

Ingvild Berger Stange

Opplevelse av sammenheng - sosiale ulikheter i helse - kroniske smerter

En teoretisk studie og empirisk undersøkelse av opplevelse av sammenheng og sosiale ulikheter blant langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter

Masteroppgave i helsevitenskap

Trondheim, våren 2011

Opplevelse av sammenheng - sosiale ulikheter i helse - kroniske smerter

En teoretisk studie og empirisk undersøkelse av opplevelse av sammenheng og sosiale ulikheter blant langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter

Ingvild Berger Stange

Masteroppgave

Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet, NTNU

Trondheim, mai 2011

FORORD

Denne masteroppgaven ble skrevet ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ved NTNU.

Jeg vil rette en stor takk til mine to veiledere Siw Tone Innstrand og Monica Lillefjell. Dere har gitt meg konstruktive råd og gode tilbakemeldinger som har gjort arbeidsprosessen mer fruktbar. Jeg vil også takke Friskgården og deltakere her som har muliggjort mitt studie.

Gode venner og familie har gitt meg oppmuntring og avbrekk fra arbeidet som særlig i avslutningsprosessen har vært svært intenst, tusen takk.

En spesiell stor takk til Erlend som alltid møter meg med en positiv holding.

Masteroppgaven har ført til mange lange dager på lesesalen, men nå som arbeidet er i havn sitter jeg igjen med en følelse av mestring og en god opplevelse av meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet.

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag / Main introduction	1
--------------------------------------	---

Artikkel 1

Opplevelse av sammenheng og sosiale ulikheter i helse: Teoretisk og empirisk bakgrunn med et blikk på langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter

1. Introduksjon	3
Litteratursøk	6
Hensikt med artikkelen	7
2. Teoretisk rammeverk	7
2.1 Salutogenese og opplevelse av sammenheng	7
2.1.1 Salutogenese	7
2.1.2 Opplevelse av sammenheng	9
2.1.3 Opplevelse av sammenheng og helse	11
2.2 Sosiale ulikheter i helse	12
2.2.1 Den sosiale gradienten	13
2.2.2 Sosiale ulikheter i helse og opplevelse av sammenheng	15
2.3 Langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter	16
2.4 Langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter. Sosiale ulikheter og opplevelse av sammenheng	17
3. Oppsummering og diskusjon	19
4. Konklusjon	20
5. Referanser	21

Artikkel 2

Opplevelse av sammenheng, sosioøkonomisk posisjon og selvopplevd helse hos langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter

1. Introduksjon	29
Hensikt med studiet og forskningshypoteser	33
2. Metode	33
2.1 Studiedesign, utvalg og prosedyre.....	33
2.2 Rehabiliteringstilbudet	34
2.3 Variabler og måleinstrumenter	34
2.3.1 Sosioøkonomiske variabler	34
2.3.2 Smerteintensitet	35
2.3.3 Selvopplevd helse	35
2.3.4 Opplevelse av sammenheng	36
2.4 Statistikk	37
3. Resultater	37
3.1 Korrelasjon mellom variablene	37
3.2 Gruppeforskjeller i opplevelse i sammenheng	38
3.3 Sammenheng mellom opplevelse av sammenheng og selvopplevd helse	40
4. Diskusjon	41

Metodeevaluering	45
5. Konklusjon	46
6. Referanser	48

Vedlegg 1: Godkjenning fra regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Vedlegg 2: Konsesjon til etablering av databank

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 4: COOP/WONKA

Vedlegg 5: Opplevelse av sammenheng spørreskjema

SAMMENDRAG

Sosioøkonomiske ulikheter i helse er et stort folkehelseproblem i Norge, der ulikhetene blant annet kan vise seg i smerter eller sykefravær. 40 % av tilfellene av uførhet og langtidssykefravær i Norge skyldes kroniske muskel- og skjelettsmerter, der disse smertene forekommer i større grad hos mennesker av lav sosioøkonomisk posisjon. Opplevelse av sammenheng (OAS) er en helhetlig orientering som uttrykker i hvilken grad man opplever livet som meningsfullt, begripelig og håndterbart. Sammen med generelle motstandsressurser, er OAS et viktig element i den salutogene tilnærmingen til helse, og er ressurser som mennesket kan dra nytte av for å forbedre sin helsetilstand og livssituasjon.

Masteroppgaven er del av prosjektet "Måltrettede rehabiliteringstiltak" og inneholder to artikler. Artikkelen 1 presenterer teori og funn av tidligere forskning om sosiale ulikheter i helse, OAS og langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter. Artikkelen 2 presenterer en empirisk undersøkelse av relasjoner mellom OAS, sosioøkonomisk posisjon og kroniske muskel- og skjelettsmerter.

MAIN INTRODUCTION

Socioeconomic inequalities in health is a major public health problem in Norway, where the inequalities can manifest themselves in pain or sick leave. 40 % of all the cases of disability and long-term sickness absence in Norway is due to chronic musculoskeletal pain, where the pain occurs in a greater degree in people of low socioeconomic status. Sense of coherence (SOC) is a global orientation that expresses the degree to which people experience life as meaningful, comprehensible and manageable. Together with generalized resistance resources, SOC is an important element in the salutogenic approach to health, as resources humans can take advantage of to improve their health status and life situation.

This thesis is part of the project "Måltrettede rehabiliteringstiltak" and contains two articles. Article 1 presents the theory and findings of previous research on social inequalities in health, SOC and long-term sickness with chronic musculoskeletal pain. Article 2 presents an empirical study of relations between SOC, socioeconomic status and chronic musculoskeletal pain.

Artikkel 1

Opplevelse av sammenheng og sosiale ulikheter i helse: Teoretisk og empirisk bakgrunn med et blikk på langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter

1. INTRODUKSJON

”I hjertet av folkehelsa i dagens Norge ligger et paradoks” begynner Sund og Krokstad (2005) sin kunnskapsoversikt over sosiale ulikheter i helse. Paradokset Sund og Krokstad referer til er stadfestingen om at nordmenn, mer enn noen gang tidligere, er friskere målt ved forventet levealder i tillegg til at dødeligheten har gått ned. Samtidig med dette ses en gjennomgående tendens blant den norske befolkningen om at helseforbedringene ikke gjelder for alle. Oppmerksomheten rundt temaet sosiale ulikheter og helseproblematikk knyttet til ulikhetene, gjelder ikke bare fattige land og områder som er preget av store klasseforskjeller, men er også aktuell i den vestlige verden og i Norge.

Helt siden midten av det 17. århundret har sosiale ulikheter i helse vært dokumentert (Nathanson, 2010), men det tok lang tid før temaet sosiale ulikheter i helse ble anerkjent i Norge (Dahl og Lie, 2009). Fosse og Strand (2010) meddeler at temaet sosiale ulikheter i helse ble tatt opp i St. meld. nr. 41 (1987-1988), ”Nasjonal helseplan”, som resultat av Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin strategi ”Helse for alle i år 2000” (McBeath, 1991; WHO og UNICEF, 1978). Men på 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet gikk fokus i Norge vekk fra utgangspunktet om sosiale ulikheter i helse, og tok heller for seg problemstillinger som omhandlet fattige og vanskeligstilte i samfunnet. Først med St. meld. nr.16 (2002-2003), ”Resept for et sunnere Norge”, ble begrepet sosiale ulikheter i helse brukt siden 1980-tallet (Fosse og Strand, 2010). ”Resept for et sunnere Norge” fra 2002-2003 informerer om at sosiale ulikheter i helse hadde hatt stor oppmerksomhet i EU og WHO i flere år. Man kan lese i stortingsmeldingen at det ”derfor er påfallende at dette har vært et lite påaktet tema i Norge” (St. meld. nr. 16, 2002-2003: 47). I 1997 viste Mackenbach mfl. at Norge hadde store sosiale ulikheter i helse, sammenlignet med andre tilsvarende europeiske land (Mackenbach mfl., 1997). Artikkelen skapte debatt og ble

kritisert (Vågerö og Erikson, 1997; Wilkinson, 1997), men satte også sosiale ulikheter i helse på dagsorden (Fosse og Strand, 2010). Forskning stadfester at det i Europa og andre vestlige land er sammenheng mellom sosial posisjon og helse (Adler mfl., 1994; Elstad, 2004; Mackenbach mfl., 2008; Wilkinson og Pickett, 2006), noe som også gjelder forskning som spesifikt har tatt for seg sosiale ulikheter i helse i Norge (Dahl og Lie, 2009; Elstad mfl., 2006; Mackenbach mfl., 2008). Dermed er det slik at ulikhet i helse gjør at noen grupper i samfunnet er mer utsatt for blant annet sykdom og har høyere dødelighet enn andre grupper, i det som ofte blir sett på som et egalitært Norge. Helsedirektoratet (2009) skriver at samfunnsskapte strukturer legger føring for enkeltindividets valgfrihet, og slik er en viktig årsak til at sosiale ulikheter i helse oppstår. Følgelig skyldes ikke sosiale ulikheter i helse at ”noen velger å leve sunt, mens andre velger å leve usunt” (Helsedirektoratet, 2009: 4).

Utdannelsesnivå, inntekt og yrke er karakteristika som ofte blir brukt for å beskrive sosial posisjon (Elstad, 2008; Næss mfl., 2007). Gjentatte ganger har forskning vist at det er relasjon mellom disse karakteristika og helse, slik at jo lavere utdannelsesnivå, lavere inntekt og lavere rangert yrke en samfunnsgruppe har, jo dårligere er helsetilstand i denne gruppen (Krokstad mfl., 2002b; Mackenbach mfl., 2008; Zahl mfl., 2003). Men også helseindikatorer som forventet levealder, dødelighet, forekomst av sykdom, selvopplevd helse, trygdeytelser, psykisk helse og livsstilsrelaterte risikofaktorer blir benyttet (Elstad mfl., 2006; Ing og Reutter, 2003; Sosial- og helsedirektoratet, 2005; Næss mfl., 2007). Som helseindikator har muskel- og skjelettsmerter flere ganger blitt studert i sammenheng med sosiale ulikheter. Forskning har da vist relasjon mellom lav sosial posisjon og høy forekomst av muskel- og skjelettsmerter (Bergman mfl., 2001; Hagen mfl., 2005). For eksempel viser forskning en assosiasjon mellom lavt utdannelsesnivå, arbeidsledighet og lav inntekt, og økt prevalens for muskel- og skjelettsmerter (McBeth og Jones, 2007).

Befolkningsgruppen med muskel- og skjelettsmerter er en stor og sammensatt gruppe. 75 til 80 % av befolkningen vil i løpet av en måned oppleve smerter eller plager i muskel- og skjelettsystemet (Ihlebak mfl., 2010), og i 2009 sto muskel- og skjelettsmerter for over 40 % av sykefraværsdagene dekket av folketrygden (Folkehelseinstituttet, 2010; Ose, 2010). Folkehelse rapporten fra 2010 beskriver at omtrent 30 % av den norske befolkningen er plaget av kroniske smerter, der smerter i muskel- og skjelettsystemet utgjør en hovedandel av smertene. Samlet står muskel- og

skjelettsmerter for de diagnosene det hyppigst tildeles uførepensjon for (Folkehelseinstituttet, 2010; Krokstad mfl., 2002a). Folkehelse rapporten fra 2010 forteller at innvilgelser av uførepensjon på grunnlag av muskel- og skjelettsmerter, ofte kun er basert på individets subjektive rapporteringer uten at man har sikre organiske funn. Videre beskriver rapporten at det bak endel registrerte muskel- og skjelettsmerter er grunn til å anta at det skjuler seg mentale plager som er det egentlige problemet. Samtidig får mange som har langvarige muskel- og skjelettsmerter også mentale plager som depresjon, der disse mentale plagene kan komme som følgetilstander av blant annet smertene (Folkehelseinstituttet, 2010; Ihlebæk mfl., 2010).

Det at subjektive rapporteringer og mentale plager tillegges verdi når individers helsetilstand omtales, bekrefter at helsebegrepets definisjon har endret seg over tid.

Fra midten av 1800-tallet og frem til midten av 1900-tallet var den biomedisinske og patogene tilnærmingen til helse i fokus (Espnes og Smedslund, 2009). Biomedisin er basert på molekylær biologi og fremlegger at helse oppnås ved eliminering av risiko for sykdom. Tilnærmingen henviser til at helse er fravær av sykdom, der sykdom blir sett som et mekanistisk resultat av eksponering av et patogen (Brannon og Feist, 2007; Engel, 1977). I 1946 definerte WHO helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære og ikke bare fraværet av sykdom eller lyter (WHO, 1946). WHO sin definisjon åpnet opp for et mer komplekst bilde å se helse i, med dets inkludering av mentale og sosiale aspekter (Davies, 2007). Men i likhet med den biomedisinske og patogene tilnærmingen, vil man med WHO sin definisjon befinne seg i en dikotomi hvor man har eller ikke har helse (Espnes og Smedslund, 2009).

Både WHO sin helsedefinisjon av 1946 og den biomedisinske tilnærmingen til helse, har blitt mye kritisert. WHO sin helsedefinisjon har blitt kritisert blant annet for at den gjør det vanskelig å kunne oppfylle kravene for god helse, der den definerer at mennesker med sykdom og lyter ikke kan oppnå god helse (Espnes og Smedslund, 2009). Som resultat av kritikken mot den biomedisinske og patogene tilnærmingen, kom den biopsykososiale helsemodellen (Engel, 1977; Engel, 1979). Denne modellen forklarer at helse er et multidimensjonalt begrep som inkluderer biologiske, psykologiske og sosiale elementer, og modellen har en positiv tilnærming til helse i den forstand at den fokuserer på hva som gir helse fremfor hva som gir sykdom (Brannon og Feist, 2007; Gjernes, 2004). I 1986 formulerte WHO i forbindelse med

Ottawa konvensjonen, der fokus lå på helsefremming¹, en ny definisjon der helse blir forklart som ikke et mål i tilværelsen, men som et positivt aspekt i dagliglivet som inkluderer sosiale, personlige og fysiske ressurser (WHO, 1986).

Denne positive vinklingen på helse har også den salutogene tilnærmingen til helse, som fokuserer på helsefremmende prosesser og ressurser som gir helse (Antonovsky, 1979; Antonovsky, 1987). Sentralt i den salutogene teorien er å se helse som et kontinuum der fullstendig helse og fullstendig sykdom står for ytterpunktene på en akse, der ens helseposisjon på denne aksen kan forflyttes ved hjelp av blant annet mestringsressurser man har til rådighet. Inkludert i den salutogene tilnærmingen til helse, er begrepet ”opplevelse av sammenheng” (OAS). OAS står for en viktig kapasitet som kombinerer menneskets evne til å vurdere og forstå situasjonen man er i, finne en mening i å skulle forbedre ens helse og ha evne til å gjennomføre handling som virker helsefremmende (Antonovsky, 1979; Eriksson, 2007). Dermed er salutogenese opptatt av mestringsressurser mennesket har iboende i seg og som er i dets omgivelser, der disse ressursene kan benyttes for å takle stressorer og spenninger. Slik besvarer salutogenese hvorfor noen mennesker holder seg ved god helse på tross av stressfulle situasjoner og livsopplevelser (Lindström og Eriksson, 2005).

Litteratursøk

Litteratursøk ble gjort elektronisk (Bibsys, PubMed, ISI web of knowledge og Google Scholar) og manuelt ved gjennomgang av referanselister i aktuelle artikler. Elektroniske søk ble hovedsakelig gjort på engelsk, men også noe på norsk og da i forbindelse med søk etter litteratur om sosiale ulikheter i helse. Søkene ble gjort med blant annet disse søkeordene: ”social” (eller ”socioeconomic”), ”inequality”, ”sense of coherence”, ”salutogen”, ”chronic musculoskeletal pain”.

Som grunnlag for utvelgelse av artikler ble det tatt utgangspunkt i når artikkelen ble publisert, hvor de nyeste artiklene fortrinnsvis ble valgt. Blant eldre artikler ble det valgt artikler av forfattere som har forsket mye innenfor de ulike temaene, eller det ble valgt artikler ut fra antall siteringer. Når litteratur om temaet sosiale ulikheter i helse skulle utvelges, skjedde dette på grunnlag av hvor analysene som litteraturen

¹ WHO (1986) Definerte helsefremming i Ottawa charteret som den prosessen som setter mennesker bedre i stand til å få økt kontroll over, forbedre og bevare ens helse.

baserer seg på ble gjort, der litteratur fra Norge og Norden valgt. Grunnen til dette er tanken om at nettopp denne forskningen vil ha høyere relevans for den norske arena.

Hensikt med artikkelen

Artikkelen har som hensikt å ta for seg temaene OAS og sosiale ulikheter i helse, og å se på betydningen av sosiale ulikheter og OAS blant langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter.

Langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter omfavner en stor samfunnsgruppe. Gruppen har ofte lavt utdannelsesnivå og utfordringer med å delta i arbeidsmarkedet på grunn av sine smerter og kravene arbeidsmarkedet stiller, noe som aktualiserer dem i forhold til problematikken om sosiale ulikheter.

Mennesker med kroniske muskel- og skjelettsmerter har ofte langvarige smerter og smertene kan påvirke individets mentale helse. Denne kombinasjonen gjør det nødvendig å fokusere på hvordan individet kan mestre hverdagen sin best mulig på tross av sine smerter. Her vil salutogenese og OAS kunne bidra med sitt positive syn på helse og mestringsressurser.

2. TEORETISK RAMMEVERK

2.1 SALUTOGENESE OG OPPLEVELSE AV SAMMENHENG

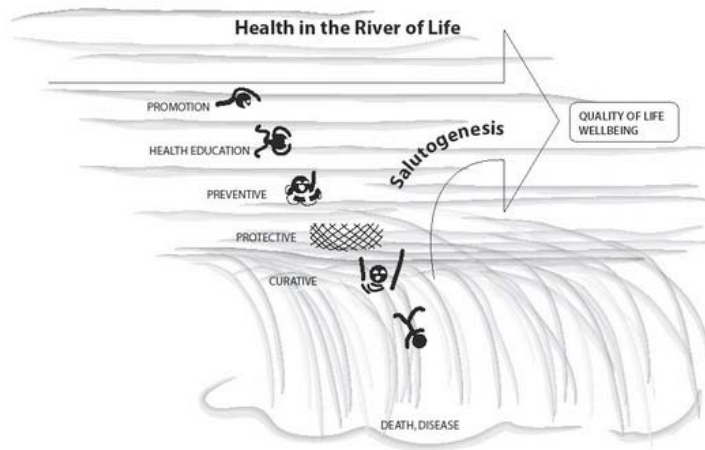
2.1.1 Salutogenese

På slutten av 1970-tallet intervjuet den amerikansk-israelske medisinske sosiologen Aaron Antonovsky kvinner fra ulike etniske grupper i Israel i forbindelse med et epidemiologisk studium om problemer i forbindelse med overgangsalderen. En av de etniske gruppene Antonovsky intervjuet var kvinner som hadde overlevd opphold i konsentrasjonsleire under den annen verdenskrig. Til hans overraskelse hadde flere av disse kvinnene klart å opprettholde god helse i ettertid og levde et godt liv på tross av hva de hadde opplevd tidligere i livet (Eriksson, 2007; Lindström og Eriksson, 2006). Dette var begynnelsen på utviklingen av en salutogen tilnærming på helse med fokus på hva som gir helse – salutogenese - fremfor hva som gir sykdom - patogenese (Eriksson, 2007). Salutogenese dreier seg ikke bare om enkeltindividet, men omhandler også interaksjon mellom mennesker og strukturer i samfunn, og dermed

menneskelige ressurser og tilstandene i en levende kontekst (Antonovsky, 1979). Den salutogene teorien viser en helhetlig måte å oppfatte verden på. Teorien har et helsefremmende perspektiv å se individers helse på, i så måte hvordan man ser på sitt liv og ens tilværelse kan ha en positiv påvirkningsevne på ens helsetilstand (Eriksson, 2007). Antonovsky (1987) formidlet at salutogenese får oss vekk fra klassifiseringen av mennesker som enten ved god helse eller som syke, men at man heller finner sin helsetilstand på et kontinuum hvor fullstendig helse og fullstendig sykdom er ytterpunktene. Fremfor å vektlegge årsaker til sykdomsutbrudd, fokuserer salutogenese på hele individet og dets historie, og hvilke faktorer som er involvert for å opprettholde ens plassering på kontinuumet eller forbedre ens helsetilstand (Antonovsky, 1979).

I en patologisk tilnærming, som i biomedisin, blir stressorer sett på som patologiske risikofaktorer som destruerer ens helse og som man må forsøke å motarbeide eller unngå (Antonovsky, 2005). Uavhengig av om kilden til stressorene kommer fra indre eller eksterne omgivelser, om de skyldes hverdagsmas, om de er akutte eller langvarige, eller om de er valgt frivillig eller pålagt en, vil hjernen oppleve at den har et problem. Man opplever et spenningsmoment som forteller at man må handle (Antonovsky, 1987). I den salutogene teori har stressorer ikke nødvendigvis denne negative klangen, men her blir stressorer sett på som noe som kan virke helsefremmende avhengig av type stressor og om man suksessfullt får redusert spenningen stressoren bringer med seg (Eriksson, 2007).

Metaforen "Helse i livets elv" ("Health in the river of life", figur 1) symboliserer paradigmeskiftet som salutogenese og helsefremming representerer i forhold til medisin og folkehelse (Eriksson, 2007). Metaforen henviser til hvordan medisin fokuserer på medisinsk behandling: Hvordan redde mennesker fra å drukne i elven, mens folkehelse fokuserer på forebygging og helsefremming. Eriksson (2007) skriver at Antonovsky mente at det ikke er tilstrekkelig å bygge broer eller gjerder for å unngå at mennesker faller i elven. Livet leves i elven og man må heller fokusere på å lære å svømme (Eriksson, 2007). Med denne symbolikken ville Antonovsky at man fremfor å besvare spørsmålet "hvordan kan vi fjerne denne stressoren?", heller skulle stille spørsmål om "hvordan kan vi lære å leve, og leve godt, med stressorer og om mulig, hvordan kan vi få stressorenes eksistens til å bli en fordel for oss?" (Antonovsky, 1984).



Figur 1. "Helse i livets elv" (Tegning: Bengt Lindström, Grafikk: Jonas Jernström, <http://www.salutogenesis.fi/>)

Antonovsky navnsatte begrepet generelle motstandsressurser (GMR) der GMR er ressurser som utruer en med livserfaringer (Antonovsky, 1987). GMR defineres som en kapasitet som består av de karakteristika hos en person, en gruppe eller omgivelsene som kan fremme mestring av spenning, der spenning blir sett på som resultatet av ikke-håndterte stressorer (Antonovsky, 1979). Videre skrev Antonovsky (2000: 37) at GMR er "karakterisert ved indre sammenheng, medbestemmelse og en balance mellom over- og underbelastning". Uavhengig av hvor man befinner seg på kontinuumet mellom fullstendig helse og fullstendig sykdom, vil et individs GMR ha betydning for hvorvidt man beveger seg i retning mot bedre helse eller i det miste blir stående på stedet hvil (Antonovsky, 1979).

GMR kan blant annet være genetiske, medfødte eller psykososiale faktorer som kunnskap/intelligens, materielle eiendeler, selvoppfatning, mestringsstrategier (rasjonelle, fleksible, langsiktige), sosial støtte, forpliktelser (varige, kontrollerbare og sammenhengende), kulturell stabilitet, religion/filosofi (med en stabilt forståelsesgrunnmur) og forebyggende helseorientering (Lindström og Eriksson, 2005).

2.1.2 Opplevelse av sammenheng

I tillegg til GMR beskrev Antonovsky OAS som et viktig element i den salutogene teorien (Eriksson, 2007). Antonovsky forklarte OAS som en spesifikk ressurs som

skiller seg ut fra de andre ressursene som inkluderes i GMR, og definerte OAS som (Antonovsky, 2000: 37):

”Oplevelsen af sammenheng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at 1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forudsigelige og forståelige; 2) der står tilstrækkelige ressurser til rådighed for en til å klare de krav, disse stimuli stiller; og 3) disse krav er utfordringer, det er værd å engagere sig i.”

Eriksson (2007) beskriver OAS som en ressurs som gjør det mulig for individet å takle spenning, reflektere over sine indre og ytre ressurser, kunne identifisere og mobilisere disse ressursene for å oppleve mestring ved hjelp av problemløsning og ved å lette på spenninger i form av helsefremmende tiltak.

Antonovsky utarbeidet et spørreskjema som gjør det mulig å måle grad av OAS, der høy skåre tilsvarer at man har sterk OAS (Lillefjell, 2008). GMR er et vesentlig element for å opprettholde og fremme en sterk OAS, og personer med sterk OAS vil kunne velge den mestringsstrategien som er mest fordelaktig for å håndtere stressorer man blir konfrontert med. Slik vil en person med sterk OAS benytte seg av sitt beste fra OAS og GMR, som i kombinasjon virker mest hensiktsmessig for å mestre en spesifikk stressor (Antonovsky, 1987). For en person med sterk OAS vil stimuli oftere defineres som ikke-stressorer fremfor for en person med svakere OAS (Antonovsky, 1987). Antonovsky beskrev dette blant annet ut ifra at personer med sterk OAS vil etter å ha blitt konfrontert med stimuli som kan oppleves som en stressor, straks vende om og se stimulusen som uproblematisk og ikke nødvendig å bruke energi på. Individet definerer stressoren som irrelevant eller ufarlig, og føler seg sikker på at spenningen straks vil forsvinne (Antonovsky, 1987).

Antonovsky (1987) identifiserte tre komponenter som OAS er bygget på: meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet. For personer med sterk OAS vil disse komponentene være klart synlige.

Meningsfullhet er den mest sentrale komponenten av de tre som utgjør OAS, på grunnlag av dets motiverende element (Feldt og Rasku, 1997). Uten en sterk opplevelse av meningsfullhet kan høye skårer på begripelighet og håndterbarhet, fort bli midlertidig (Antonovsky, 1987). Meningsfullhet omhandler i hvilken grad individet opplever å ha forhold i livet som er av betydning for dem, både kognitivt og

emosjonelt, og at utfordringer i forbindelse med disse forholdene er verdt er å streve for (Antonovsky, 1987).

Med komponenten begripelighet henviste Antonovsky til hvorvidt individet føler at det har kontroll over de nødvendige ressursene som kreves for å håndtere stimuli man blir konfrontert med (Antonovsky, 1987). Slik utgjør begripelighet en instrumentell komponent av OAS (Feldt og Rasku, 1997). Mennesker som skårer sterkt på opplevelse av begripelighet vil føle at de ved hjelp av sine ressurser, har mulighet til å mestre det de står ovenfor, i tillegg til at de ikke føler seg som et offer for omstendighetene eller at de blir urettferdig behandlet (Antonovsky, 1984).

Håndterbarhet utgjør den kognitive komponenten av OAS (Feldt og Rasku, 1997), og henviser til om man oppfatter stimuli som kognitivt meningsfulle, og om informasjonen man får gjennom stimuli er konsistent, tydelig og strukturert. Et individ som opplever sterk grad av håndterbarhet vil forvente at fremtidige møter med stimuli er forutsigbare, ordnet og forklarlige, også ved overraskende stimuli og ved stimuli som er uønskede (Antonovsky, 1987).

Antonovsky (1979) omtalte utviklingen og stabiliteten ved OAS gjennom livet, og trakk frem at OAS er et sentralt element i menneskets personlighet. Antonovsky mente at et individs OAS utvikler seg frem til ung voksen alder (Antonovsky, 1987), for å mer eller mindre stabilisere seg ved omtrent 30 års alder (Antonovsky og Sagy, 1986). Likevel kan hendelser og annet påvirke et menneskes OAS i den grad at ens OAS endres innenfor et stabilt område langs et kontinuum. Samtidig kan store endringer i ens tilværelse gi en større forandring i ens OAS, hvor dette kan være hendelser som vedrører for eksempel ens arbeids-, helse- og samlivsstatus (Antonovsky, 1979). Antonovsky (1987) påpekte for øvrig at selv store livshendelser som påvirker ens OAS, gjør dette kun på midlertidig basis hvor man etter en stund returnerer tilbake til sin gjennomsnittlige OAS-status. Videre mente Antonovsky at individer med sterk OAS har mer stabil OAS enn individer med svak OAS, noe forskning bekrefter (Eriksson og Lindström, 2005; Nilsson mfl., 2010).

2.1.3 Opplevelse av sammenheng og helse

Antonovsky mente at mennesker med sterk OAS i større grad vil opprettholde eller forbedre sin helse (Antonovsky, 1984). Denne assosiasjon om at sterk OAS er relatert

til bedre helse, er også noe forskning har vist (Eriksson og Lindström, 2006; Lillefjell, 2008; Smith og Meyers, 1997).

En systematisk gjennomgang av forskning på relasjonen mellom OAS og helse, viste at OAS er sterkt relatert til selvopplevd helse, og da særlig mental helse (Eriksson og Lindström, 2006). Denne relasjonen gjelder spesielt for utvalg som har sterk OAS, og jo sterkere OAS, desto lavere forekomst av subjektive plager og sykdomssymptomer. Angående forholdet mellom OAS og fysisk helse, viste forskning at denne relasjonen er svakere enn ved mental helse. Et studie bekreftet at personer med sterk OAS tenderer til å ha bedre helse, men at OAS alene beskriver kun 10 % av varians i helse. Et annet studie kom frem til at OAS forklarer 22 % av varians i selvopplevd helse og her ble det funnet relasjoner mellom svak OAS og dårlig selvopplevd helse, mens et tredje studie fant at sterk OAS var assosiert med 30 % reduksjon i alle former for dødelighet (Eriksson og Lindström, 2006).

Forskning viser at mennesker med sterk OAS kommer bedre ut av stressituasjoner enn mennesker som har svakere OAS. I tillegg har mennesker med sterk OAS færre symptomer og stressplager enn de med svak OAS (Eriksson og Lindström, 2006).

Samtidig som mye forskning har funnet relasjoner mellom OAS og helse, og da spesielt mental helse, er det andre forskningsstudier som har rapportert andre resultater, der relasjonen mellom OAS og helse ikke har kommet frem. Eriksson og Lindström (2006) beskriver at forskning viser forskjellige resultater i forhold til hvordan OAS henger sammen med de ulike helsedimensjonene.

Som nevnt er det en positiv assosiasjon mellom mennesker som har sterk OAS og deres selvopplevd helse, men hos mennesker med svak eller moderat OAS er assosiasjonen mer uklar.

Eriksson og Lindström (2006) konkluderer med at OAS ikke er det samme som helse, men at det er et vesentlig element for å utvikle og opprettholde ens helsetilstand. OAS er en helsefremmende ressurs, sterkt relatert til selvopplevd helse og nærliggende med mental helse uten å være det samme som mental helse.

2.2 SOSIALE ULIKHETER I HELSE

Sammen med OAS er GMR en sentral komponent i den salutogene teori. GMR inkluderer flere karakteristika som ofte blir brukt til å definere hvor man posisjoneres

sosialt, som for eksempel kunnskap man har bygget opp gjennom utdanning, en positiv selvoppfatning og materielle eiendeler man kan sikre seg gjennom fast inntekt. Mennesker med høy sosial posisjon innehar ofte en bedre helse enn de med lavere sosial posisjon, og lever godt av sine salutogene ferdigheter som sikrer blant annet helsefremmende atferd (Davies, 2007).

2.2.1 Den sosiale gradienten

Plasserer man mennesker oppover i en sosial rangstige, vil man se at den gjennomsnittlige helsetilstanden hos de forskjellige sosiale gruppene varierer (Næss mfl., 2007; St. meld. nr. 20, 2006-2007; Sund og Krokstad, 2005). Helsetilstanden blant individer i et sosialt hierarkisk ordnet system er tydelig slik at jo høyere opp man er på den sosiale rangstigen, jo bedre helse har man (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; St. meld. nr. 20, 2006-2007). Med dette er temaet "sosiale ulikheter i helse" ikke noe som bare skiller fattig fra rik, eller noe som omhandler de vanskeligstilte i samfunnet, men heller noe som angår alle (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Man omtaler problematikken som en gradient som går gjennom hele befolkningen. Fordeler man befolkningen etter sosial posisjon, vil man registrere at mennesker øverst i den sosiale rangstigen har litt bedre helse enn menneskene som er rangert rett under dem sosialt, og under de "nest øverste" vil man finne en ny befolkningsgruppe som igjen har litt dårligere helse enn de over, og så videre. Sammenheng mellom helsetilstand og sosial posisjon er slik at jo lavere sosial posisjon en samfunnsgruppe har, jo dårligere helse finner man i denne gruppen (Kommissjonen for sosiale helsedeterminanter og Marmot, 2009; Mackenbach mfl., 2008; Sosial- og helsedirektoratet, 2005; St. meld. nr. 20, 2006-2007; Wilkinson og Pickett, 2006). Sammenhengen mellom sosial posisjon og helse kan blant annet vises ved at menn med universitetsutdanning kan forvente å leve syv år lengre enn menn med grunnskole som høyeste fullførte utdanning. For kvinner er denne forskjellen fem år (Folkehelseinstituttet, 2010).

Utdanningsnivå, yrke og inntekt utgjør viktige karakteristika som det hovedsakelig henvises til når man omtaler sosiale ulikheter i helse (Arntzen, 2009). Her viser forskning at høyt utdanningsnivå, yrke som er høyt sosialt rangert og høy inntekt er relatert med bedre helse (Elo, 2009; Lahelma mfl., 2005; Wilkinson og Pickett, 2006). Men også karakteristika som kjønn, bosted, etnisitet, alder og familieforhold har

påvirkning på individers helse. Menn og enslige har høyere dødelighet (Folkehelseinstituttet, 2010; Zahl mfl., 2003), mennesker med innvandrerbakgrunn og eldre har ofte lavere sosial posisjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og mennesker i store byer er gjennomsnittlig yngre og har høyere utdanning enn innbyggere i distrikt Norge (Statistisk sentralbyrå, 2010a; Statistisk sentralbyrå, 2010b), der å bo i by og være ung er vist å være relatert til bedre helse (Krokstad mfl., 2002b).

Disse karakteristika, sammen med de tre tidligere nevnte, utdanningsnivå, yrke og inntekt, er sosiale og økonomiske faktorer, og dermed omtales sosiale ulikheter i helse ofte som sosioøkonomiske ulikheter i helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Kaster man nå et blikk tilbake på salutogenese og fokuserer på GMR, vil man se at karakteristika som definerer sosial posisjon, som for eksempel utdanning som gir kunnskap og fast jobb som kan gi mulighet til egen bolig, vil kunne være ressurser som fremmer eller opprettholder individets posisjon på kontinuumet mellom helse og sykdom.

Det er viktig å poengtere at sosiale ulikheter i helse viser til systematiske ulikheter. Man omtaler ikke enkeltindividens helsetilstand, men den gjennomsnittlige helsetilstanden til mennesker som inngår i samme sosiale gruppe (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Når det forskes på sosial posisjon og hvordan mennesker fordeler seg i ulike sosiale posisjoner, er ikke dette nedsettende ment (Elstad, 2005). Uttrykket sosial posisjon reflekterer heller til en konstruert skala ”fra øverst til nederst når det gjelder hvor mye penger folk rår over (inntekt, formue), hva slags kompetanse og utdanning de har, og hvor mye prestisje, makt og autoritet de har på sine arbeidsplasser eller generelt i samfunnet” (Elstad, 2005: 10).

St. meld. nr. 16 (2002-2003: 47), ”Resept for et sunnere Norge”, skriver at ”for et demokratisk land bør det være en selvfølge å forsøke å påvirke vilkårene som skaper sosiale helseforskjeller”. WHO har definert mål om å redusere sosiale helseforskjeller i blant annet ”Health 21” fra 1999, hvor det beskrives at det er en fundamental rett for ethvert menneske å kunne oppnå så god helse som mulig (WHO, 1999).

Viktigheten av å redusere sosiale ulikheter i helse er at ulikhetene fører til store folkehelseutfordringer (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dahl (2002) skriver at disse utfordringene bidrar til lavere forventet levealder og at man ikke får utnyttet befolkningens helsepotensial. Mange vil leve et liv med sykdom og smerter som kunne vært unngått, i tillegg til at man kan miste muligheten til å arbeide og delta i

det sosiale livet. En annen side av problematikken er det samfunnsøkonomiske perspektivet, hvor man går glipp av arbeidskraft og må betale store utgifter i trygdeordninger (Dahl, 2002).

Videre beskriver ”Resept for et sunnere Norge” at sosiale ulikheter i helse er et ”rettferdighetsproblem når mennesker med lav status, få goder og få ressurser i tillegg er mer belastet med smerte, sykdom, nedsatt funksjonsevne og forkortet levealder” (St. meld. nr. 16, 2002-2003: 47).

2.2.2 Sosiale ulikheter i helse og opplevelse av sammenheng

Antonovsky mente at OAS ikke er en faktor som alene kan beskrive menneskers bevegelse i retning mot bedre helse, men at andre faktorer også er viktige for å forklare ens helsetilstand (Lindström og Eriksson, 2010). OAS er relatert til mental helse, og karakteristika som alder, sosial støtte og utdanning påvirker varians i OAS. I tillegg må man forstå menneskets helse ut ifra at mennesket lever i en sosial kontekst som påvirker ens helsetilstand (Lindström og Eriksson, 2010).

I motsetning til sammenhengen mellom sosiale ulikheter og helse, har det vært begrenset fokus på relasjonen mellom OAS og variabler som brukes som karakteristika for sosial posisjon, eller OAS som helseindikator i forhold til sosiale ulikheter i helse (Eriksson og Lindström, 2005; Eriksson og Lindström, 2006; Ing og Reutter, 2003). Forskningsstudier som er gjort, har blant annet funnet at mennesker med svak OAS tenderer til å blant annet være arbeidsløse, ha arbeidstype av lav sosial posisjon og ha mindre sosial støtte (Krantz og Östergren, 2004; Liukkonen mfl., 2010). Det er også funnet at OAS er mer relatert til helseindikatorer som psykisk velvære enn sosioøkonomiske variabler som utdanning og inntekt (Larsson og Kallenberg, 1996). Et studie har også vist at OAS blir mer forklart av individenes psykoemosjonelle liv relatert til sosiale forhold, fremfor sosioøkonomisk posisjon (Volanen mfl., 2004). Et annet studie konkluderer med at OAS påvirker effekten inntekt har på helse, men at OAS ikke virker modererende på sosiale stressorer i forholdet mellom helse og sosial posisjon (Ing og Reutter, 2003), mens Lundberg (1997) beskriver at sosial ulikhet i blant annet muskel- og skjelettsmerter reduseres når det kontrolleres for OAS.

2.3 LANGTIDSSYKEMELDTE MED KRONISKE MUSKEL- OG SKJELETTSMERTER

Sosiale ulikheter i helse viser seg ikke bare i ”harde” indikatorer som dødelighet og forventet levealder, men også som uføretrygding der muskel- og skjelettsmerter er en sentral diagnose bak uføretrygdingen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Omtrent 30 % av den norske befolkningen er plaget av kroniske smerter, der smerter i muskel- og skjelettsystemet utgjør en hovedandel av smertene (Folkehelseinstituttet, 2010). Over 40 % av sykefraværsdagene dekket av folketrygden skyldes muskel- og skjelettsmerter (Folkehelseinstituttet, 2010; Ose, 2010), og for individet er muskel- og skjelettsmertene ofte langvarige og ”en vesentlig årsak til at menn og kvinner faller ut av arbeidslivet før pensjonsalderen” (Folkehelseinstituttet, 2010: 42). Smertene har stor påvirkningskraft på enkeltindividet og dets familie i form av nedsatt livskvalitet, en opplevelse av hjelpeløshet og uførhet (Bergman mfl., 2001; Hagen mfl., 2005; Ihlebæk og Lærum, 2010; Lillefjell, 2008).

Ihlebak og Lærum (2010) skriver at ”i gruppen muskel- og skjelettlidelser inngår nakke og rygglidelser, degenerative og inflammatoriske leddsykdommer, osteoporose, traumer og lidelser og plager som fibromyalgi og tendinitter”. De kroniske smertene kan være lokaliserte eller spredt over flere steder av kroppen, smertene har ofte mer enn én årsak og er sammensatte, og de varierer i styrke og i hvordan individets funksjon påvirkes (Bergman mfl., 2001; Ihlebæk og Lærum, 2010; Lillefjell mfl., 2006).

International Association for Study of Pain definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med vevsskade eller mulige vevsskader, eller beskrevet som en slik skade (Loeser og Treede, 2008). Kroniske smerter defineres i flere studier som smerter som har varighet over tre måneder (Bergman mfl., 2001; Hagen mfl., 2005). I noen av tilfellene er etiologien til smertene kjent og man kan helt eller delvis forklare smertene ut fra sykdom og mekanismer, men i 90 % av tilfellene finner man ikke sikre fysiologiske eller morfologiske endringer som kan forklare smertene, eller man finner objektive funn som ikke virker oppklarende på sykdomsbildet (Ihlebak og Lærum, 2010; Lillefjell, 2008). I slike tilfeller er det ofte flere årsakssammenhenger til smertene (Ihlebak mfl., 2010), og ofte blir mentale lidelser antatt for å være det egentlige problemet (Folkehelseinstituttet, 2010).

Forskning har vist sammenheng mellom svak mental helse og økt forekomst av muskel- og skjelettsmerter (Bair mfl., 2008; Hogg-Johnson mfl., 2008). Samtidig kan mentale lidelser komme i tillegg til de opprinnelige muskel- og skjelettsmerter, på grunn av blant annet smertene (Folkehelseinstituttet, 2010).

2.4 LANGTIDSSYKEMELDTE MED KRONISKE MUSKEL- OG SKJELETTSMERTER. SOSIALE ULIKHETER OG OPPLEVELSE AV SAMMENHENG

Forskning viser at utbredelsen av muskel- og skjelettsmerter ofte har sammenheng med sosial posisjon (Bergman mfl., 2001; Hagen mfl., 2006; McBeth og Jones, 2007). En levekårsundersøkelse på 1990-tallet viste klare forskjeller i belastninger i arbeidsmiljø mellom arbeider- og funksjonærer, hvor disse belastningene kan gi muskel- og skjelettsmerter (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Mehlum (2011) har også sett på arbeidsforhold og henviser til en dansk studie som fant at 40-50 % av forskjellene i langtidssykefravær mellom laveste og høyeste sosiale posisjon, kan forklares av fysiske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer.

”Sosiodemografiske faktorer som høy alder, lavt utdanningsnivå, kjønn, røyking, dårlig økonomi og belastende arbeidsforhold” er risikofaktorer som er relatert til muskel- og skjelettsmerter (Lillefjell mfl., 2010: 109). Folkehelseinstituttet (2010) skriver at kroniske smerter, hvor muskel- og skjelettsmerter står for en stor andel, ”er vanligere blant personer med lav inntekt og utdanning, men det er usikkert om dette skyldes yrkesbelastning eller mer generelle sosioøkonomiske faktorer” (Folkehelseinstituttet, 2010: 83). Krogstad mfl. (2002a) tar også for seg tematikken, og skriver at andel kvinner og menn mellom 20 og 49 år som mottar uførhetstrygd øker i takt med synkende sosioøkonomisk status. Muskel- og skjelettsmerter står for en av de vanligste årsakene til å motta uførhetstrygd, og det er ved uførepensjonering den viktigste helserelaterte seleksjonen i Norge skjer (Næss mfl., 2007). Videre vil arbeidstakere med lav kontroll over sitt arbeid har større sannsynlighet for å motta uførhetstrygd, det samme gjelder arbeidstakere som utfører manuelt arbeid (Bergman mfl., 2001; Krogstad mfl., 2002a).

Bergman mfl. (2001) fant sammenheng mellom kroniske muskel- og skjelettsmerter og sosioøkonomisk status målt ved type arbeid. Bergman mfl. identifiserte en gradient som viser at jo lavere rangert arbeidstype, jo større grad av muskel- og skjelettsmerter, der gruppen i utvalget som hadde manuelt arbeid var dem som hadde høyest forekomst av muskel- og skjelettsmerter. Den samme relasjonen fant Hagen mfl. (2005) som så på sammenheng mellom kroniske muskel- og skjelettsmerter og sosioøkonomiske forhold, der utdanningsnivå, inntekt eller type arbeid definerte sosioøkonomisk posisjon. Ut av undersøkelsen trekkes konklusjonen om at det er sammenheng mellom lav sosioøkonomisk posisjon og økt forekomst av muskel- og skjelettplager (Hagen mfl., 2005). Lillefjell mfl. (2010) skriver at allerede i tidlig yrkesaktiv alder påvirker forhold som utdanningsnivå og type arbeid ens helsetilstand og mulighet til å delta i arbeidslivet, og dette kan forsterkes dersom man er arbeidstaker med lavt utdanningsnivå eller er ufaglært og fungerer dårlig i yrker man har utdannet seg til.

Muskel- og skjelettsmerter kan både være årsak til eller konsekvens av lav sosioøkonomisk posisjon, tilsvarende som at OAS kan påvirke ens helse, og at ens helse kan påvirkes av ens OAS (Kivimäki mfl., 2000; Larsson og Kallenberg, 1996; Lillefjell mfl., 2010). Lydell mfl. (2010) undersøkte OAS blant sykemeldte med muskel- og skjelettsmerter og blant friske, og fant at gruppen med muskel- og skjelettsmerter hadde svakere OAS enn den friske gruppen (Lydell mfl., 2010). Tilsvarende resultater fant Lillefjell og Jakobsen (2007), men da som forbedring av OAS hos langtidssykemeldte med muskel- og skjelettsmerter før og etter rehabilitering, der rehabiliteringen blant annet ga nedgang i smerteintensitet og smerteplager. Larsson og Kallenberg (1996) undersøkte OAS i forhold til flere helseindikatorer, deriblant fysiske symptomer som smerter i rygg, skuldre og nakke, og fant at svakere OAS tilsvarende et høyere nivå av symptomer og at OAS er sterkere relatert til psykiske symptomer enn til fysiske symptomer.

Lindström og Eriksson (2010) skriver at det ikke nødvendigvis er avgjørende hvilke ressurser som inkluderes i ens GMR, men heller at man ved hjelp av ens OAS kan benytte seg av sine tilgjengelige ressurser. Dermed vil individer med sterk OAS benytte sine ressurser på best mulig måte, som kan ha en positiv virkning på ens

helsetilstand. Derimot kan individer med svak OAS mangle blant annet motivasjon til å aktivt handle for å mestre situasjonen best mulig (Antonovsky, 1984).

3. OPPSUMMERING OG DISKUSJON

Denne artikkelen har hatt som hensikt å fokusere på temaene OAS og sosiale ulikheter i helse, og å se på betydningen av sosiale ulikheter og OAS blant langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter.

Artikkelen har vist at det er sosiale ulikheter i helse i Norge. Ulikhetene danner mønster av en gradient som går gjennom hele befolkningen, og gjør at helseutfordringer berører alle sosiale grupper i samfunnet (Næss mfl., 2007; Sund og Krokstad, 2005). Forskning har vist at sosial posisjon er relatert til helse, der høy sosial posisjon samsvarer med god helse (Mackenbach mfl., 2008; Wilkinson og Pickett, 2006). Med hensyn til grunntanken i den sosiodemokratiske velferdsmodellen som forfekter omfordeling og utjevning mellom sosiale grupper (Fosse og Strand, 2010), er det nødvendig å jobbe mot disse ulikhetene.

Karakteristika som ofte benyttes for å definere sosial posisjon er blant annet utdanningsnivå, arbeidstype, sivilstatus og arbeidstilknytning (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Disse karakteristika gir individet kapasitet til å fremme mestring, og kan defineres som GMR som er et sentralt element i den salutogene tilnærmingen til helse (Antonovsky, 1979). OAS er et annet sentralt element i salutogenese, hvor OAS reflekterer individets syn på livet gjennom de tre komponentene meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet. Videre er OAS en kapasitet som gjør at individet kan nyttiggjøre seg av de GMR det har til rådighet (Antonovsky, 1987).

GMR og OAS er ressurser som sammen kan styrke menneskets helsetilstand ved å blant annet utruste individet med mestringsstrategier som gjør at man kommer bedre ut av stressituasjoner (Antonovsky, 1987). Fremfor å ha fokus på hvordan man kan fjerne stressorer, vektlegger salutogenese hvordan man kan lære å leve, og leve godt, med stressorer (Antonovsky, 1984).

For langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter vil tilgjengelige GMR og ens grad av OAS kunne påvirke hvordan man opplever ens livssituasjon.

Med en hverdag som en preget av smerter, vil dette kunne gå ut over ens mentale helse, som igjen kan gi en svekkelse i OAS (Eriksson og Lindström, 2006; Hogg-Johnson mfl., 2008). For å unngå å begi seg inn i en negativ spiral der smerter fører til svakere OAS, som igjen gir mer smerter, er det viktig at langtidssykemeldte med kroniske smerter får forbedret sin helsetilstand eller lærer seg strategier for å håndtere å leve med sine smerter. I denne læringsprosessen og på veien til forbedret helse, vil den sosiale gradienten, gjennom relasjonen mellom sosial posisjon og OAS, kunne spille inn på hvordan man mestrer stressorer, som smerter.

Langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter har ofte lav sosial posisjon, og kan kjennetegnes ved svak OAS både ut ifra deres smertetilstand og ved deres plassering i den sosiale stigen. Dette gjør gruppen ekstra sårbar og det er viktig for dem å lære å utnytte de ressursene de har til disposisjon i seg selv og i sine omgivelser.

4. KONKLUSJON

Forskning har gitt mye kunnskap om sosiale ulikheter i helse og OAS. Kombinasjonen sosiale ulikheter i helse og OAS er derimot sett mindre på, og da særlig med en utvalgsgruppe som er langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter (Eriksson og Lindström, 2006; Hagen mfl., 2005; Ing og Reutter, 2003; Lindström og Eriksson, 2005). Med tanke på at OAS kan hjelpe mennesker gjennom motgang, og at langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter kan falle utenfor arbeidslivet og bli fanget i sine kroniske smerter, vil det være viktig å forstå sammenhengen mellom OAS, sosioøkonomiske karakteristika og kronikernes opplevelse av egen helse.

5. REFERANSER

- ADLER, N. E., BOYCE, T., CHESNEY, M. A., COHEN, S., FOLKMAN, S., KAHN, R. L. & SYME, S. L. 1994. Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49, 15-24.
- ANTONOVSKY, A. 1979. *Health, stress and coping*, San Francisco, Jossey-Bass.
- ANTONOVSKY, A. 1984. The sense of coherence as a determinant of health. I: MATARAZZO, J. D., WEISS, S. M., HERD, J. A., MILLER, N. E. & WEISS, S. M. (red.) *Behavioral health. The handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley.
- ANTONOVSKY, A. 1987. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*, San Francisco, Jossey-Bass.
- ANTONOVSKY, A. 2000. *Helbredets mysterium*, København, Hans Reitzels Forlag.
- ANTONOVSKY, A. 2005. *Hälsans mysterium*, Stockholm, Natur och Kultur.
- ANTONOVSKY, H. & SAGY, S. 1986. The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126, 213-225.
- ARNTZEN, A. 2009. Mål for sosial ulikhet. Teoretiske og empiriske vurderinger. *Norsk epidemiologi*, 12.
- BAIR, M. J., WU, J., DAMUSH, T. M., SUTHERLAND, J. M. & KROENKE, K. 2008. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic medicine*, 70, 890.
- BERGMAN, S., HERRSTROM, P., HOGSTROM, K., PETERSSON, I. F., SVENSSON, B. & JACOBSSON, L. T. H. 2001. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *Journal of Rheumatology*, 28, 1369-1377.
- BRANNON, L. & FEIST, J. 2007. *Health psychology: an introduction to behavior and health*, Belmont, Thomson/Wadsworth.
- DAHL, E., 2002. Health inequalities and health policy: the Norwegian case. *Norsk Epidemiologi*, 12, 69-75.
- DAHL, E. & LIE, M. 2009. Policies to Tackle Health Inequalities in Norway: From Laggard to Pioneer? *International Journal of Health Services*, 39, 509-523.
- DAVIES, P. G. 2007. Between health and illness. *Perspectives in biology and medicine*, 50, 444-452.

- ELO, I. T. 2009. Social class differentials in health and mortality: patterns and explanations in comparative perspective. *Annual Review of Sociology*, 35, 553-572.
- ELSTAD, J. I. 2004. Health and status attainment. Effects of health on occupational achievement among employed norwegian men. *Acta Sociologica*, 47, 127-140.
- ELSTAD, J. I. 2005. *Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer*, Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- ELSTAD, J. I. 2008. *Utdanning og helseulikheter: problemstillinger og forskningsfunn*, Oslo, Helsedirektoratet.
- ELSTAD, J. I., DAHL, E. & HOFLOSS, D. 2006. Associations between relative income and mortality in Norway: a register-based study. *European Journal of Public Health*, 16, 640-644.
- ENGEL, G. L. 1977. Need for a new medical model - challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- ENGEL, G. L. 1979. Biopsychosocial model and the education of health-professionals. *General Hospital Psychiatry*, 1, 156-165.
- ERIKSSON, M. 2007. *Unravelling the mystery of salutogenesis: the evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's sense of coherence scale*, Turku, Åbo Akademi Tryckeri.
- ERIKSSON, M. & LINDSTRÖM, B. 2005. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460-466.
- ERIKSSON, M. & LINDSTRÖM, B. 2006. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376-381.
- ESPNES, G. A. & SMEDSLUND, G. 2009. *Helsepsykologi*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- FELDT, T. & RASKU, A. 1997. The structure of Antonovsky's Orientation of life questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 25, 505-516.
- FOLKEHELSEINSTITUTTET 2010. *Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge*, Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- FOSSE, E. & STRAND, M. 2010. Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge: Fornyet politisering av folkehelse spørsmålet. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 13, 14-25.
- GJERNES, T. 2004. Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift*. Oslo: Universitetsforl.

- HAGEN, K., SVEBAK, S. & ZWART, J. A. 2006. Incidence of musculoskeletal complaints in a large adult norwegian county population. The HUNT study. *Spine*, 31, 2146-2150.
- HAGEN, K., ZWART, J. A., SVEBAK, S., BOVIM, G. & STOVNER, L. J. 2005. Low socioeconomic status is associated with chronic musculoskeletal complaints among 46,901 adults in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 268-275.
- HELSEDIREKTORATET 2009. *Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelsepolitisk rapport*, Oslo, Helsedirektoratet.
- HOGG-JOHNSON, S., VAN DER VELDE, G., CARROLL, L. J., HOLM, L. W., CASSIDY, J. D., GUZMAN, J., CÔTÈ, P., HALDEMAN, S., AMMENDOLIA, C. & CARRAGEE, E. 2008. The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *European Spine Journal*, 17, 39.
- IHLEBÆK, C., BRAGE, S., NATVIG, B. & BRUUSGAARD, D. 2010. Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 130, 2365-8.
- IHLEBÆK, C. & LÆRUM, E. 2010. Rammer flest, koster mest og får minst. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 130, 2106.
- ING, J. D. & REUTTER, L. 2003. Socioeconomic status, sense of coherence and health in canadian women. *Canadian Journal of Public Health*, 93, 224-228.
- KIVIMÄKI, M., FELDT, T., VAHTERA, J. & NURMI, J. E. 2000. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science & Medicine*, 50, 583-597.
- KOMMISJONEN FOR SOSIALE HELSEDETERMINANTER & MARMOT, M. G. 2009. *Utjevne helseforskjellene i løpet av en generasjon: Helseforskjellene kan utjevnes ved å endre de sosiale helsedeterminantene*, Oslo, Helsedirektoratet.
- KRANTZ, G. & ÖSTERGREN, P.-O. 2004. Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in swedish women 40 to 50 years of age. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11, 18-26.
- KROKSTAD, S., JOHNSEN, R. & WESTIN, S. 2002a. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *International journal of epidemiology*, 31, 1183-1191.
- KROKSTAD, S., KUNST, A. E. & WESTIN, S. 2002b. Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 375-380.

- LAHELMA, E., MARTIKAINEN, P., RAHKONEN, O., ROOS, E. & SAASTAMOINEN, P. 2005. Occupational class inequalities across key domains of health: results from the Helsinki Health Study. *The European Journal of Public Health*, 15, 504.
- LARSSON, G. & KALLENBERG, K. 1996. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health: interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *The European Journal of Public Health*, 6, 175-180.
- LILLEFJELL, M. 2008. *Function and work ability following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain*. 2008:184, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- LILLEFJELL, M. & JAKOBSEN, K. 2007. Sense of coherence as a predictor of work reentry following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 222-231.
- LILLEFJELL, M., JAKOBSEN, K. & KROKSTAD, S. 2010. Utsatte grupper - karakteristika og utfordringer på arbeidsmarkedet. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 13, 107-118.
- LILLEFJELL, M., KROKSTAD, S. & ESPNES, G. A. 2006. Factors predicting work ability following multidisciplinary rehabilitation for chronic musculoskeletal pain. *Journal of occupational rehabilitation*, 16, 543-555.
- LINDSTRÖM, B. & ERIKSSON, M. 2005. Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-442.
- LINDSTRÖM, B. & ERIKSSON, M. 2006. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21, 238-244.
- LINDSTRÖM, B. & ERIKSSON, M. 2010. A Salutogenic Approach to Tackling Health Inequalities. I: MORGAN, A., DAVIES, M. & ZIGLIO, E. (red.) *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. New York: Springer.
- LIUKKONEN, V., VIRTANEN, P., VAHTERA, J., SOUMINEN, S., SILLANMÄKI, L. & KOSKENVUO, M. 2010. Employment trajectories and changes in sense of coherence. *European Journal of Public Health*, 20, 293-298.
- LOESER, J. D. & TREEDE, R. D. 2008. The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. *Pain*, 137, 473-7.
- LUNDBERG, O. 1997. Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science & Medicine*, 44, 821-831.

- LYDELL, M., MARKLUND, B., BAIGI, A., MATTSSON, B. & MÅNSSON, J. 2010. Return or no return-psychosocial factors related to sick leave in persons with musculoskeletal disorders: a prospective cohort study. *Disability & Rehabilitation*, 1-6.
- MACKENBACH, J. P., KUNST, A. E., CAVELAARS, A. E., GROENHOF, F. & GEURTS, J. J. 1997. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*, 349, 1655-1659.
- MACKENBACH, J. P., STIRBU, I., ROSKAM, A. J. R., SCHAAP, M. M., MENVILLE, G., LEINSALU, M. & KUNST, A. E. 2008. Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The new England journal of medicine* 358, 2468-2481.
- MCBEATH, W. H., 1991. Health for all: a public health vision. *American Journal of Public Health*, 81, 1560-1565.
- MCBETH, J. & JONES, K. 2007. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21, 403-425.
- MEHLUM, I. 2011. Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 131, 122-155.
- NATHANSON, C. A. 2010. Who owns health inequalities? *The Lancet*, 375, 274-275.
- NILSSON, K. W., LEPPERT, J., SIMONSSON, B. & STARRIN, B. 2010. Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. *Journal Epidemiology and Community Health*, 64, 347-352.
- NÆSS, Ø., ROGNERUD, M. & STRAND, B. H. 2007. *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*, Nydalen, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- OSE, S. O. 2010. *Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag*, SINTEF.
- STATISTISK SENTRALBYRÅ, 2010a. *Nær halvparten i Oslo har høyere utdanning* [Online]. Tilgjengelig: <http://www.ssb.no/utniv/> [12.03.2010].
- STATISTISK SENTRALBYRÅ, 2010b. *Sosial indikatorer 2010. Velferd i endring* [Online]. Tilgjengelig: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201005/01/> [23.04.2010].
- SMITH, T. L. & MEYERS, L. S. 1997. The sense of coherence: Its relationship to personality, stress, and health measures. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 513-526.
- SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATET 2005. *Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*, Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.

- ST. MELD. NR. 16 2002-2003. *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*, Helsedepartementet.
- ST. MELD. NR. 20 2006-2007. *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, Helse- og omsorgsdepartementet.
- ST. MELD. NR. 41 1987-1988. *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*, Sosialdepartementet.
- SUND, E. R. & KROKSTAD, S. 2005. *Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt*, Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- VOLANEN, S.-M., LAHELMA, E., SILVENTOINEN, K. & SOUMINEN, S. 2004. Factors contributing to sense of coherence among men and women. *European Journal of Public Health*, 14, 322-330.
- VÅGERÖ, D. & ERIKSON, R. 1997. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, 350, 516.
- WHO 1946. *Constitution of the World Health Organization*, New York, WHO.
- WHO 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion*, Ottawa, WHO.
- WHO 1999. *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*, Copenhagen, WHO.
- WHO & UNICEF 1978. *Declaration of Alma-Ata*, Genève, WHO.
- WILKINSON, R. G. 1997. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, 350, 516-517.
- WILKINSON, R. G. & PICKETT, K. E. 2006. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62, 1768-1784.
- ZAHL, P. H., ROGNERUD, M., STRAND, B. H. & TVERDAL, A. 2003. *Bedre helse - større forskjeller: En analyse av hvordan inntekt, utdanning og husholdningsstørrelse har påvirket dødeligheten i befolkningen i periodene 1970-77, 1980-87 og 1990-97*, Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Artikkel 2

Opplevelse av sammenheng, sosioøkonomisk posisjon og selvopplevd helse hos langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter

Hensikten med denne studien er å undersøke om det er gruppeforskjeller i opplevelse av sammenheng (OAS), og teste om det er sammenheng mellom selvopplevd helse og OAS, kontrollert for sosioøkonomiske variabler og smerteintensitet. Datamaterialet er basert på spørreskjema som deltakere ved arbeidsrettet rehabilitering fylte ut ved oppstart av rehabilitering. Deltakerne i studien kjennetegnes blant annet ved at de er langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter. Sosioøkonomiske variabler som er inkludert i studiet er alder, kjønn, sivilstatus, utdanningsnivå, arbeidstilknytning, type arbeid og stillingsstørrelse. De andre variablene som er studert er smerteintensitet, selvopplevd helse og OAS. Det ble funnet at høy alder, å være gift eller ha samboer, å ha arbeidstilknytning og stillingsstørrelse mellom 51 og 80 % er relatert til sterkere OAS, og at det er sammenheng mellom OAS og selvopplevd helse. Studien bidrar med kunnskap om forholdet mellom sosioøkonomisk posisjon, OAS og muskel- og skjelettsmerter, som det tidligere er lite forsket på.

1. INTRODUKSJON

Kroniske muskel- og skjelettsmerter er blant de største helseproblemene i den vestlige verden med tanke på den høye forekomsten og belastningen det har på helse- og trykdesystemet, samtidig som at smertene er en stor påkjenning for individet som er rammet (Bergman mfl., 2001; Hagen mfl., 2005; Ihlebæk og Lærum, 2010; Krokstad mfl., 2002; Lillefjell, 2008). I de fleste smertetilfellene klarer man ikke å finne sikre fysiologiske eller morfologiske endringer som kan være årsak til smertene, og i slike tilfeller antas det å være flere årsaksforklaringer på smertene. Ofte blir mentale problemer antatt å være det egentlige problemet (Folkehelseinstituttet, 2010; Ihlebæk mfl., 2010).

I Norge har 30 % av den voksne befolkningen til enhver tid kroniske smerter, hvorav svært mange av disse har smerter i muskel- og skjelettsystemet (Folkehelseinstituttet, 2010), der kroniske smerter defineres som smerter som har varighet over tre måneder (Bergman mfl., 2001; Hagen mfl., 2005). I løpet av en måned vil 75-80 % av den norske befolkningen oppleve smerter eller plager i muskel- og skjelettsystemet i en eller annen form (Ihlebak mfl., 2010). De fleste individer som har muskel- og skjelettsmerter klarer å opprettholde sine daglige aktiviteter, arbeid inkludert, men en betydelig andel klarer ikke dette (Lillefjell, 2008). Dermed utgjør disse smertene en

viktig årsak til uførhet og langtidssykefravær, hvor muskel- og skjelettsmerter var hoveddiagnose i 41 % av sykefraværsdagene dekket av folketrygden i 2009 (Folkehelseinstituttet, 2010). Ihlebæk mfl. (2010) skriver at forskning har vist sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og forekomst av muskel- og skjelettsmerter. Forskning viser for eksempel at kvinner (McBeth og Jones, 2007; Hagen mfl., 2006), eldre (Folkehelseinstituttet, 2010), mennesker med lavt utdanningsnivå (Hagen mfl., 2005), mennesker som har arbeidstype av lav sosial posisjon (McBeth og Jones, 2007), som er uten arbeidstilknytning (Aagestad mfl., 2009; Grotle mfl., 2008) og som ikke har samboer eller ektefelle (Kamaleri mfl., 2008) har høyere forekomst av muskel- og skjelettsmerter. Forskning har også vist at å inneha en fulltidsstilling opprettholder ens helsetilstand og virker helsefremmende (Roos mfl., 2005).

På grunnlag av ulikhet i forekomst blant undergrupper i de nevnte karakteristika, kan sammenheng mellom forekomst av muskel- og skjelettsmerter og sosial posisjon omtales som en helseproblematikk som er fremtredende i temaet sosiale ulikheter i helse.

Forskning har vist at helseforskjeller som knyttes til sosioøkonomisk posisjon, er en aktuell problematikk ikke bare i fattige land og områder som er preget av store klasseforskjeller, men også i vestlige land og Norge (Dahl og Lie, 2009; Elstad, 2004; Elstad mfl., 2006; Mackenbach mfl., 2008). På tross av at dødeligheten blant den norske befolkningen har gått ned, er dette en forbedring som ikke gjelder hele befolkningen. Fordeles innbyggerne i et sosialt hierarkisk ordnet system, vil man finne at den gjennomsnittlige helsetilstanden øker i takt med at man beveger seg oppover i den sosiale rangstigen. Sosiale ulikheter angår dermed ikke bare vanskeligstilte i samfunnet eller er noe som skiller fattig fra rik, men er systematiske ulikheter som vedrører alle og som omtales som en sosial helsegradient (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; St. meld. nr. 20, 2006-2007; Sund og Krokstad, 2005).

Karakteristika som anvendes for å definere sosial posisjon, vil innenfor den salutogene tilnærmingen til helse kunne bli sett på som viktige ressurser som virker helsefremmende. Med fokus på hva som gir helse, fremfor hva som fører til sykdom, står den salutogene teori for et helhetlig syn å se helse på, der ens helsetilstand befinner seg på et kontinuum mellom ytterpunktene fullstendig helse og fullstendig sykdom. I den salutogene teori vil generelle motstandsressurser (GMR) være et viktig

element som utruer individ, grupper eller samfunn med erfaringer som brukes til å håndtere stressorer og som virker helsefremmende (Antonovsky, 1979; Antonovsky, 1987). GMR er ressurser som oppnås gjennom livserfaringer og kan vokse ut av blant annet kunnskap, materielle eiendeler, sosial støtte, mestringsstrategier og selvoppfatning (Lindström og Eriksson, 2005). Dette er dermed ressurser som kan ha stor betydning for hvor et individ plasserer seg sosioøkonomisk.

Opplevelse av sammenheng (OAS) er et annet sentralt element i den salutogene teori, der OAS er en spesifikk og målbar ressurs som skiller seg fra ressursene i GMR og som kommer til uttrykk som personlighetskaraktistika som utvikles gjennom livet (Eriksson, 2007; Lillefjell og Jakobsen, 2007). OAS er bygget på tre komponenter: Meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet (Antonovsky, 1987). Meningsfullhet beskriver i hvilken grad man opplever livet som kognitivt og emosjonelt betydningsfullt og om det finnes utfordringer som er verdt å streve for. Begripelighet omhandler hvorvidt man opplever å ha kontroll over ressurser som kreves for å mestre de stimuli man blir konfrontert med. Mens håndterbarhet viser til om man oppfatter informasjonen man får gjennom stimuli som strukturerte, tydelige og konsistente (Antonovsky, 1987; Feldt og Rasku, 1997).

Forskning har konkludert med at OAS er sterkt relatert til selvopplevd helse og da spesielt mental helse (Eriksson og Lindström, 2006). I tillegg har OAS vist seg å være predikerende på smerte (Lillefjell, 2008), der smerte kan defineres som en ubehagelig og emosjonell opplevelse assosiert med vevsskade eller mulige vevsskader, eller beskrevet som en slik skade (Loeser og Treede, 2008). Videre har forskning funnet at mennesker med sterk OAS har færre symptomer og stressplager enn de med svak OAS (Eriksson og Lindström, 2006).

Antonovsky som definerte den salutogene teori, konstruerte et spørreskjema som måler individers OAS, og jo høyere skåre på dette spørreskjemaet jo sterkere er ens OAS (Lillefjell, 2008). Individer med sterk OAS vil forholde seg til stressorer man utsettes for, som for eksempel smertestimuli, på en måte som innebærer at man benytter seg av ressurser fra OAS og GMR som i kombinasjon er mest hensiktsmessig for å mestre å leve med stressorer eller finne veier og motivasjon til å forebygge stressorer.

Antonovsky beskrev en stressor som ”en livsopplevelse kendetegnet af inkonsistens, under- eller overbelastning og udelukkelse fra at tage del i beslutningstagning” (Antonovsky, 2000: 47). Videre omtalte Antonovsky at kroniske stressorer, som for

eksempel kroniske muskel- og skjelettsmerter, beskriver individers livssituasjon i like stor grad som GMR gjør det. Kroniske stressorer skaper livsopplevelser og blir en del av individets livssituasjon og utgjør dermed avgjørende faktorer for individets OAS (Antonovsky, 2000). I den salutogene teori er dermed stressorer en del av livet som man kan lære å leve med, fremfor at man kun fokuserer på hvordan man kan fjerne stressorene (Antonovsky, 1984).

Individer av ulik sosioøkonomisk posisjon vil i ulik grad kunne bygge opp GMR som er sentrale ressurser for å opprettholde og fremme en sterk OAS (Antonovsky, 1987). Forholdet mellom OAS og sosioøkonomisk posisjon, er en tematikk det trengs mer forskning på (Eriksson og Lindström, 2006; Ing og Reutter, 2003; Lindström og Eriksson, 2005; Volanen mfl., 2004). Mens noen av de studiene som er gjort har vist at OAS er relatert til sosioøkonomisk posisjon (Krantz og Östergren, 2004), viser andre studier at andre helseindikatorer og psykologiske- og emosjonelle ressurser har større betydning for OAS enn sosioøkonomiske variabler (Larsson og Kallenberg, 1996; Volanen mfl., 2004). For øvrig er det blitt vist sammenheng mellom OAS og kjønn, alder, utdanning, sosial støtte og type arbeid, der menn tenderer til å ha litt sterkere OAS enn kvinner (Eriksson og Lindström, 2005; Nilsson mfl., 2000), OAS styrkes med alderen (Eriksson og Lindström, 2005; Nilsson mfl., 2010), utdanning av høyt nivå er relatert til sterkere OAS (Nilsson mfl., 2010; Volanen mfl., 2004), sosial støtte og ekteskap/samboerskap henger sammen med en sterkere OAS (Volanen mfl., 2004), de med arbeidstilknytning og stor stillingsstørrelse tenderer til å ha sterkere OAS enn de uten arbeid og med mindre stillingsstørrelse (Eriksson og Lindström, 2006; Svartvik mfl., 2000; Volanen mfl., 2004), og manuelt arbeid er relatert til svakere OAS (Volanen mfl., 2004).

Selvopplevd helse er en helseindikator som egner seg i komparative studier og har blitt benyttet som helseindikator i flere europeiske studier om sosiale ulikheter i helse (Roos mfl., 2005). Selvopplevd helse er funnet å være sterkt relatert til OAS i der sterk OAS er assosiert med god selvopplevd helse (Eriksson og Lindström, 2006). OAS og smerte er også funnet å være relatert til hverandre, der forskning har vist at sterk OAS er assosiert med lavere forekomst av smerte (Lillefjell og Jakobsen, 2007). Angående selvrapporterte helseplager og sosiale ulikheter har forskning vist at mennesker uten arbeidstilknytning som har muskel- og skjelettsmerter, har høyere grad av rapporterte plager enn mennesker med tilsvarende smerter som er i arbeid (Aagestad mfl., 2009).

Hensikt med studiet og forskningshypoteser

Hensikten med denne studien er å finne ut om det er sosiale ulikheter i OAS hos langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter, og hvorvidt det er sammenheng mellom OAS og selvopplevd helse, kontrollert for sosioøkonomiske variabler og smerteintensitet i utvalget. Variabler er utvalgt på grunnlag av karakteristika som ofte inkluderes for å definere sosioøkonomisk posisjon og med hensyn til å dekke hypotesenes omfang. Med utgangspunkt i teori og funn fra tidligere forskning om OAS, sosiale ulikheter i helse og langtidssykemeldte med muskel- og skjelettsmerter, formuleres følgende hypoteser:

Hypotese 1: Det er gruppeforskjeller i OAS i forhold til sosioøkonomiske variabler, smerteintensitet og selvopplevd helse.

Hypotese 2: Det er en positiv sammenheng mellom OAS og selvopplevd helse, kontrollert for sosioøkonomiske variabler og smerteintensitet.

2. METODE

2.1 Studiedesign, utvalg og prosedyre

Studien bygger på kvantitative data samlet inn i perioden 2003 til 2009 ved et rehabiliteringstilbud etablert i midt Norge. Datamaterialet er basert på spørreskjema som ble utfylt av 1679 deltakere ved oppstart av et rehabiliteringsprogram i regi av rehabiliteringsenheten.

Av deltakerne er 75,5 % kvinner og gjennomsnittsalderen var 47 år. 67,7 % var gift eller hadde samboer og litt over halvparten hadde grunnskole eller videregående skole som høyeste fullførte utdanning. 76,3 % hadde arbeidstilknytning, hvorav omtrent 40 % hadde manuelt arbeid, og nesten halvparten var sykemeldt fra en stilling med stillingsstørrelse over 80 %. Deltakerne skulle gjennomføre et 6-12 ukers rehabiliteringsprogram, som de ble henvist til av saksbehandler i NAV, ofte initiert av fastlege og/eller arbeidsgiver basert på intervju, observasjon og kliniske tester. Inklusjonskriterier for deltakelse var kroniske muskel- og skjelettsmerter som hadde

vart mer enn tre måneder, lokalisert en eller flere steder på kroppen, og at man mottok offentlig stønad i form av sykepengen eller rehabiliteringspenge.

Studiet er gjort som delprosjekt under forskningsprosjektet ”Målrettede rehabiliteringstiltak”. Datatilsynet har gitt konsesjon til etablering av databank ved rehabiliteringsenheten (vedlegg 2), og deltakerne i studien har gitt skriftlig informert samtykke til frivillig deltakelse i forskningen (vedlegg 3).

Godkjenning hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ble innvilget gjennom hovedprosjektet (vedlegg 1).

2.2 Rehabiliteringstilbudet

Rehabiliteringstilbudet er multidisiplinært og arbeidsrettet, hvor målet blant annet er at deltakerne skal lære hvordan man best mulig kan mestre hverdagen, sin helse og livet forøvrig med det utgangspunktet man har. Med inspirasjon fra Antonovsky sin salutogene tilnærming til helse og den biopsykososiale helsemodellen, tilbyr rehabiliteringsenheten fysisk, psykisk og sosial trening for personer som er langtidssykemeldte (Friskgården, 2011; Lillefjell, 2008; Ramberg, 2008). Rehabiliteringen legger ”vekt på en kombinasjon av fysisk aktivitet, forståelse av sammenhenger mellom kropp, psyke og helse, mestring og elementer fra kognitiv terapi, samt ulike former for arbeidstilnæringer” (ECON, 2007: 3). Tilbud er todelt: Den ene delen består av kartlegging, utredning og oppbygging av fysisk, sosial, og mental funksjonsevne, mens den andre delen omhandler forholdet til arbeid. I tillegg er det viktig å påpeke at rehabiliteringsenheten ikke tilbyr behandling, men et lærings- og mestringsprogram (ECON, 2007).

2.3 Variabler og måleinstrumenter

2.3.1 Sosioøkonomiske variabler

Kjønn, alder, sivilstatus, utdanningsnivå, arbeidstilknytning, arbeidstype og stillingsstørrelse utgjør de sosioøkonomiske variablene.

Kjønn: Kvinner som har lavest verdi i datamaterialet.

Alder: Målt i antall år og presentert i stigende rekkefølge. For analyse av gruppeforskjeller ble alder inndelt i fem aldersgrupper: 20-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år og 60-69 år.

Sivilstatus: Registrert ved enten *gift/samboer* eller *enslig*, hvor *enslig* har laveste verdi i datamaterialet.

Utdanningsnivå: Målt ved høyeste fullførte utdanningsnivå ved alternativene *grunnskole, videregående skole, fagbrev/fagutdanning, høyskole/universitet inntil 4 år* og *høyskole/universitet over 4 år*, hvor *grunnskole* har lavest verdi i datamaterialet, deretter stigende verdi i rekkefølgen de her er nevnt.

Type arbeid/Arbeidstilknytning: Type arbeid ble målt ved alternativene *ufaglært manuell arbeider, faglært manuell arbeider, gårdsbruker/fisker, ikke-manuell arbeider, lavere administrator og fagutdannet* og *høyere administrator og fagutdannet*. *Ufaglært manuell arbeider* har laveste verdi i datamaterialet.

I tillegg til de overnevnte svaralternativene, er *ikke arbeidstilknytning* et svaralternativ i datamaterialet ved variabelen type arbeid. Det ble konstruert en ny variabel for å måle arbeidstilknytning der alternativene som utgjør type arbeid ble slått sammen til *arbeidstilknytning*, og det andre alternativet i arbeidstilknytningsvariabelen er *ikke arbeidstilknytning*. *Ikke arbeidstilknytning* har lavest verdi i datamaterialet.

Stillingstørrelse: Målt i tre kategorier som har stigende verdi i datamaterialet: *Inntil 50 %, 51-80 % og mer enn 80 %*.

2.3.2 Smerteintensitet

For å måle smerteintensitet ble visuell analog skala (VAS) benyttet. VAS er et måleinstrument som måler subjektiv smerte og er funnet reliabelt og valid (Lillefjell, 2008, Boonstra mfl., 2008). På skalaen krysser deltakeren av for det tallet på en skala fra null til ti som uttrykker ens svar på spørsmålet ”*hvor mye fysiske smerter har du når smertene er på det verste?*”. Ytterpunktene null og ti representerer henholdsvis *ingen smerte og uutholdelige smerter*, der null har lavest verdi i datamaterialet.

2.3.3 Selvpoplevd helse

Selvpoplevd helse ble målt ved den norske versjonen av COOP/WONCA (vedlegg 4), som er vurdert for å ha god validitet og reliabilitet (Bentsen mfl., 1999). COOP/WONCA er et funksjonsmål som består av seks dimensjoner hvor hver dimensjon besvares ved fem alternativer som har hvert sitt tilhørende visuelle uttrykk. For å måle selvpoplevd helse i dette studiet, ble dimensjonen som måler samlet helse valgt, der deltakerne besvarer spørsmålet ”*De siste to uker – hvorledes vil du vurdere din egen helse, fysisk og psykisk i alminnelighet?*”. Svaralternativene er *meget dårlig*,

dårlig, verken god eller dårlig, god og svært god, der meget dårlig har lavest verdi i datamaterialet, deretter stigende verdi i rekkefølgen de her er nevnt.

2.3.4 Opplevelse av sammenheng

OAS ble målt ved bruk av skjema som er konstruert for å måle OAS med 13 spørsmål (vedlegg 5). De tre komponentene som utgjør OAS er representert med fire spørsmål som måler meningsfullhet, fem spørsmål måler begripelighet og fire spørsmål måler håndterbarhet. På skjemaet krysser deltakeren av for det tallet på en skala fra én til syv som uttrykker ens svar på et spørsmål eller hvorvidt man er enig eller uenig i en påstand (Antonovsky, 1993). Et eksempel på spørsmål som måler meningsfullhet er ”er dine dagligdagse aktiviteter en kilde til:” med ytterpunktene *smerte og kjedsomhet* og *glede og tilfredsstillelse* som svaralternativer på skalaen. ”Opplever du ofte at du er i en uvant situasjon og at du blir usikker på hva du skal gjøre?” er et eksempel på spørsmål som måler begripelighet, mens ”har det hendt at personer du stoler på har skuffet deg?” er eksempel for spørsmål som måler håndterbarhet. Disse to spørsmålene besvares henholdsvis ved svaralternativene *veldig ofte og svært sjelden eller aldri, og det hender alltid og det har aldri hendt* som ytterpunkter på skalaen.

Laveste poengsum ved utfylling av spørreskjemaet er 13 og høyeste 91, og jo høyere poengsum jo sterkere OAS (Lillefjell, 2008). Antonovsky uttalte aldri hva som er skåren for normal OAS, men forskning har vist at gjennomsnittlig OAS på spørreskjema med 13 spørsmål varierer fra 35,39 til 77,60 (Eriksson og Lindström, 2005). Med utgangspunkt i en systematisk gjennomgang av forskning om OAS utført av Eriksson og Lindström (2005), velges det i denne studien at gjennomsnittlig skåre i OAS i populasjonen er 70,0 ved bruk av spørreskjemaet med 13 spørsmål. På grunnlag av dette vil verdier i denne studien som går under eller overstiger verdien 70,0 defineres som henholdsvis svak eller sterk OAS.

Man skal merke seg at spørreskjemaet som måler OAS ikke skal brukes for å kartlegge individer, men heller måle befolkningsgrupper (Eriksson og Lindström, 2005) og at skjemaet måler kun OAS og kan ikke brukes for å si noe om det mye bredere begrepet salutogenese (Eriksson, 2007). Skjemaet er vurdert til å være valid, reliabelt og er tverrkulturell anvendelig (Eriksson og Lindström, 2005). Reliabilitetstesting av summert OAS i denne studien ga en tilfredsstillende Cronbachs alfa på 0,82.

2.4 Statistikk

SPSS versjon 16 ble benyttet for å gjennomføre deskriptive analyser, korrelasjonsanalyse, analyse av gruppeforskjeller i OAS og undersøkelse av sammenheng mellom OAS og selvopplevd helse, kontrollert for sosioøkonomiske variabler og smerteintensitet.

Korrelasjonsanalyse hvor det ble sett på Pearson r , ble gjennomført for å finne retning og styrke på eventuell samvarians mellom variablene.

Uavhengig t -test ble benyttet for å evaluere gruppeforskjeller i OAS i kjønn, sivilstatus og arbeidstilknytning, mens enveis variansanalyse (ANOVA) med Bonferronis korreksjon ble brukt for å finne gruppeforskjeller i OAS i alder, utdanning, type arbeid, stillingsstørrelse og selvopplevd helse.

Hierarkisk lineær regresjon ble anvendt for å undersøke sammenheng mellom OAS og selvopplevd helse, kontrollert for kjønn, alder, smerteintensitet, sivilstatus, utdanning, arbeidstilknytning og stillingsstørrelse. Selvopplevd helse er avhengig variabel i regresjonsanalysen. Kontrollvariablene kjønn, alder, smerteintensitet, sivilstatus, utdanning, arbeidstilknytning og stillingsstørrelse ble inkludert i steg 1, mens OAS ble lagt til i steg 2.

3. RESULTATER

3.1 Korrelasjon mellom variablene

Korrelasjon mellom alder, kjønn, smerteintensitet, sivilstatus, utdanning, arbeidstype, stillingsstørrelse, selvopplevd helse og OAS ble undersøkt med Pearsons r , resultatene fremkommer i tabell 1. Tabell 1 viser blant annet en positiv og signifikant korrelasjon mellom OAS og selvopplevd helse ($r = .35$, $p < .001$), og en negativ og svak, men signifikant korrelasjon mellom smerteintensitet og selvopplevd helse ($r = -.16$, $p < .001$). Angående korrelasjon mellom OAS og de ulike variablene som beskriver sosioøkonomisk posisjon i denne studien, er det kun alder som har en korrelasjon med OAS som er av moderat styrke ($r = .23$, $p < .001$). Korrelasjon mellom OAS og sivilstatus ($r = .05$, $p < .05$), og OAS og stillingsstørrelse ($r = .05$, $p < .05$) er også signifikante, men disse viser kun svake korrelasjoner (Field, 2009, Johannessen, 2008).

I tabell 1 kan man også merke seg at smerteintensiteten i utvalget ligger høyt på skalaen fra en til ti der den gjennomsnittlige smerteintensiteten er 6,82. Utvalgets gjennomsnittlige OAS er 64,2, noe som dermed gir en gjennomsnittlig svak OAS i utvalget i henhold til at 70,0 er valgt som normal OAS i denne studien. Selvpålevde helse i utvalget ligger gjennomsnittlig på 1,73, der verdi én er *meget dårlig* og fem er *svært god*.

Korrelasjonsanalysene avdekker også om det forekommer multikollinearitet mellom blant annet sosioøkonomiske variabler, der en meget sterk korrelasjon mellom to variabler kan øke sannsynligheten for å begå type II feil (beholde en usann nullhypotese). Tabell 1 viser at multikollinearitet mellom sosioøkonomiske variabler ikke er et problem, da Pearsons r ikke overstiger 0,80 på noen av disse variablene (Field, 2009).

Tabell 1. Korrelasjon (Pearson r) mellom alle variablene, unntatt arbeidstilknytning

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Kjønn									
2 Alder	.04								
3 Smerteintensitet	-.02	-.03							
4 Sivilstatus	-.02	.04	.04						
5 Utdanning	-.08**	-.08**	-.18***	-.06*					
6 Type arbeid	-.04	.01	-.14***	.05	.34***				
7 Stillingstørrelse	.11***	-.01	-.11***	.01	.07***	.12***			
8 Selvpåpl. helse	-.02	.06*	-.16***	-.01	.07**	-.04	.07**		
9 OAS	-.02	.23***	.07**	.05*	.02	.01	.05*	.35***	
Gjennomsnitt	1.25	47	6.82	1.68	2.50	2.46	2.10	1.73	64.20
Standardavvik	.43	9.73	2.39	.57	1.17	1.51	.92	0.79	10.29

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

3.2 Gruppeforskjeller i opplevelse i sammenheng

Uavhengig t-test avdekker disse gruppeforskjellene i OAS:

OAS og kjønn: T-test viser at kvinnene i studien i gjennomsnitt har litt sterkere OAS (gjennomsnitt = 64.51, standardfeil = .29) enn mennene (gjennomsnitt = 64.13, standardfeil = .52), men denne forskjellen er ikke signifikant, $t(1677) = .65, p > .05$.

OAS og sivilstatus: T-test viser en liten, men signifikant forskjell i OAS hos gifte/samboere og enslige, $t(1009,35) = -2.06, p < .05$. Gifte/samboere har i gjennomsnitt sterkere OAS (gjennomsnitt = 64.78, standardfeil = .30) enn enslige (gjennomsnitt = 63.65, standardfeil = .46).

OAS og arbeidstilknytning: T-test viser en signifikant forskjell i OAS hos de med og uten arbeidstilknytning, $t(1677) = .47, p < .001$. De som har arbeidstilknytning har gjennomsnitt sterkere OAS (gjennomsnitt = 65.06, standardfeil = .29) enn de som ikke har arbeidstilknytning (gjennomsnitt = 62.36, standardfeil = .51).

ANOVA avdekker gruppeforskjeller i OAS:

OAS og alder: ANOVA viser signifikant forskjell i OAS mellom de fem aldersgruppene der OAS blir sterkere jo høyere alderen er, $F(4, 1674) = 20.97, p < .001$. Bonferronis korreksjon viser signifikante forskjeller mellom alle aldersgrupper unntatt nærliggende aldersgrupper i begge retninger, foruten mellom gruppen 40-49 år og gruppen 50-59 år. Gjennomsnitt i OAS hos den yngste aldersgruppen er 58.8 (standardavvik 9.0) og 68.4 (standardavvik 9.8) hos den eldste gruppen.

OAS og smerteintensitet: Det ble ikke funnet signifikant forskjell i OAS i forhold til i hvilken grad man rangerer ens smerteintensitet, $F(10, 1654) = 1.56, p > .05$.

OAS og utdanning: ANOVA avdekker at det er ikke er signifikant forskjell i OAS i de ulike utdanningsnivåene, $F(4, 1643) = 2.42, p > .05$.

OAS og type arbeid: ANOVA viser ikke signifikant forskjeller i OAS i arbeidstype, $F(5, 1004) = .87, p > .05$.

OAS og stillingsstørrelse: ANOVA fant signifikant forskjell i OAS i stillingsstørrelse, $F(2, 1676) = 6.19, p < .001$. Bonferronis korreksjon avdekker signifikant forskjell i OAS mellom de som har inntil 50 % stilling og de som har mellom 51 og 80 %. Gjennomsnitt i OAS hos de med inntil 50 % stilling er 63.4 (standardavvik 10.5), 66.0 (standardavvik 9.9) hos de med stillingsstørrelse mellom 51 % og 80 %, og 64.7 (standardavvik 10.2) hos utvalget som har stillingsstørrelse over 81 %.

OAS og selvopplevd helse: ANOVA viser signifikant gruppeforskjell i OAS i selvopplevd helse, $F(4, 1674) = 61.09, p < .001$. Bonferronis korreksjon viser at jo bedre selvopplevd helse, desto sterkere OAS. Gjennomsnittlig OAS blant de som opplever sin helse om meget dårlig er 55.1 (standardavvik 8.5), mens de som opplever sin helse som svært god har en gjennomsnittlig OAS på 74.8 (standardavvik 10.2).

3.3 Sammenheng mellom opplevelse av sammenheng og selvopplevd helse

Sammenheng mellom OAS og selvopplevd helse, kontrollert for de sosioøkonomiske variablene kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, arbeidstilknytning og stillingsstørrelse, og smerteintensitet, ble undersøkt ved hierarkisk lineær regresjon, se tabell 2. Det ble funnet at sosioøkonomiske variabler og smerteintensitet forklarer 3 % av variasjon i selvopplevd helse i utvalget ($R^2 = .03$ for steg 1, $p < .001$), mens OAS forklarer 13 % av variasjon i selvopplevd helse ($\Delta R^2 = .13$ for steg 2, $p < .001$).

Tabell 2 viser i steg 1, signifikant sammenheng mellom alder og selvopplevd helse (*standardisert* $\beta = .06$, $p < .05$), og smerteintensitet og selvopplevd helse (*standardisert* $\beta = -.14$, $p < .001$). Steg 2 viser ikke signifikant sammenheng mellom alder og selvopplevd helse, men signifikant sammenheng mellom smerteintensitet og selvopplevd helse (*standardisert* $\beta = -.18$, $p < .001$), og OAS og selvopplevd helse (*standardisert* $\beta = .37$, $p < .001$).

Tabell 2. Multipel hierarkisk regresjonsanalyse. Sammenheng mellom selvopplevd helse og opplevelse av sammenheng, kontrollert for sosioøkonomiske variabler og smerteintensitet

	B	SE B	β
Steg 1			
Konstant	1.75	0.13	
Kjønn	-0.03	0.05	-.02
Alder	0.01	0.00	.06*
Smerteintensitet	-0.05	0.01	-.14***
Sivilstatus	-0.01	0.04	-.01
Utdanning	0.03	0.02	.04
Arbeidstilknytning	0.03	0.06	.01
Stillingsstørrelse	0.03	0.03	.03
Steg 2			
Konstant	0.38	0.15	
Kjønn	-0.02	0.04	-.01
Alder	-0.00	0.00	-.02
Smerteintensitet	-0.06	0.01	-.18***
Sivilstatus	-0.04	0.04	-.02
Utdanning	0.02	0.02	.03
Arbeidstilknytning	-0.03	0.06	-.02
Stillingsstørrelse	0.03	0.03	.03
OAS	0.03	0.00	.37***

Merknader: $R^2 = .03$ for steg 1 ($p < .001$), $\Delta R^2 = .13$ for steg 2 ($p < .001$).

B: ustandardisert koeffisient, SE B: standardfeil, β : standardisert koeffisient, R^2 : forklart varians, ΔR^2 : endring i forklart varians, OAS = opplevelse av sammenheng.

* $p < .05$; *** $p < .001$.

4. DISKUSJON

Hensikten med dette studiet var å undersøke om det er gruppeforskjeller i OAS hos langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter, og hvorvidt det er sammenheng mellom OAS og selvopplevd helse, kontrollert for sosioøkonomiske variabler og smerteintensitet.

Fellestrekket til utvalget i denne studien, er deres deltakelse i arbeidsrettet rehabilitering på grunnlag av at de er langtidssykemeldte og at de har kroniske muskel- og skjelettsmerter. Utvalget består av mennesker som i stor grad opplever smerter. I tillegg kan utvalget kjennetegnes ved gjennomsnittlig relativt dårlig selvopplevd helse. Utvalget har en gjennomsnittlig svak OAS i forhold til skåre for normal OAS som er valgt i denne studien.

Undersøkelser om gruppeforskjeller i OAS gir delvis støtte for hypotese 1. Høy alder, å være gift eller ha samboer, arbeidstilknytning, stillingsstørrelse mellom 51 og 80 % og god selvopplevd helse er relatert til sterkere OAS, noe som støttes av tidligere forskning (Eriksson og Lindström, 2005; Eriksson og Lindström, 2006; Lindström og Eriksson, 2010; Nilsson mfl., 2000; Svartvik mfl., 2000; Volanen mfl., 2004). Derimot er det ikke signifikante forskjeller i OAS når det gjelder kjønn, smerteintensitet, utdanning og type arbeid. Dette er i tråd med tidligere forskning som har vist at kvinner og menn ikke skiller seg mye ut fra hverandre i OAS (Eriksson og Lindström, 2005). Angående smerteintensitet og utdanning, er det kommentert at det trengs mer forskning på forholdet mellom disse variablene og OAS (Eriksson og Lindström, 2006; Lillefjell og Jakobsen, 2007). Derimot står funnene i denne studien, som viser at det ikke er forskjell i OAS i de ulike arbeidstypene, i kontrast til tidligere forskning som har vist at det er forskjell (Poppius mfl., 2003). Forskjell i OAS ut fra arbeidstype knyttes gjerne til faktorer som påvirker ens grad av innflytelse, ansvar og kontroll over det arbeidet man gjør (Poppius mfl., 2003). Mangelen på signifikant forskjell kan dermed skyldes at forskjellene i OAS som kanskje ville skilt de ulike arbeidstypene fra hverandre i en "normalsituasjon", faller bort på grunn av smertene og ved langtidssykefraværet. Under langtidssykefravær kan det altså antas at ens grad av opplevelse av innflytelse, ansvar og kontroll i ens arbeidshverdag, delvis blir glemt. Alternativt kan mangelen på signifikant forskjell i OAS i forhold til

arbeidstype, skyldes at kun 4,3 % av utvalget har en arbeidstype av høyere sosial posisjon.

Funnene viser at det er mer utslagsgivende for ens OAS å ha et arbeid å fylle ens ukedager med, enn hvilket utdanningsnivå som ligger til grunn for den jobben man har og hvilket type arbeid man utfører. Utvalget er langtidssykemeldt, men det antas at de likevel føler seg tilknyttet arbeidsplassen de er sykemeldt fra. Det kan dermed tenkes at et sosialt nettverk gjennom arbeidslivet og på hjemmebane med ektefelle eller samboer, er av større betydning for ens OAS enn formalia om utdanningsnivå som avgjør for eksempel hvilket type arbeid man kan utføre. Det må også tas høyde for at det ikke nødvendigvis er et sosialt nettverk på arbeidsplassen hos alle i utvalget, eller at det ikke er det sosiale som er avgjørende for hvordan arbeidstilknytning virker styrkende på OAS. I slike situasjoner kan det antas at arbeidet kan ha en effekt på OAS i den form av at arbeidet gjør hverdagen meningsfull.

Videre viser funnene i studien at jo eldre man blir, jo sterkere OAS har man. Dette kan forstås gjennom at ens OAS i stor grad blir styrket av hvilke GMR man har til rådighet. I tillegg blir man flinkere til å identifisere og ta i bruk GMR med alderen (Antonovsky, 1987). GMR utvikles gjennom livserfaringer og man vil dermed ha flere GMR å benytte seg av jo eldre man blir. For individet som er plaget av smerter vil GMR som for eksempel mestringsstrategier, kunne virke positivt på ens smerteopplevelser, og dermed positivt på ens OAS. Forskning har vist at sterk OAS er relatert til bedre selvopplevd helse (Eriksson og Lindström, 2006; Volanen mfl., 2004), noe som er i tråd med hvordan OAS endres med hvordan man opplever sin egen helse i denne studien.

Hierarkisk lineær regresjon viser at det i utvalget er signifikant sammenheng mellom selvopplevd helse og OAS, noe som er i overensstemmelse med tidligere forskning (Eriksson og Lindström, 2006; Ing og Reutter, 2003; Lillefjell og Jakobsen, 2007; Suominen mfl., 2001; Volanen mfl., 2004). Hypotese 2 som hevder at det er en positiv sammenheng mellom selvopplevd helse og OAS, kontrollert for sosioøkonomiske variabler og smerteintensitet, beholdes. Samtidig er det viktig å poengtere at ingen av de sosioøkonomiske variablene viser signifikante sammenhenger med selvopplevd helse, når OAS inkluderes i regresjonsanalysen. Derimot finner man en signifikant sammenheng mellom smerteintensitet og selvopplevd helse, også når OAS tas i betraktning.

Disse funnene står i kontrast til tidligere forskning som har vist at det er sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og helse (Elstad, 2004; Mackenbach mfl., 2008; Wilkinson og Pickett, 2006). En forklaring på denne kontrasten kan være at utvalgets selvopplevde helse vil påvirkes av andre faktorer enn hos en ”normalbefolkning” som ikke lever med store smerter. Hos utvalget er det tydelig at smerteintensitet og OAS er relatert til selvopplevd helse, og det kan forstås at hos denne gruppen vil sosioøkonomiske variabler overskygges av betydningen OAS og smerteintensitet har når man skal forklare variasjon i selvopplevd helse.

Teori om salutogenese og OAS forklarer at OAS utvikler seg i løpet av livet og kan endres i forbindelse med store livshendelser, som for eksempel det å leve med kroniske muskel- og skjelettsmerter (Antonovsky, 1987). Antonovsky (1984) mente at mennesker med sterk OAS vil tendere til å i større grad ville opprettholde og forbedre ens helsetilstand. For mennesker med kroniske stressorer, som kroniske muskel- og skjelettsmerter, blir stressoren en del av ens livssituasjon og vil kunne påvirke OAS i negativ retning (Antonovsky, 2000). Slik vil langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter kunne bli fanget i en negativ spiral. Denne negative spiralen viser seg gjennom funn fra forskning og teori som viser at OAS og smerter er relatert til hverandre, hvor kroniske smerter kan føre til svakere OAS (Antonovsky, 1987), som igjen er assosiert med høyere forekomst av smerte (Lillefjell og Jakobsen, 2007). I denne studien vil utvalget kunne tenkes å oppleve sine kroniske smerter som store livshendelser der de fører til langtidssykefravær fra arbeid og dårlig selvopplevd helse. Utvalgets OAS er også vist å ligge under skåren for gjennomsnittlig normal OAS i populasjonen. Med tanke på den nevnte negative spiralen, kan det antas at utvalgets gjennomsnittlige svake OAS kan skyldes en livssituasjon som negativt påvirker ens OAS, og hvor en svakere OAS igjen kan forsterke de negative elementene som smerte og dårlig selvopplevd helse, som nok en gang kan gi svakere OAS.

Rehabiliteringsprogrammet er inspirert av salutogenese, og tilbyr blant annet kognitiv terapi og har fokus på læring og mestring. Slik vil rehabiliteringen direkte eller indirekte kunne styrke deltakernes OAS. Dersom individene i utvalget gjennomfører rehabiliteringsprogrammet med gode resultater, kan dette gjøre at de klarer å håndtere å leve med sine smerter eller reduserer smertene, og kommer tilbake i arbeid. Dette kan da føre til ytterligere styrking i OAS, og at de vender tilbake til deres

opprinnelige OAS status som antagelig kan ha vært sterkere enn den OAS statusen de har som langtidssykemeldte med kroniske smerter.

Ved en slik tilbakevending til ”normallivet” med arbeid og uten kroniske smerter, kan det tenkes at sosioøkonomiske karakteristika igjen vil tas opp som viktige for ens helsetilstand. Veien tilbake til arbeid og ut av smertene, kan føre til en økning i deres sosioøkonomiske posisjon, der det antas at utvalget kan glede seg over muligheten til å fullt delta i det de ønsker av sosialt samvær, fysisk aktivitet, meningsfullt arbeid å fylle dagen med og opplevelsen av en kropp som ikke lenger plager en med smerter.

Vil derimot rehabiliteringen ikke være fruktbar, men at langtidssykemeldingen utvikler seg til uførepensjon, kan dette innebære nok et steg nedover på den sosioøkonomiske rangstigen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

OAS er ikke bare personlighetstrekk man finner hos enkeltindividet, men også en ressurs man kan finne hos befolkningsgrupper og i samfunn (Eriksson og Lindström, 2005; Eriksson og Lindström, 2007). Følgelig er det samfunnets ansvar å sørge for at alle dets medlemmer har styrke til å mestre ens situasjon best mulig, og her er OAS en ressurs som kan føre til mestring (Lindström og Eriksson, 2010). Videre kan salutogenese bidra med å skape samfunn med en folkehelsepolitikk hvor alle strukturer og tjenester er salutogene, fremfor en helsepolitikk som kun retter seg mot helsetjenestene. Dette kan illustreres ved metaforen ”helse i livets elv” der Antonovsky (1984) mente at det ikke var tilstrekkelig å hindre at mennesker faller i elven, men at livet leves i elven og at man heller må lære å svømme.

For langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter vil dette innebære at man ikke vektlegger kun hvordan man kan fjerne de kroniske smertene. Man vektlegger heller hvordan man kan lære å leve, og leve godt, med de kroniske smertene og om mulig bruke smerteerfaringene til positiv utvikling for individet (Antonovsky, 1984). Her kan både samfunn og individ endre sitt syn på smerte og sykdom til noe som man kan lære å leve med, ved hjelp av ressurser som GMR og OAS. Dette kan være ressurser som kunnskap om smerter som en subjektiv opplevelse som ikke nødvendigvis behøver å innebære en skade man må ta hensyn til.

Det er viktigere at man vet hvordan man kan anvende sine ressurser, enn hvilke ressurser man har til rådighet (Lindström og Eriksson, 2010). OAS reflekterer her evnen til å se hvordan man kan anvende sine GMR i sitt indre og i sine omgivelser.

Samtidig er ikke alle mennesker i et samfunn friske nok eller har overskudd til å benytte ressurser man har tilgjengelig eller ta i bruk salutogene tilbud. Dette kan være salutogene tilbud som rehabilitering, sosialt fellesskap og sunn ernæring. For at ikke kun ressurssterke mennesker skal kunne nyttiggjøre seg av ressurser og tilbud de har til disposisjon, er det viktig med et inkluderende fellesskap. For mennesker som er langtidssykemeldte, må man finne hvilke aktiviteter som kan virke helsefremmende for individet. Dette er viktig slik at man blir mottakelig for rehabilitering og har en følelse av livsgnist som gjør det ønskelig å finne veien tilbake til arbeid (Tellnes, 2007).

Av utvalget i denne studien har halvparten videregående skole som høyeste fullførte utdanning, og nær halvparten har en manuell arbeidsform. Dette er karakteristika som kunne plassert dem i lavere sosioøkonomiske posisjoner. En lav sosioøkonomisk posisjon kunne gjort dem sårbare i forhold til å ha færre tilgjengelige ressurser og mindre kunnskap om hvordan ressursene nyttiggjøres. Samtidig er svært mange i utvalget gift eller har samboer, og nær halvparten er sykemeldt fra en stilling på over 80 %. Dermed har utvalget også ressurser og styrker som gjør at de kan håndtere livssituasjonen de er oppe i.

Et multidisiplinært rehabiliteringsprogram med fokus på sammenheng mellom kropp, psyke og helse, i tillegg til mestring og kognitiv terapi, vil her kunne være et godt alternativ for at utvalget finner veien tilbake til en god hverdag.

Metodeevaluering

Denne studien har bidratt med kunnskap om temaer som tidligere er forsket lite på. Sosioøkonomiske ulikheter i helse og OAS hos langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter er viktig å fokusere på, da denne gruppen er en stor samfunnsgruppe som kan ha problemer med å komme tilbake i arbeidsmarkedet og som ofte har lav sosioøkonomisk posisjon. Her vil sosioøkonomisk kunnskap om gruppen, og fokus på ressurser som kan benyttes for å mestre smertene og dermed kunne håndtere hverdagen, være viktig.

Utvalget i denne studien, er en gruppe som skiller seg ut fra "normalpopulasjonen". I tillegg til de allerede nevnte karakteristika, har utvalget stor grad av smerteintensitet, relativ dårlig selvopplevd helse, svak OAS og 75 % er kvinner. Summen av alle disse karakteristika ved utvalget, gjør at funnene i denne studien ikke lar seg generalisere til

”normalpopulasjonen”. Derimot vil de være anvendbare i forhold til utvalgsgruppen, som gjenspeiler en stor del av populasjonen.

Av resultatet fra regresjonsanalysen kom det frem at det er sammenheng mellom OAS og selvopplevd helse, men analysen kan ikke beskrive om sterkere OAS er en årsak til eller konsekvens av bedre selvopplevd helse. Angående dette er det nødvendig å se på longitudinelle data med flere målinger dersom man ønsker å se på årsak-virkning forhold mellom variablene.

OAS, selvopplevd helse og smerteintensitet er variabler som måler subjektive verdier. Dette gjør at når man sammenligner deltakere på disse variablene, må man være bevisst på at ulike deltakere kan gi ulik verdi på en subjektiv følelse, som kanskje objektivt sett hadde hatt lik verdi (Field, 2009). Videre må man ved forskning med bruk av spørreskjema være bevisst på bias som kan oppstå ved selvrapportering, der for eksempel forskeren ikke kan kontrollere hvordan informantene forstår spørsmålene som stilles (Portney og Watkins, 2009).

Eriksson (2007) kommenterer at ingen teori er sterkere enn dets svakeste punkt, noe som også gjelder salutogenese og OAS. Salutogenese er særlig blitt kritisert gjennom begrepet OAS. Derimot er OAS gjennom flere år blitt brukt i mange ulike studier og er validert (Eriksson og Lindström, 2005). I denne studien viser Cronbachs alfa sterk reliabilitet ved OAS spørreskjemaet. Videre er det i denne studien fokusert på summert OAS. De tre komponentene meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet som utgjør begrepet, er ikke spesifisert i analysene. Et viktig standpunkt for å velge å kun se på summert OAS, er på grunnlag av at Antonovsky (1993; 1984) mente at de tre komponentene som utgjør OAS er uløselig knyttet sammen og at OAS dermed må ses som en helhet og ikke kan deles opp. I tillegg er dette valget noe som anbefales i flere studier (Antonovsky, 1993; Bernabé mfl., 2009; Feldt og Rasku, 1997). Nok en medvirkende årsak er at de tre komponentene ikke viste en tilfredsstillende verdi på Cronbachs alfa i denne studien.

5. KONKLUSJON

Sosioøkonomiske ulikheter i helse bidrar til store folkehelseutfordringer i dagens Norge, hvor disse ulikhetene fører til at unødvendig mange mennesker lever med

smerter og sykdom og mister muligheten til å delta i arbeid og sosiale forhold (Dahl, 2002). At mennesker som allerede har få goder og ressurser, i tillegg skal være mer belastet med sykdom og smerter, er et rettferdighetsproblem (st. meld. nr. 16, 2002-2003). Utjevning av de sosioøkonomiske ulikhetene kan være det mest effektive virkemiddelet for å forebygge sosiale problemer og bør derfor prioriteres, fremfor å iverksette reparerende tiltak. Som en forebyggende tilnærming, bidrar salutogenesen med et viktig fokus i form av GMR og OAS.

Denne studien fant at det er signifikante forskjeller i OAS ut ifra de sosioøkonomiske variablene alder, sivilstatus, arbeidstilknytning og stillingsstørrelse. Det ble også funnet forskjeller i OAS knyttet til vurderingene av ens selvopplevde helse. I tillegg fant studien at det er sammenheng mellom OAS og selvopplevd helse, kontrollert for sosioøkonomiske variabler og smerteintensitet. For øvrig viste de sosioøkonomiske variablene seg i denne studien, for å ikke være i signifikant sammenheng med selvopplevd helse. Dette er et funn som står i kontrast til tidligere forskning, noe som kan skyldes at utvalget er en gruppe som skiller seg ut fra ”normalpopulasjonen” ved at de er langtidssykemeldte med kroniske muskel- og skjelettsmerter.

Denne studien bidrar med kunnskap om relasjonen mellom sosioøkonomisk posisjon og OAS, og OAS og smerter, som tidligere er lite forsket på (Eriksson og Lindström, 2006; Ing og Reutter, 2003; Lillefjell og Jakobsen, 2007; Lindström og Eriksson, 2005).

Videre forskning er nødvendig for å se nærmere på forholdet mellom OAS og sosioøkonomiske ulikheter i helse. OAS er et viktig ledd i helsefremmende arbeid, og det vil være nyttig å lære mer om hvordan OAS kan hjelpe grupper med lav sosioøkonomisk posisjon til å bedre sin livssituasjon.

6. REFERANSER

- AAGESTAD, C., STERUD, T. & TYNES, T. 2009. *Ikke-yrkesaktive i Norge - i et yrkes- og helseperspektiv*, Oslo, Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- ANTONOVSKY, A. 1979. *Health, stress and coping*, San Francisco, Jossey-Bass.
- ANTONOVSKY, A. 1984. The sense of coherence as a determinant of health. I: MATARAZZO, J. D., WEISS, S. M., HERD, J. A., MILLER, N. E. & WEISS, S. M. (red.) *Behavioral health. The handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley.
- ANTONOVSKY, A. 1987. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*, San Francisco, Jossey-Bass.
- ANTONOVSKY, A. 1993. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725-733.
- ANTONOVSKY, A. 2000. *Helbredets mysterium*, København, Hans Reitzels Forlag.
- BENTSEN, B. G., NATVIG, B. & WINNEM, M. 1999. Questions you didn't ask? COOP/WONCA charts in clinical work and research. *Family Practice*, 16, 190-195.
- BERGMAN, S., HERRSTROM, P., HOGSTROM, K., PETERSSON, I. F., SVENSSON, B. & JACOBSSON, L. T. H. 2001. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *Journal of Rheumatology*, 28, 1369-1377.
- BERNABÉ, E., TSAKOS, G., WATT, R. G., SUOMINEN-TAIPALE, A. L., UUTELA, A., VAHTERA, J. & KIVIMÄKI, M. 2009. Structure of the sense of coherence scale in a nationally representative sample: the Finnish Health 2000 survey. *Quality of Life Research*, 18, 629-636.
- BOONSTRA, A. M., SCHIPHORST PREUPER, H. R., RENEMAN, M. F., POSTHUMUS, J. B. & STEWART, R. E. 2008. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31, 165.
- DAHL, E., 2002. Health inequalities and health policy: the norwegian case. *Norsk Epidemiologi*, 12, 69-75.
- DAHL, E. & LIE, M. 2009. Policies to Tackle Health Inequalities in Norway: From Laggard to Pioneer? *International Journal of Health Services*, 39, 509-523.
- ECON 2007. Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak. Rapport 2007-074.
- ELSTAD, J. I. 2004. Health and status attainment. Effects of health on occupational achievement among employed norwegian men. *Acta Sociologica*, 47, 127-140.

- ELSTAD, J. I., DAHL, E. & HOFLOSS, D. 2006. Associations between relative income and mortality in Norway: a register-based study. *European Journal of Public Health*, 16, 640-644.
- ERIKSSON, M. 2007. *Unravelling the mystery of salutogenesis: the evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's sense of coherence scale*, Turku, Åbo Akademi Tryckeri.
- ERIKSSON, M. & LINDSTRÖM, B. 2005. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460-466.
- ERIKSSON, M. & LINDSTRÖM, B. 2006. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376-381.
- ERIKSSON, M. & LINDSTRÖM, B. 2007. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 938.
- FELDT, T. & RASKU, A. 1997. The structure of Antonovsky's Orientation of life questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 25, 505-516.
- FIELD, A. 2009. *Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock 'n' roll)*, Los Angeles, Sage.
- FOLKEHELSEINSTITUTTET 2010. *Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge*, Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- FRISKGÅRDEN 2011 [Online]. Tilgjengelig: <http://www.frisknett.no/> [12.03.2011].
- GROTLE, M., HAGEN, K. B., NATVIG, B., DAHL, F. A. & KVIEN, T. K. 2008. Prevalence and burden of osteoarthritis: Results from a population survey in Norway. *Journal of Rheumatology*, 35, 677-684.
- HAGEN, K., SVEBAK, S. & ZWART, J. A. 2006. Incidence of musculoskeletal complaints in a large adult norwegian county population. The HUNT study. *Spine*, 31, 2146-2150.
- HAGEN, K., ZWART, J. A., SVEBAK, S., BOVIM, G. & STOVNER, L. J. 2005. Low socioeconomic status is associated with chronic musculoskeletal complaints among 46,901 adults in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 268-275.
- IHLEBÆK, C., BRAGE, S., NATVIG, B. & BRUUSGAARD, D. 2010. Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 130, 2365-8.
- IHLEBÆK, C. & LÆRUM, E. 2010. Rammer flest, koster mest og får minst. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 130, 2106.

- ING, J. D. & REUTTER, L. 2003. Socioeconomic status, sense of coherence and health in canadian women. *Canadian Journal of Public Health*, 93, 224-228.
- JOHANNESSEN, A. 2008. *Introduksjon til SPSS. Tredje utgave*, Oslo, Abstrakt forlag.
- KAMALERI, Y., NATVIG, B., IHLEBÆK, C., BENTH, J. S. & BRUUSGAARD, D. 2008. Number of pain sites is associated with demographic, lifestyle, and health-related factors in the general population. *European Journal of Pain*, 12, 742-748.
- KRANTZ, G. & ÖSTERGREN, P.-O. 2004. Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in swedish women 40 to 50 years of age. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11, 18-26.
- KROKSTAD, S., JOHNSEN, R. & WESTIN, S. 2002. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *International journal of epidemiology*, 31, 1183-1191.
- LARSSON, G. & KALLENBERG, K. 1996. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health: interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *The European Journal of Public Health*, 6, 175-180.
- LILLEFJELL, M. 2008. *Function and work ability following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain*. 2008:184, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- LILLEFJELL, M. & JAKOBSEN, K. 2007. Sense of coherence as a predictor of work reentry following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 222-231.
- LINDSTRÖM, B. & ERIKSSON, M. 2005. Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-442.
- LINDSTRÖM, B. & ERIKSSON, M. 2010. A Salutogenic Approach to Tackling Health Inequalities. I: MORGAN, A., DAVIES, M. & ZIGLIO, E. (red.) *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. New York: Springer.
- LOESER, J. D. & TREEDE, R. D. 2008. The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. *Pain*, 137, 473-7.
- MACKENBACH, J. P., STIRBU, I., ROSKAM, A. J. R., SCHAAP, M. M., MENVILLE, G., LEINSALU, M. & KUNST, A. E. 2008. Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The new England journal of medicine* 358, 2468-2481.
- MCBETH, J. & JONES, K. 2007. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21, 403-425.

- NILSSON, B., HOLMGREN, L. & WESTMAN, G. 2000. Sense of coherence in different stages of health and diseases in northern Sweden. Gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 14-20.
- NILSSON, K. W., LEPPERT, J., SIMONSSON, B. & STARRIN, B. 2010. Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. *Journal Epidemiology and Community Health*, 64, 347-352.
- POPPIUS, E., TENKANEN, L., HAKAMA, M., KALIMO, R. & PITKÄNEN, T. 2003. The sense of coherence, occupation and all-cause mortality in the Helsinki Heart Study. *European journal of epidemiology*, 18, 389-393.
- PORTNEY, L. G. & WATKINS, M. P. 2009. *Foundations of clinical research. Applications to practice*, New Jersey, Pearson Prentice Hall.
- RAMBERG, A. 2008. *Langtidssykemeldte med kronisk smerte i muskel-skjelett-systemet: mestringsressurser og arbeidsdeltakelse*. NTNU.
- ROOS, E., LAHELMA, E., SAASTAMOINEN, P. & ELSTAD, J. I. 2005. The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 250-260.
- SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATET 2005. *Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*, Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- ST. MELD. NR. 16 2002-2003. *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*, Helsedepartementet.
- ST. MELD. NR. 20 2006-2007. *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, Helse- og omsorgsdepartementet.
- SUND, E. R. & KROKSTAD, S. 2005. *Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt*, Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- SUOMINEN, S., HELENIUS, H., BLOMBERG, H., UUTELA, A. & KOSKENVUO, M. 2001. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of psychosomatic research*, 50, 77-86.
- SVARTVIK, L., LIDFELDT, J., NERBRAND, C., SAMSIOE, G., SCHERSTÉN, B. & NILSSON, P. 2000. Dyslipidaemia and impaired well-being in middle-aged women reporting low Sense of Coherence. The Women's Health in the Lund Area (WHLA) Study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 177.
- TELLNES, G. 2007. Salutogenese - hva er det? *Michael*, 4, 144-149.

VOLANEN, S.-M., LAHELMA, E., SILVENTOINEN, K. & SOUMINEN, S. 2004. Factors contributing to sense of coherence among men and women. *European Journal of Public Health*, 14, 322-330.

WILKINSON, R. G. & PICKETT, K. E. 2006. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62, 1768-1784.

Vedlegg 1

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK nord

Til:

Monica Lillefjell
monica.lillefjell@hist.no

hans-jorgen.leksen@hist.no

Dokumentreferanse: 2010/2961-4

Dokumentdato: 16.12.2010

MÅLRETTEDE REHABILITERINGSTILTAK - INFORMASJON OM VEDTAK

Komiteen behandlet søknaden i møte 02.12.2010. I referatet heter det:

Prosjektleders prosjekttale:

Det er en uttalt politisk målsetning i Norge å gjøre det som er mulig for å bistå personer med nedsatt funksjonsevne til arbeidsdeltakelse. Allikevel utgjør personer med muskel- og skjelettlidelser en av de største gruppene når man ser på sykefravær og uførhet (St.meld.nr.9 2006-2007). Forskning viser at forhold hos individet alene, sjelden forklarer sykefravær, men at sykefravær og tilbakeføring til arbeid foregår i samspillet mellom individet og omgivelsene (Krokstad & Westin, 2004).

Fraværsfaktorene i arbeidslivet er også vist å ikke nødvendigvis være de samme som de som fremmer nærvær og arbeidsdeltakelse (Mackenbach, Van Den Bos, Van De Mheen, Stronks, 1994; Lindberg, Josephson, Alfredsson, & Vingård, 2006; Lillefjell, 2008). Formålet med forskningsprosjektet er å frembringe kunnskap om fravær og nærversfaktorer for utvikling av mer målrettede tiltak for tilbakeføring til arbeid av langtidssykemeldte med muskel- og skjelettlidelser.

Komiteens merknad:

Dette er en registerstudie med utgangspunkt i Friskgårdens databank og pasientjournal basert på tidligere avgitt samtykke.

Vedtak :

Med hjemmel i helseforskningsloven §10 og forskningsetikkloven §4 godkjennes prosjektet

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er vesentlige, må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at det sendes ny søknad.

Det forutsettes at forskningsdata oppbevares forskriftsmessig.

Godkjennelsen gjelder til 30.04.2013

Prosjektleder skal sende sluttmelding i henhold til helseforskningsloven § 12.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Nord. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Beate Solbakken
førstekonsulent

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK,
NORD-NORGE
REK NORD**

Besøksadresse: TANN-bygget, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø
telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon ekspedisjon 77620758
e-post: post@helseforskning.etikkom.no



Frisknett AS
Stod

7717 STEINKJER

Deres referanse

Vår referanse (bes oppgitt ved svar)
09/00017-3 /MHN

Dato

1. september 2009

Konsesjon til behandling av personopplysninger - Frisknett AS

Datatilsynet viser til Deres søknad av 5. januar 2009, om konsesjon til å behandle personopplysninger.

Søknaden gjelder etablering av Friskgården databank. Formålet med etablering av databanken er å innhente og systematisere opplysninger om voksne menneskers funksjon og arbeidsevne, samt å tilgjengeliggjøre opplysningene for forskning. Personopplysningene innhentes fra den registrerte selv, ved at vedkommende fyller ut et egenkartleggingsskjema. Registrering er basert på et samtykke fra den registrerte. En oppdatert oversikt over hvilke prosjekter som behandler opplysninger fra datamaterialet, (herunder behandlingsansvarlig for prosjektet, samt formålet med det), skal til enhver tid finnes på Friskgårdens nettsider. Opplysningene skal behandles aidentifisert.

Datatilsynet har vurdert søknaden og gir Dem med hjemmel i personopplysningslovens § 33, jf. § 34, konsesjon til å behandle personopplysninger til det ovennevnte formål.

Behandlingsansvarlig er Frisknett AS ved øverste leder. Gjennomføringen av det daglige ansvaret kan delegeres.

Konsesjonen er gitt under forutsetning av at behandlingen foretas i henhold til søknaden og de bestemmelser som følger av personopplysningsloven med forskrifter.

Det forutsettes videre at det foretas en konkret vurdering av hvorvidt det vil foreligge melde- og/eller konsesjonspliktig til REK og/eller Datatilsynet, ved bruk av datamaterialet til forskning.

Dersom det skjer endringer i behandlingen i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må dette fremmes i ny konsesjonssøknad.

I medhold av personopplysningslovens § 35, fastsettes i tillegg følgende vilkår for behandlingen:

1. Den behandlingsansvarlige skal hvert tredje år sende Datatilsynet bekreftelse på at behandlingen skjer i overensstemmelse med søknaden og personopplysningslovens regler.

Datatilsynet tar forbehold om at konsesjonen kan bli trukket tilbake eller at nye og endrede vilkår kan bli gitt dersom dette er nødvendig ut fra personvern hensyn.

Dette vedtak kan påklages til Personvernemnda i medhold av forvaltningslovens kapittel IV. Eventuell klage må sendes til Datatilsynet senest tre uker etter mottaket av dette brev.

Med hilsen


Cecilie L. B. Rønnevik
seniorrådgiver


Mari Hersoug Nedberg
rådgiver

FRISKGÅRDEN DATABANK

Hva er Friskgården databank ?

Friskgården databank er en databasert samling av opplysninger som er samlet inn fra alle friskgårdene i Norge. Opplysningene kan ikke lenger knyttes til enkeltpersoner. Hensikten med en slik databank er å systematisere opplysninger som i neste omgang kan bidra til forskning og kunnskap om problemstillinger som samfunnet ikke har tilfredsstillende kunnskap om.

Forskningsdatabanken har godkjent konsesjon fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som sørger for at personopplysninger behandles i tråd med gjeldende krav til personvern.

Skal det stå noe om tidsperspektiv på hvor lenge data skal oppbevares ?

Forskning

Når forskerne får data fra databanken er navn, fødselsnummer og andre kjennetegn fjernet, slik at de ikke kan vite hvem som har gitt opplysningene.

Forskningsarbeid kan bidra til økt kunnskap omkring noen av våre største folkehelseproblemer - smerter i muskel-skjelett-systemet, utbrenthetsproblematikk og lettere psykiske lidelser (sammensatte lidelser) og ulike forhold omkring dette. Eksempler på forskningsområder kan være:

- * forebygging
- * behandling
- * rehabilitering
- * læring og mestring
- * kvalifisering
- * velferd
- * livskvalitet
- * arbeidsliv

Hvem samarbeider Friskgården med i forskningsarbeidet ?

I arbeidet med kunnskapsutvikling jobber Friskgården for å legge til rette for samarbeid med større utdannings-og forskningsinstitusjoner.

Hvem kan delta og hva innebærer deltakelse

Vi ber om å få benytte informasjon fra allerede utfylt kartleggingsskjema. Disse opplysningene aidentifiseres og legges inn i datafiler for senere statistisk behandling.

Frivillighet og samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet ”Friskgården databank”. Hver deltaker må gi et skriftlig samtykke for at opplysningene skal kunne brukes til forskning.

Du kan når som helst etter undersøkelsen trekke tilbake ditt samtykke og be om at data om deg slettes. Hvis du skulle ønske det tar du kontakt med veileder på Friskgården som du tidligere har hatt tilbud på.

Personvern og sikkerhet

Du kan være trygg på at informasjon som du gir samtykke til at prosjektet kan benytte, vil bli behandlet med respekt for personvern og privatliv og i samsvar med lover og forskrifter.

Forskere som senere skal bruke opplysningene, har ikke tilgang til navn, fødselsdato eller personnummer. Alle medarbeidere i prosjektet har tauhetsplikt.

Etisk godkjenning

Alle forskningsprosjekter skal godkjennes av etisk komité. Komitéen er et frittstående organ som sikrer at de etiske sidene ved forskningsprosjekter blir vurdert. Alle framtidige forskningsprosjekter som benytter data for Friskgården databank, skal godkjennes.

Sammenstilling med andre registre

For spesielle forskningsprosjekter kan det være aktuelt å sammenstille data fra forskningsdatabanken med andre offentlige registre, for eksempel HUNT, NAV og ulike registre ved Statistisk Sentralbyrå (SSB), for eksempel data om befolkning, utdanning, inntekt, offentlige ytelser, yrkesdeltakelse og andre forhold som kan ha betydning for helse og velferd. Alle slike sammenstillinger krever samtykke og/eller forhåndsgodkjenning av de offentlige instanser loven krever, for eksempel Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Datatilsynet eller NAV. All informasjon vil bli behandlet med respekt for personvern og privatliv, og i samsvar med lover og forskrifter. Ingen av forskerne verken skal eller kan vite hvem som har gitt opplysningene.

Samtykke til bruk av opplysninger i forskning

Jeg har lest informasjonen og har hatt anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker i å delta i prosjektet.

Sted:

Dato:

Underskrift:

PASIENTSKJEMA

Funksjonsmåling (COOP/WONCA)






Norsk bearbeidelse: Prof. B.G. Bentsen
 Institutt for allmenntilstand og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo

For å kunne følge din generelle helsetilstand før, under og etter en behandling trenger vi å vite "hvordan du har det". Det kan måles ved hjelp av svarene på noen enkle spørsmål. Vi ber deg derfor å svare på de seks spørsmålene på de seks skjemaene (A) til (F) nedenfor.

Du ser seks skjemaer som har som mål å angi din fysiske, psykiske og sosiale tilstand. Skjemaene besvares ved på hvert enkelt skjema å slå en ring rundt det tallet til høyre for tegningen som best beskriver din nåværende situasjon.

F. SAMLET HELSETILSTAND

De siste 2 uker...
 Hvorledes vil du vurdere din egen helse,
 fysisk og psykisk i allminnlighet?

Svært god		1
God		2
Verken god eller dårlig		3
Dårlig		4
Meget dårlig		5

Vedlegg 5

SOC-13 (OAS - Opplevelsen av sammenheng) spørreskjema – 13 punkts versjon.

Her er en serie med spørsmål som omhandler ulike aspekter i livet vårt. Hvert spørsmål har 7 ulike svaralternativer. Vennligst merk av det nummeret som uttrykker ditt svaralternativ. Nummerene 1 og 7 er ytterpunktene av svaralternativene på aksene. Hvis ordene under 1 er rett for deg, sett kryss i nummer 1. Hvis ordene under 7 er rett for deg, sett kryss i nummer 7. Hvis du føler det annerledes, sett kryss på det nummeret mellom 1 og 7 som best beskriver det du føler. Vennligst gi bare ett svar på hvert spørsmål.

5.1 Opplever du at du er likegyldig til det som skjer i omgivelsene dine?

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

veldig sjelden
eller aldri

veldig
ofte

5.2 Har du opplevd at du er blitt overrasket over oppførselen hos personer du trodde du kjente godt?

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

det har aldri
hendt

det hender
alltid

5.3 Har det hendt at personer du stoler på har skuffet deg?

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

det har aldri
hendt

det hender
alltid

5.4 Inntil nå har livet mitt:

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

vært helt
uten mål
og mening

hatt mål og
mening

5.5 Føler du deg urettferdig behandlet?

1 2 3 4 5 6 7

veldig ofte

veldig sjelden
eller aldri

5.6 Opplever du ofte at du er i en uvant situasjon og at du er usikker på hva du skal gjøre?

1 2 3 4 5 6 7

veldig ofte

veldig sjelden
eller aldri

5.7 Er dine dagligdagse aktiviteter en kilde til:

1 2 3 4 5 6 7

glede og
tilfredsstillelse

smerte og
kjedsommelighet

5.8 Har du veldig motstridende tanker og følelser?

1 2 3 4 5 6 7

veldig ofte

veldig sjelden
eller aldri

5.9 Skjer det at du har følelser som du helst ikke vil føle?

1 2 3 4 5 6 7

veldig ofte

veldig sjelden
eller aldri

5.10 Selv mennesker med sterk personlighet føler seg som tapere innimellom.

Hvor ofte føler du deg slik?

1 2 3 4 5 6 7

aldri

veldig ofte

5.11 Hvor ofte opplever du at du over eller undervurderer betydningen av noe som skjer?

1 2 3 4 5 6 7

du over eller
undervurderer
det som skjer

du ser saken
i rett sammenheng

5.12 Hvor ofte føler du at de tingene du foretar deg i hverdagen er meningsløse?

1 2 3 4 5 6 7

veldig ofte

veldig sjelden
eller aldri

5.13 Hvor ofte har du følelser du ikke er sikker på at du kan kontrollere?

1 2 3 4 5 6 7

veldig ofte

veldig sjelden
eller aldri