høy skår indikerer sterkere bevegelsesfrykt og fare for (re)skade. Spørreskjemaet Krav-kontroll-sosial støtte (10) er basert på en mye brukt stressmodell som belyser sammenhenger mellom arbeidskarakteristika og trivsel helse og utføring av jobben (17). Spørreskjemaet består av 17 påstander/spørsmål som dekker tre faktorer: psykologiske krav, beslutningskontroll og sosial støtte på arbeidsplassen. Skårene summeres innenfor hver faktor.

Krysskulturell validitet ble vurdert ved å sammenligne skår i originalskjemaet med den oversatte versjonen. Originalskjemaet ble fylt ut av personer med akutte korsryggssmerter innen ulike yrker i USA og det var ikke krav om sykmelding for å bli inkludert (11). Intern konsistens ble vurdert ved å analysere korrelasjonen mellom spørsmålene. For å kunne sammenligne intern konsistens i hele spørreskjemaet (19 spørsmål) med hver av de tre faktorene, ble det justert for ulikt antall spørsmål i de tre faktorene ved Spearman-Browns prediksjonsformel (18), s. 88). Begrepsvaliditet ble vurdert ved å undersøke korrelasjonen mellom Jobb-relatert mestringstro og Tampa scale for kinesiofobi og Krav-kontroll-sosial støtte. En høy korrelasjon mellom spørreskjemaene ville antydde høy grad av begrepsmessig overlapp, mens lav korrelasjon ville støttet den diskriminerende begrepsvaliditeten til skalaen. De valgte spørreskjemaene inkluderer fenomener som i noen grad er beskrevet, og det var forventet en signifikant, men lav korrelasjon ((19).

### ANALYSE

Statistiske analyser ble utført med IBM SPSS Statistics, versjon 21 og Microsoft Office Excel 2007. Kjønn, alder, sykmeldingsstatus, livsstil, mosjon og muskel-skjelett-plager ble analysert ved deskriptiv statistikk og kategorisert som i tabell 1. Krysskulturell validitet ble analysert ved bruk av eksplorerende faktoranalyse (prinsippal komponentanalyse med Varimax-rotasjon). Intern konsistens for hver av de tre faktorene og for alle 19 spørsmålene samlet ble beregnet med Cronbachs alfa, justert for ulikt antall spørsmål ved hjelp av Spearman-Brow prediksjonsformel for å gjøre gruppene sammenlignbare. Begrepsvaliditet ble målt ved Pearsons korrelasjonskoeffisient. Statistisk signifikansnivå ble satt til  $p \leq 0,05$ .

## Tabell 1

Demografisk oversikt over inkluderte (N = 206 ansatte i helse- og omsorgstjenesten) i studien, som var en validering av norsk oversettelse skjemaet The Return-To-Work Self-Efficacy Scale.

Variabel	Inkluderte N (%)
<b>Kjønn</b>	
Kvinne	190 (92,
Mann	16 (7,
<b>Alder</b>	
21-30	25 (12
31-45	62 (30
46-67	119 (57,
<b>Sykmelding</b>	
Ikke sykmeldt	135 (65,
Fullt sykmeldt	33 (16,
Delvis sykmeldt	37 (18,
Mangler	1 (0,
<b>Røyking</b>	
Røyker daglig	45 (21,
Røyker av og til	20 (9,
Røyker ikke	137 (66,
Mangler	4 (1,
<b>Mosjon (≥ 20 min, svett/andpusten)</b>	
Aldri	6 (2,
Sjeldnere enn 1 gang per uke	31 (15,
1-2 ganger pr uke	85 (41,
3-4 ganger per uke	64 (31
5 ganger og mer per uke	20 (9,
<b>Muskel- og skjelettplager</b>	
Korsryggssmerter	85 (41,
Utbredte muskelsmerter	45 (21,
Nakkesmerter	33 (16,
Skuldersmerter	26 (12,
Annet	16 (7,
Mangler	1 (0,

#### ETIKK

Studien ble godkjent av Regional etisk komité og har fulgt de etiske retningslinjene i Helsinki-deklarasjonen.

## Resultater

229 personer svarte på spørreskjemaet. 23 personer ble ekskludert fordi de hadde besvart mindre enn 80 % av spørsmålene. Av 206 (90 %) inkluderte personer besvarte 190 alle spørsmålene i skjemaet Jobb-relatert mestringsstro, og det var 184 som besvarte alle spørsmålene i de andre skjemaene. Gjennomsnittsalderen for de 206 inkluderte var 46 år (spredning 21-67), 190 (92 %) var kvinner. 85 (41 %) av deltakerne rapporterte korsryggssmerter som hovedproblem (tabell 1).

#### KRYSSKULTURELL VALIDITET

Eksploreerende faktoranalyse identifiserte tre faktorer med forklart varians mellom 18,2 % og 31,6 % i den norske versjonen med samlet forklart varians på 72 % (tabell 2). Tilsvarende var forklart varians i de tre faktorene i den amerikanske originalversjonen 17-33 % med samle forklart varians på 73 %. Tabell 2 viser også faktorladning som uttrykk for assosiasjonen mellom hver av variablene og den underliggende faktoren.

**Tabell 2**

Gjennomsnittlig skåring på spørsmål 1-19 i spørreskjemaet Jobb-relatert mestringsstro (N = 206) og fra det amerikanske spørreskjemaet TI Return-To-Work Self-Efficacy Scale (11) (N = 399), med faktorladning fra prinsippal komponentanalyse. Rotert komponentmatrise med Varimax-rotasjon. Faktorladninger < 0,4 er ikke vist.

Spørsmål	Norge			USA			
	Gjennomsnitt (SD)	Faktorladning Norge (oversatt versjon)	Møte jobbkrav	Tilpasse arbeidsoppgaver	Faktorladning USA (originalversjon)	Møte jobbkrav	Tilpasse arbeidsoppgaver
Hvor sikker er du på at du kunne...							

	Norge	Faktorladning Norge (oversatt versjon)			USA	Faktorladning USA (originalversjon)		
Spørsmål	Gjennomsnitt (SD)	Møte jobbkrav	Kommunisere behov	Tilpasse arbeidsoppgaver	Gjennomsnitt (SD)	Møte jobbkrav	Kommunisere behov	Tilpasse arbeidsoppgaver
Hvor sikker er du på at du kunne ...								
2. Oppfylle plikter og ansvar	6,61 (2,92)	0,85			6,16 (3,52)	0,88		
5. Møte forventninger til jobbutførelse	6,51 (2,66)	0,77			6,11 (3,41)	0,90		
6. Utføre de fleste daglige jobboppgaver	6,89 (2,85)	0,90			6,03 (3,47)	0,87		
9. Holde vanlig arbeidstempo	6,22 (2,78)	0,79			5,83 (3,44)	0,86		
13. Møte krav til produksjon på arbeidsplassen	6,50 (2,70)	0,86			5,84 (3,42)	0,88		
15. Gjøre alt du er opplært til	6,57 (3,03)	0,86			6,34 (3,45)	0,88		
18. Utføre arbeidet uten å forsinke andre	6,44 (2,96)	0,82			6,26 (3,46)	0,85		
1. Foreslå endringer for leder for å lette arbeidet	6,53 (3,04)		0,67		6,03 (3,07)		0,47	0,6
4. Forklare fysiske begrensninger for kolleger	6,53 (2,82)		0,72		6,61 (3,19)		0,63	
8. Få hjelp fra kolleger	6,59 (2,74)		0,54		6,55 (3,22)		0,54	0,7
11. Få emosjonell støtte fra kolleger	7,25 (2,45)		0,71		6,14 (3,23)		0,66	
16. Beskrive plager og medisinsk behov for overordnet	7,73 (2,57)		0,80		8,28 (2,37)		0,79	
17. Diskutere plager åpent med overordnet	8,03 (2,34)		0,83		7,50 (2,80)		0,82	
3. Endre oppgaver for å redusere ubehag	6,04 (2,72)	0,48	0,45	0,56	5,13 (3,16)			0,7
7. Unngå ny skade/forverring	4,32 (2,60)			0,71	5,83 (3,33)	0,48		0,1
10. Tilpasse arbeidsmåte for å redusere plager	6,26 (2,51)	0,48		0,62	5,82 (3,11)	0,51		0,1
12. Unngå aktivitet som øker smerte	5,69 (2,68)			0,73	5,72 (3,25)			0,7
14. Redusere fysisk belastning	5,41 (2,73)			0,72	4,88 (3,04)			0,7
19. Be om endringer på arbeidsplassen for å redusere plager	5,99 (3,16)		0,52	0,58	5,50 (3,37)		0,42	0,6
<b>Forklart varians</b>		<b>31,6 %</b>	<b>22,2 %</b>	<b>18,2 %</b>		<b>33,0 %</b>	<b>17,0 %</b>	<b>23,0 %</b>
<b>Total forklart varians</b>			<b>72,0 %</b>				<b>73,0 %</b>	

#### INTERN KONSISTENS

Cronbachs alfa var 0,95 for alle 19 spørsmålene samlet, 0,96 for faktor 1 (7 spørsmål), 0,90 for faktor 2 (6 spørsmål) og 0,88 for faktor 3 (6 spørsmål). Etter justering for ulikt antall spørsmål var Cronbachs alfa 0,99 for faktor 1, 0,97 for faktor 2 og 0,96 for faktor 3.

#### BEGREPSVALIDITET

Jobb-relatert mestringstro korrelerte lavt med Tampa scale for kinesiophobia og Krav-kontroll-sosial støtte. Jobb-relatert mestringstro korrelerte negativt ( $r = -0,29, p < 0,01$ ) med Tampa scale for kinesiophobia. Det var negativ korrelasjon ( $r = -0,33, p < 0,01$ ) mellom Jobb-relatert mestringstro og krav i spørreskjemaet Krav-kontroll-sosial støtte, mens det var positiv korrelasjon mellom Jobb-relatert mestringstro og sosial støtte ( $r = 0,32, p < 0,01$ ) og kontroll ( $r = 0,39, p < 0,01$ ). Vi fant sterkest korrelasjon mellom Jobb-relatert mestringstro og kontroll ( $r = 0,39, p < 0,01$ ) og svakest korrelasjon mellom Jobb-relatert mestringstro og Tampa scale for kinesiophobia ( $r = -0,29, p < 0,01$ ).

## Diskusjon

Spørreskjemaet Jobb-relatert mestringstro skal måle tro på at man mestrer arbeidsoppgaver og fungerer på jobb ved muskel- og skjelettplager.

Undersøkelse av krysskulturell validitet forutsetter data fra sammenlignbare populasjoner. I vår studie var utvalget hovedsakelig kvinner helse- og omsorgssektoren, mens det amerikanske utvalget hadde representasjon fra begge kjønn og ulike yrker (11). At resultatene er så sammenfallende til tross for at skjemaet er brukt på utvalg fra ulike yrker og kulturer, kan tyde på at spørreskjemaet er robust. Den krysskulturelle valideringen viser at det oversatte spørreskjemaet har de samme tre underliggende faktorene som originalspørreskjemaet.

Den interne konsistensen var høy, både for totalskåren og innenfor hver faktor. Cronbachs alfa var høy for alle spørsmål samlet i Jobb-relatert mestringstro og enda høyere for spørsmålene i de tre faktorene *møte jobbkrav*, *kommunisere behov til kolleger og leder*, og *tilpasse arbeidsoppgaver* etter korreksjon for antall spørsmål. Dette samsvarer med det Shaw og medarbeidere fant i originalskjemaet (11).

Mens Jobb-relatert mestringstro måler mestringstro på å komme tilbake til jobb, måler Tampa scale for kinesiophobia bevegelsesfrykt og frykt for smerte/forverring. Spørreskjemaene har ulike teoretiske forankringer. Både lav mestringstro i forhold til jobb og redsel for smert ved muskel- og skjelettplager kan sette en person ut av stand til å jobbe (8). Det er grunn til å tro at mestringstro og bevegelsesfrykt er beslektede begreper og at svarene på de to spørreskjemaene i noen grad vil samvariere. Dette bekreftes både i den amerikanske studien (11) og våre funn av lav negativ korrelasjon mellom Jobb-relatert mestringstro og Tampa scale for kinesiophobia.

Flere studier har vist at mestringstro er viktigere enn bevegelsesfrykt for å forklare funksjonsnedsettelse som følge av smerte (20–22). Kartlegging av mestringstro kan derfor være særlig viktig der målet er å komme tilbake til jobb (7). Vi fant lav korrelasjon mellom spørreskjemaene Jobb-relatert mestringstro og Krav-kontroll-sosial støtte. Shaw (11) sammenlignet The Return-To-Work Self-Efficacy Scale med andre spørreskjemaer og fant også lave korrelasjoner.

Mennesker kan ha relativt lik helsetilstand og miljø, men likevel ha ulik suksess i å returnere, fungere og forbli i jobb ved muskel- og skjelettplager. Innsikt i arbeidstakerens tro på å forbli i eller komme tilbake til jobb ved sykefravær kan bidra til løsninger ved muskel- og skjelettplager. Ved konkret å ta utgangspunkt i spørreskjemaets spørsmål og svarene som gis, kan tiltak tilpasses den enkeltes arbeidssituasjon (6, 7).

En person med høy mestringstro har mindre behov for oppfølging og tiltak enn en som har lav mestringstro ut fra skår i spørreskjemaet. Dette støttes av originalversjonen, som viste at spørreskjemaet predikerer hvem som kommer tilbake på jobb og hvem som forblir syke (11).

En begrensning i denne studien er manglende reliabilitetstesting. I tillegg bør den norske versjonen testes på utvalg som er representativ for ulike yrker og kjønn.

## Konklusjon

Spørreskjemaet Jobb-relatert mestringstro har tilfredsstillende krysskulturell validitet vurdert mot originalskjemaet og tilfredsstillende intern konsistens. Spørreskjemaet måler tro på å fungere i jobb hos personer med muskel- og skjelettplager.

---

Artikkelen er fagfellevurdert.

---

### LITTERATUR

1. Knardahl S, Veiersted B, Medbø JI et al. Arbeid som årsak til muskelskjelettlidelser: Kunnskapsstatus 2008. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2008. <https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/handle/11250/288562> Lest 21.5.2019.
2. Sundell T. Utviklingen i sykefraværet, 3. kvartal 2018. Oslo: Nav, 2018. [https://www.nav.no/no/Person/\\_attachment/544642?\\_download=true&\\_ts=1679d9048do](https://www.nav.no/no/Person/_attachment/544642?_download=true&_ts=1679d9048do) Lest 17.12.2018.
3. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000; 85: 317–32. [PubMed][CrossRef]
4. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggsmerter-med og uten nerverotaffeksjon 2007. [http://www.formi.no/images/uploads/pdf/Formi\\_net.pdf](http://www.formi.no/images/uploads/pdf/Formi_net.pdf) Lest 21.5.2019.
5. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York, NY: WH Freeman, 1997.
6. Mondloch MV, Cole DC, Frank JW. Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *CMAJ* 2001; 165: 174–9. [PubMed]
7. Ebrahim S, Malachowski C, Kamal El Din M et al. Measures of patients' expectations about recovery: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2015; 25: 240–5 [PubMed][CrossRef]
8. Denison E, Asenlöf P, Lindberg P. Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain* 2004; 111: 245–52. [PubMed][CrossRef]
9. Haugen AJ, Grøvle L, Keller A et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Norwegian version of the Tampa scale for kinesiophobia. *Spine* 2008 33: E595–601. [PubMed][CrossRef]
10. Sanne B, Torp S, Mykletun A et al. The Swedish Demand-Control-Support Questionnaire (DCSQ): factor structure, item analyses, and internal consistency in a large population. *Scand J Public Health* 2005; 33: 166–74. [PubMed][CrossRef]
11. Shaw WS, Reme SE, Linton SJ et al. 3rd place, PREMUS best paper competition: development of the return-to-work self-efficacy (RTWSE-19) questionnaire: psychometric properties and predictive validity. *Scand J Work Environ Health* 2011; 37: 109–19. [PubMed][CrossRef]
12. Mømsen AM, Rosbjerg R, Stapelfeldt CM et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish version of the 19-item return-to-work self-efficacy (RTWSE-19) questionnaire. *Scand J Work Environ Health* 2016; 42: 338–45. [PubMed][CrossRef]
13. Thomtén J, Boersma K, Flink I et al. Social Anxiety, Pain Catastrophizing and Return-To-Work Self-Efficacy in chronic pain: a cross-sectional study. *Scan Pain* 2016; 11: 98–103. [PubMed][CrossRef]
14. Ask T, Skouen JS, Assmus J et al. Self-reported and tested function in health care workers with musculoskeletal disorders on full, partial or not on sick leave. *J Occup Rehabil* 2015; 25: 506–17. [PubMed][CrossRef]
15. de Vet HCW, Terree CB, Mokkink LB et al. Measurement in medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
16. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25: 3186–91. [PubMed][CrossRef]

17. Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books, 1990.
  18. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford university press, 2008.
  19. Carter RE, Lubinsky J, Domholdt E. *Rehabilitation research: principles and applications*. St. Louis, MO: Elsevier Saunders, 2011.
  20. Boersma K, Linton SJ. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: a prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. *Clin J Pain* 2006; 22: 160-6. [PubMed][CrossRef]
  21. Boersma K, Linton SJ. Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: a prospective analysis. *Eur J Pain* 2006; 10: 551-7. [PubMed][CrossRef]
  22. Costal C, Maher CG, McAuley JH et al. Self-efficacy is more important than fear of movement in mediating the relationship between pain and disability in chronic low back pain. *Eur J Pain* 2011; 15: 213-9. [PubMed][CrossRef]
- 

Publisert: 7. august 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0571

Mottatt 6.7.2018, første revisjon innsendt 1.2.2019, godkjent 21.5.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. august 2022.