

Marit Sommerseth

**Hva kjennetegner langtidssykemeldte med høy angst og depresjon som
mestrer overgangen fra rehabilitering tilbake til arbeidslivet?**

En kvantitativ tverrsnittsstudie.

Trondheim, mai 2014

Masteroppgave i helsevitenskap

Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet, NTNU

FORORD

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

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder Monica Lillefjell for konstruktive råd, gode tilbakemeldinger og stor tålmodighet, som har gjort arbeidsprosessen mer produktiv. Dine innspill har vært uvurderlige.

Jeg vil også takke Arnhild og Aud ved rehabiliteringstilbudet, Friskgården, for positiv imøtekommelse samt utlån av Databank, FriskData, som gjorde akkurat denne studien mulig.

En hjertelig takk går til min kjære Aleksander, min familie og gode venner for deres støtte, tålmodighet og oppmuntring gjennom mastergradsprosessen. En ekstra takk til Jarle Nermark, som har vært til uvurderlig hjelp gjennom hele mastergradforløpet.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Depresjon og angst er en vesentlig årsak til et stort og økende sykefravær. Både individuelle og mangfoldige faktorer er av betydning for om langtidssykemeldte med høyt angst- og depresjonsnivå vender tilbake i jobb. Hensikten med denne oppgaven var å identifisere hva som kjennetegner langtidssykemeldte med høyt angst- og depresjonsnivå som mestrer overgangen tilbake til arbeidslivet.

Metode: Oppgaven bygger på registerdata fra et rehabiliteringsprogram i Midt-Norge. Det er anvendt kvantitative tverrsnittsdata ved endt rehabilitering. Totalt ble 430 langtidssykemeldte med høyt angst- og depresjonsnivå, som hadde deltatt i et 57-ukers tverrfaglig rehabiliteringsprogram inkludert. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ble anvendt for å selektere respondenter med angst- og depresjonsnivå ≥ 8 . Deltakerne ble inndelt i to grupper; de som var ”på vei inn/i” arbeid (ARB) (n=268) og ”på vei ut/ikke i” arbeid (ikke-ARB) (n=162). Gruppene ble sammenlignet på bakgrunns- og funksjonsvariabler. Ulike aspekter av fungering (smerte, kognitiv funksjon, personlige egenskaper og restitusjon) ble målt ved enkeltpørsmål fra VAS-skalaer, og ved den validerte COOP/WONCA -skalaen. Opplevelsen av sammenheng (OAS) skalaen ble anvendt som et mål på deltakernes mestringsressurser.

Resultater: Det var ingen forskjeller mellom ARB og ikke-ARB på alder, kjønn, utdanning, opplevelsen av tilstrekkelig med venner, hyppighet av deltakelse i foreningsvirksomhet, røyking, medikamentbruk, alkoholforbruk, kognitiv funksjon, personlige egenskaper, restitusjon, følelsesmessige problemer, daglige og sosiale aktiviteter, bedre eller dårligere helse, samlet helsetilstand eller OAS. Alderen til respondentene i ARB- og ikke-ARB-gruppen varierte fra 23-57 år. Begge gruppene angir svak OAS. Det ble imidlertid funnet signifikant forskjell mellom gruppene hvor ARB kjennetegnes ved type arbeid ($p < 0.001$), lavere stillingsstørrelse ($p < 0.001$), mer turnusarbeid ($p < 0.05$), flere venner ($p < 0.05$), mer smerte ($p < 0.05$), de plages mer av de fysiske smertene ($p < 0.01$), anser seg selv som mindre verdifull ($p < 0.05$), mindre energi ($p < 0.05$), dårligere søvnkvalitet ($p < 0.01$) og dårligere fysisk form ($p < 0.01$) enn ikke-ARB-gruppen.

Konklusjon: ARB-gruppen rapporterer signifikant lavere fungering på en rekke funksjonsvariabler sammenlignet med ikke-ARB-gruppen. Longitudinelle studier er nødvendig for å få mer kunnskap om mekanismer som fremmer prosessen med å vende tilbake til arbeid blant mennesker med høyt angst- og depresjonsnivå.

ABSTRACT

Aim: Depression and anxiety are major causes of increased sick-leave. Both individual and multiple factors are of importance to the complexities of long-term sick-leave with high levels of anxiety and depression and return to work. The aim of this study is to identify the characteristics of employees on long-term sick-leave with high levels of anxiety and depression who are mastering the transition back to work.

Methods: The study is based on a register of data from a rehabilitation program in Norway. Quantitative cross-sectional data is applied from the end of the rehabilitation program. Included were 430 employees on long-term sick-leave with high anxiety and depression levels, who had participated in a 57 – week multidisciplinary rehabilitation program. The validated Hospital Anxiety and Depression Scale were used to select respondents with anxiety and depression levels ≥ 8 . The participants were divided into two groups; those who were "on the way in/in" work (WORK) (n=268), and "on the way out/not in" work (non-WORK) (n=162). Different aspects of physical functioning (pain, cognitive function, personal characteristics and restitution) were measured with single-item visual analog scales, and physical fitness was measured with the validated COOP/WONCA charts. The Sense of Coherence (SOC) scale was used to measure the participants' coping resources.

Results: There were no differences between the ARB- and non-ARB- group regarding age, sex, education, the sense of having enough friends, frequency of participation in union activities, smoking, drug use, alcohol consumption, cognitive functioning, personal characteristics, sleep, emotional problems, daily and social activities, better or worse health, overall health condition or SOC. The respondents' age in the ARB- and non-ARB-group ranged from 23 to 57 years. Both groups reported a weak SOC. There were found significant differences between the groups, where the ARB group is characterized by the type of work ($p < 0.001$), lower position size ($p < 0.001$), more rota ($p < 0.05$), more friends ($p < 0.05$), more pain ($p < 0.05$), suffered more physical pain ($p < 0.01$), consider themselves as less valuable ($p < 0.05$), less energy ($p < 0.05$), poorer sleep quality ($p < 0.01$) and poorer physical condition ($p < 0.01$) than the non-ARB group.

Conclusion: The ARB-group reported significantly lower functioning in a variety of functional variables compared with the non-ARB-group. Longitudinal studies are needed to gain more knowledge about the mechanisms that promote the process of return to work among people with high anxiety and depression levels.

INNHALDSFORTEGNELSE

FIGUR- OG TABELLOVERSIKT.....	xiii
FORKORTELSER	xv
1 INTRODUKSJON	1
1.1 Tematisk bakgrunn.....	1
1.2 Forskningsspørsmål	3
1.3 Begrepsavklaring	4
2 TEORETISK OG EMPIRISK REFERANSERAMME	7
2.1 Salutogenese.....	7
2.1.1 Generelle motstandsressurser	9
2.1.2 Opplevelsen av sammenheng.....	10
2.2 Arbeid, angst, depresjon og opplevelse av sammenheng.....	12
3 METODE	21
3.1 Design.....	21
3.1.1 Kvantitativ metode og tverrsnittstudie.....	21
3.1.2 Litteratursøk	22
3.2 Utvalg	23
3.3 Rehabiliteringstilbudet.....	24
3.4 Variabler og måleinstrumenter.....	24
3.4.1 Sosiodemografiske variabler.....	25
3.4.2 Hospital Anxiety and Depression Scale.....	26
3.4.3 Arbeid	27
3.4.4 Opplevelse av sammenheng.....	28
3.4.5 COOP/WONCA.....	29
3.4.6 Visuell Analog Skala.....	29
3.5 Databehandling og statistisk metode.....	31
3.5.1 Analyser	31
3.6 Forskningsetiske betraktninger	32
4 RESULTAT	33
4.1 Individkarakteristikk.....	33
4.2 Atferdskarakteristika	36
4.3 Funksjonskarakteristika – VAS	38
4.4 Funksjonskarakteristika	40
5 DISKUSJON.....	43
5.1 Hvem er de langtidssykemeldte som vender tilbake til arbeidslivet?	44

5.2 Metodediskusjon.....	51
6 KONKLUSJON.....	53
REFERANSELISTE.....	55

VEDLEGG 1: Godkjenning fra regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk	s. 69
VEDLEGG 2: Konsesjon til etablering av databank	s. 71
VEDLEGG 3: Hospital Anxiety and Depression Scale	s. 73
VEDLEGG 4: Opplevelse av sammenheng spørreskjema.....	s. 75
VEDLEGG 5: COOP/WONKA	s. 79

FIGUR- OG TABELLOVERSIKT

- FIGUR 1: ”Helse i livets elv”. Tegning: Bengt Lindström, grafikk: Jonas Jernström, <http://salutogenesis.fi> s. 8
- TABELL 1: Individkarakteristika hos langtidssykemeldte med HADS ≥ 8 som kom tilbake til arbeid (ARB) sammenlignet med de som ikke kom tilbake til arbeid (ikke-ARB) ved endt rehabilitering s. 35
- TABELL 2: Atferdskarakteristika hos langtidssykemeldte med HADS ≥ 8 som kom tilbake til arbeid (ARB) sammenlignet med de som ikke kom tilbake til arbeid (ikke-ARB) ved endt rehabilitering s. 37
- TABELL 3: Funksjonskarakteristika – VAS hos langtidssykemeldte med HADS ≥ 8 som kom tilbake til arbeid (ARB) sammenlignet med de som ikke kom tilbake til arbeid (ikke-ARB) ved endt rehabilitering s. 39
- TABELL 4: Funksjonskarakteristika hos langtidssykemeldte med HADS ≥ 8 hos de som kom tilbake til arbeid (ARB) og de som ikke kom tilbake til arbeid (ikke-ARB) ved endt rehabilitering s. 41

FORKORTELSER

HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
OAS	Opplevelsen av Sammenheng
GMR	Generelle motstandsressurser
COOP/WONCA	Functional Health Status-COOP/WONCA Charts
VAS	Visual analog skala
ARB	”på vei inn/i” arbeid
Ikke-ARB	”på vei ut/ikke i” arbeid
M	Mean / Gjennomsnitt
SD	Standardavvik
n	Antall
WHO	World Health Organization
NAV	Ny arbeids- og velferdsforvaltning

1 INTRODUKSJON

1.1 Tematisk bakgrunn

Psykiske helseproblemer utgjør en betydelig del av langvarig sykdom på verdensbasis (Prince et al., 2007; Lindström & Eriksson, 2010). Angst og depresjon er de vanligste psykiske lidelsene, og er en vesentlig årsak til et stort og økende sykefravær i de fleste vestlige land (Wedegaertner et al., 2013). Forholdet mellom angst og depresjon er komplekst, og det vises til en overlapping mellom tilstandene (Gramstad & Hessen, 2008). Sammen er angst og depresjon den viktigste årsaken til arbeidsfravær (Nes & Clench-Aas, 2011) og økende arbeidsuførhet også i Norge (Aagestad, Sterud & Tynes, 2009). Hvis man først faller utenfor arbeidslivet er det mange barrierer for å komme seg tilbake i jobb. Med den påvirkningen psykiske lidelser har på kognitiv, emosjonell og sosial fungering, vil mennesker med psykiske helseproblemer kunne møte store utfordringer i arbeidslivet (Folkehelseinstituttet, 2012).

I Norge utgjør forekomsten av depresjon 26% av sykefraværet blant personer som har vært utenfor arbeidslivet i inntil ett år. Forekomsten er på hele 42% for de som har vært utenfor arbeidslivet mellom to og tre år. Man ser også en økning av sykefraværet på grunn av forekomst av angst (Aagestad et al., 2009). Knudsen, Harvey, Mykletun og Øverland (2013) fant at angst alene er en sterkere risikofaktor for langvarig og hyppig sykefravær, enn depresjon alene.

WHO betegner depresjon som vår tids viktigste folkesykdom og nevner at samfunnskostnadene kan være opp mot 44 milliarder kroner i året (Nes & Clench-Aas, 2011). Ekman, Granström, Omérov, Jacob og Landen (2013) fant i en svensk studie at kostnadene var høyere enn tidligere rapportert, og var sterkt knyttet til antallet sykehusinnleggelser, depressive episoder og lavt funksjonsnivå. Ved siden av samfunnsøkonomiske konsekvenser vil sannsynligvis tilgang på arbeid virke forebyggende på psykiske lidelser som depresjon, noe som igjen er funnet å påvirke livskvaliteten (Dunn, Wewiorski & Rogers, 2008).

De fleste studier har tidligere fokusert på å identifisere prediktorer for å bli symptomfri, spesielt når det gjelder høyt depresjonsnivå og tilbakevending til arbeid (Holma, Holma,

Melartin, Rytsälä & Isometsä, 2008; Riedel et al., 2011). Selv om flere studier har funnet en sammenheng mellom diagnostiske faktorer og en rekke negative utfall som frafall i arbeidslivet (Druss, Schlesinger & Allen, 2001; Sorvaniemi, Helenius & Salokangas, 2003), tyder forskning på at de diagnostiske faktorene alene ikke tilstrekkelig kan forutsi hvem som vil komme tilbake i arbeid (Lagerveld et al., 2010). En studie fant at diagnostiske faktorer for depresjon bare forklarte 10% av variasjonen i sykefraværet (van der Werff, Verboom, Pennix, Nolen & Ormel, 2010). Det tyder på at andre ikke-diagnostiske kjennetegn spiller en rolle for å komme tilbake til arbeid blant sykmeldte med depresjon. Tatt i betraktning at høyt nivå av depresjon og angst er assosiert med lengre varighet av sykefravær sammenlignet med andre vanlige psykiske lidelser (Nielsen et al., 2012), og er en av de viktigste årsakene til uførepensjon i dag, er det viktig å få mer kunnskap om langsiktige utfall ved å komme tilbake til jobb (Hees, Koeter & Schene, 2012).

I Norge er det et viktig politisk mål å redusere sykefravær og uførhet. Dette arbeidet har siden 2001 blitt regulert gjennom en intervensjon iverksatt av myndighetene gjennom inkluderende arbeidsliv (IA)-programmet (Foss, 2012). Det overordnede målet er å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefraværet og hindre utstøtning og frafall i arbeidslivet (Arbeids- og sosialdepartementet, 2014). Tverrfaglige rehabiliteringsprogrammer er funnet å være effektive i å forbedre funksjon i form av redusert smerteintensitet, smerteopplevelse, angst og depresjon, og dermed bedre arbeidsevne hos personer med angst og depresjon (Lillefjell, Krokstad & Espnes, 2006; Lillefjell & Jakobsen, 2007).

I forbindelse med Ottawa-konvensjonen formulerte WHO i 1986 en ny definisjon av helse, med fokus på helsefremming. Helse ble forklart som et positivt aspekt i dagliglivet som inkluderer sosiale, personlige og fysiske ressurser (WHO, 2013). Helse- og omsorgsdepartementet (2010) angir at det å ha arbeid i seg selv er en viktig helsefremmende og forebyggende faktor, blant annet fordi arbeid øker individets materielle, kulturelle og sosiale ressurser. I tillegg blir arbeid ofte sett på som en meningsfull oppgave av betydning for helsen (Wilcock, 1993; 1999).

Antonovsky (1987) beskriver helse som et kontinuum – grader av helse. Bruken av personlige og kollektive motstandsressurser, som kan fremme individets evne til å mestre spenning i krevende situasjoner vektlegges (Antonovsky, 1987). Dette er et hensiktsmessig perspektiv når man skal legge til rette for at personer med høyt angst- og depresjonsnivå skal mestre

overgangen fra langtidssykefravær tilbake til arbeid. Vi trenger med andre ord kunnskap om hva som kjennetegner de som mestrer overgangen tilbake til arbeid (Hees et al., 2012). Man vet i dag at alder (Mykletun, Stordal & Dahl, 2001), kjønn, sivilstatus, utdanning (Nielsen et al., 2012), hvilken type arbeid (Stansfeld, Head, Rasul, Singleton & Lee, 2003; Salo et al., 2010; Ervasti et al., 2013), sosialt liv (Grav et al., 2012), røykevaner, medikamentbruk (Haslam, Brown, Hastings & Haslam, 2003), alkoholforbruk (Thomas, Randall & Carrigan, 2003), smerteopplevelse (Knudsen et al., 2013), søvn (Sivertsen, Krokstad, Øverland & Mykletun, 2009), holdninger (Glozier, Hough, Henderson & Holland-Elliott, 2006) fysisk funksjon (Lagerveld et al., 2010; Ernsten & Lillefjell, 2014) og opplevelse av sammenheng (Snekkevik, Stanghelle & Fugl-Meyer, 2003; Urakawa, Yokoyama & Itoh, 2012) har betydning for om langtidssykemeldte med angst og depresjon vender tilbake til arbeid. Til tross for at man vet mye om sammenhengene mellom angst, depresjon og faktorer som har betydning for tilbakeføring til arbeid, er kunnskap om de med spesielt høyt angst- og depresjonsnivå (HADS > 8) fortsatt mangelfull (Hees et al., 2012; Knudsen et al., 2013).

1.2 Forskningsspørsmål

Andelen voksne som er sykemeldte på grunn av angst og/eller depresjon er økende. Forståelsen og forklaringen på hvorfor så mange med denne type lidelse ikke kommer tilbake i arbeid er imidlertid mangelfull (Hees et al., 2012). For å oppnå myndighetenes mål om at personer med ulike former for mentale lidelser, herunder angst og depresjon, ikke skal miste sin tilknytning til arbeidslivet, og for at de som står utenfor, skal ha mulighet for å bli en del av arbeidslivet (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, 2007-2012), er det behov for mer kunnskap om hva som karakteriserer sykemeldte personer med høy nivå av angst eller depresjon. Det vil være av betydning for videreutvikling samt iverksettelse av målrettede tiltak. Oppgavens hensikt er derfor å kartlegge: *Hva kjennetegner langtidssykemeldte med høy angst og depresjon, som mestrer overgangen fra rehabilitering tilbake til arbeidslivet?*

Oppgaven er gjennomført i samarbeid med et privat rehabiliteringstilbud etablert i Midt-Norge. Rehabiliteringstilbudet tilbyr multidisiplinær rehabilitering for sykemeldte med sammensatte helseproblemer som angst og depresjon, samt kroniske smertetilstander.

Rehabiliteringstilbudet er utviklet i tråd med et salutogent helseperspektiv hvor fokus på å identifisere og ta i bruk mestringsressurser er sentralt (Antonovsky, 1987).

1.3 Begrepsavklaring

Psykiske lidelser

I følge Folkehelseinstituttet (2013) anvendes begrepet psykiske plager om tilstander som oppleves belastende, men ikke i så stor grad kan karakteriseres som diagnoser. Videre brukes betegnelsen psykiske lidelser når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Følgelig vil begrepene bli anvendt i oppgaven. Komorbide lidelser blir nevnt gjennom empiriske funn, som forstås som flere ulike lidelser samtidig hos samme person (Langballe & Evensen, 2011).

Depresjon

WHO (2012) definerer depresjon som en vanlig psykisk lidelse, preget av sorg, tap av interesse eller glede, følelser av skyld eller lav selvverd, forstyrret søvn eller appetitt, følelse av tretthet og dårlig konsentrasjon. Depresjon kan være langvarig og/eller tilbakevendende, samt betraktelig svekke en persons evne til å fungere i jobbsammenheng, eller til å takle dagliglivet (WHO, 2012).

Angst

Angst er nært beslektet depresjon. Diagnosene er ofte et delsymptom av hverandre, hvor den ene diagnosen opptrer i forbindelse med den andre. Angst består av et bredt spekter av følelser, fra engstelse og uro til redsel og panikk. Angsten følges av kroppslige symptomer som pustevansker, hjertebank, svette, svimmelhet, illebefinnende, samt symptomer på spenninger i muskulaturen, for eksempel i form av skjelvninger og rastløshet (Martinsen & Taube, 2009). Angst er ikke et problem bare fordi den er ubehagelig, men i tillegg kan den forstyrre evnen til velfungering (Espnes & Smedslund, 2012). I tillegg er sårbarheten for å få angst og/eller depresjon funnet å være arvelig betinget (Folkehelseinstituttet, 2014).

Mestring

Mestring forstås og benyttes i denne oppgaven i tråd med Antonovsky sin teori om motstandsressurser og opplevelse av sammenheng (OAS) (Antonovsky, 1979). OAS kan betraktes som en mestringsressurs som gir muligheten til å velge ulike strategier for å løse ulike problemer eller for å takle livshendelser (Lindström & Eriksson, 2010).

Arbeid og sykefravær

Etter 8 uker skal NAV og sykemelder vurdere om den sykemeldte er i stand til å være delvis i arbeid, eventuelt med tilrettelegging på arbeidsplassen. Lege eller sykemelder skal senest etter 8 uker skrive en utvidet legeerklæring, hvor det gis en nærmere redegjørelse for medisinske årsaker, dersom den sykemeldte hindres til arbeidsrelatert aktivitet. Videre vurderer NAV behovet for oppfølging (NAV, 2014). Sykefravær ≥ 8 uker er ansett som utgangspunktet for langtidssykefravær i Norge. Langtidssykefravær forstås også slik i oppgaven.

2 TEORETISK OG EMPIRISK REFERANSERAMME

For å belyse problemstillingen med fokus på hva som kjennetegner langtidssykemeldte med angst og depresjon som mestrer overgangen til arbeid, er det tatt utgangspunkt i Antonovsky (1987) sin teori hvor ressurser for helse og helsefremmende prosesser er sentralt. I tillegg presenteres empiri som omhandler langtidssykemeldte med angst og/eller depresjon, samt faktorer relatert til å vende tilbake til arbeidslivet.

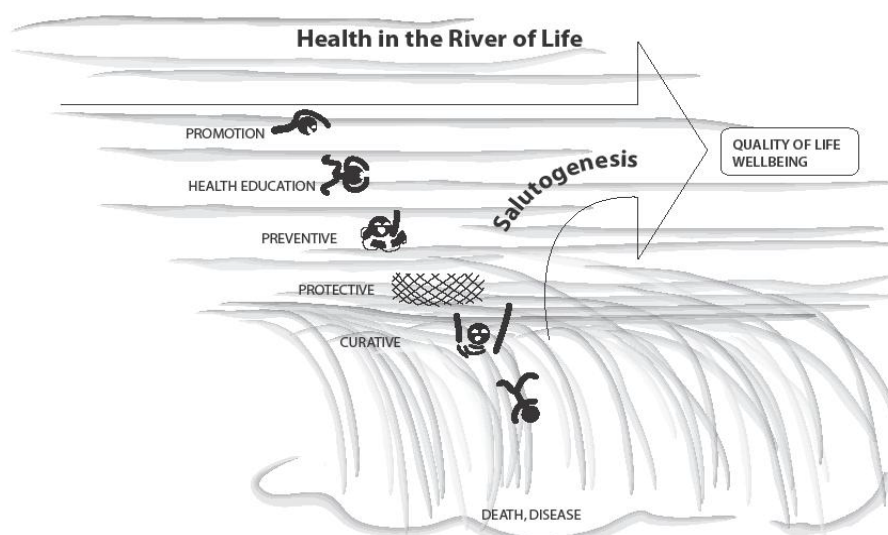
2.1 Salutogenese

I 1970 arbeidet den amerikansk-israelske, medisinske sosiologen Aron Antonovsky med et epidemiologisk studium, om tilpasning til overgangsalderen blant kvinner fra ulike etniske grupper i Israel. En av gruppene Antonovsky hadde intervjuet bestod av kvinner som hadde overlevd opphold i konsentrasjonsleirer under andre verdenskrig. Sammenlignet med kontrollgruppen, ble de fleste av disse kvinnene rammet mye hardere av stress og gjennomgikk flere symptomer relatert til menopausen. Men til Antonovsky sin forbauselse var det en liten gruppe kvinner som – til tross for deres ekstremt negative livserfaringer – levde et godt liv (Lindström & Eriksson, 2010; Antonovsky, 2012). Denne oppdagelsen var begynnelsen på utviklingen av en salutogen tilnærming på helse; fokus på hva som skaper grobunn for helse – salutogenese – framfor hva som gir sykdom – patogenese (Eriksson, 2007, Antonovsky, 2012). Salutogenese omfatter både individnivå, interaksjon mellom mennesker (gruppenivå), strukturer i samfunnet (samfunnsnivå) og sammenhengen mellom disse nivåene (Lindström & Eriksson, 2010).

Antonovsky (1987) sin teori tok opprinnelig utgangspunktet i stress – hvor stress ble sett på som en naturlig del av livet. I en patologisk tilnærming – som i biomedisin – blir stressorer ansett som risikofaktorer som destruerer ens helse, som man må forsøke å motarbeide og unngå. Teorien til Antonovsky definerer helse som et kontinuum – grader av helse, og fokuserer på ressurser til helse og helsefremmende prosesser (Antonovsky, 2012).

Antonovsky framstilte helsekontinuumet som en horisontal linje mellom ytterpunktene; totalt fravær av helse (H-) og total helse (H+), hvor alle til en hver tid befinner seg på dette helsekontinuumet. Grunnleggende i teorien er å vurdere helse som en posisjon på

kontinuumet, foran å klassifisere helse som god eller dårlig (Antonovsky, 2012). Antonovsky presiserte at kontinuumet samtidig kan inneholde sunne og usunne komponenter. Daglig blir vi utsatt for stressorer som må håndteres. Disse kan forstyrre vår posisjon på kontinuumet, følgelig opplever man et spenningsmoment (Antonovsky, 1987; Antonovsky 2012). Her er det to muligheter; enten overmanner stressorene oss og vi bryter sammen i den patogene retningen, eller så gjenvinner vi helsen og beveger oss mot helseenden av kontinuumet. Salutogenese forstår spenning og stressorer som potensielt helsefremmende avhengig av hvilke type stressorer det er, og om man suksessfullt mestrer å håndtere spenningen stressoren medfører (Eriksson, 2007; Antonovsky, 2012).



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

"Helse i livets elv" (Figur 1) symboliserer paradigmeskiftet som salutogenese og helsefremming representerer i forhold til medisin og folkehelse (Lindström & Eriksson, 2010). Illustrasjonen skildrer hvordan biomedisin fokuserer på medisinsk behandling og sykdomsforebygging; hvordan redde mennesker fra å drukne i elven. Derimot fokuserer folkehelse på forebygging og helsefremming (Eriksson, 2007). Det ultimate målet for helsefremmende aktiviteter er å tilrettelegge forutsetninger for et godt liv (Lindström & Eriksson, 2010). Antonovsky mente det ikke er tilstrekkelig å bygge broer eller gjerder

for å unngå at mennesker faller i elven (Eriksson, 2007). Den kontinuerlige fossen som strømmer nedover elven framstiller at uansett hvor man er i livet, vil det alltid være en mulighet for å møte risiko, sykdom og død. Elva – som livet – er full av risiki så vel som ressurser, hvor vårt utfall er basert på vår orientering og læring gjennom våre livserfaringer. Det vil derfor være av betydning å styrke evnen til å identifisere og anvende ressursene som er nødvendige for å forbedre våre muligheter for helse gjennom livet (Lindström & Eriksson, 2010). To konsepter er essensielle i den salutogene teorien (Antonovsky, 1979; 1987); opplevelse av sammenheng (OAS), og generelle motstandsressurser (GMR).

2. 1. 1 Generelle motstandsressurser

”Med unntak av stressfaktorer som er direkte ødeleggende for organismen, er det helsemessige utfallet uforutsigbart” (Antonovsky, 2012, s. 16). Antonovsky (2012) omtaler dette som mysteriet det salutogene perspektivet forsøker å avdekke. Framfor å fokusere på hvordan stressorer kan fjernes, mente Antonovsky (1984) man skulle stille spørsmål om hvordan vi kan lære og leve, og leve godt med stressorer – og om mulig – hvordan vi kan få stressorene til å bli en fordel for oss. Han besvarte dette spørsmålet med å introdusere begrepet generelle motstandsressurser (GMR) (Antonovsky, 2012). Lindström og Eriksson (2010) omtaler dette som ett av den salutogene teoriens nøkkelbegrep. GMR er ressurser som utvikles på bakgrunn av 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 (2012, s. 42) at GMR er ”preget av indre sammenheng, medbestemmelse og en balanse mellom over- og underbelastning”. Uavhengig av hvor man befinner seg på kontinuumet mellom total helse og totalt fravær av helse, vil et individs GMR ha betydning for hvorvidt man beveger seg i retning mot bedre helse eller i det minste 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 (Antonovsky, 1979; 1987; Lindström & Eriksson, 2005). En fersk studie

undersøkte effekten av genetiske og miljømessige faktorer på opplevelsen av sammenheng i ung voksen alder. Genetiske faktorer ble funnet viktige for opplevelsen av sammenheng, men genetisk påvirkning er mye større i støttende familiemiljø (Silventoinen et al., 2014). Med andre ord innebærer GMR alle forhold som gir effektiv beskyttelse mot en lang rekke stressfaktorer (Antonovsky, 2012).

2. 1. 2 Opplevelsen av sammenheng

Et annet nøkkelbegrep i den salutogene teorien er opplevelse av sammenheng (OAS) (Antonovsky, 1979; 1987; Lindström & Eriksson, 2010). OAS defineres som følgende:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i (Antonovsky, 2012, s. 41).

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. OAS er en klar definisjon av hva som utgjør en GMR, og gir forklaring og forståelse av hvordan noen ting kan fungere som en generell motstandsressurs (Antonovsky, 2012). Antonovsky (2012) understreker sin overbevisning om at OAS er avgjørende for at en person bevarer sin plassering på kontinuumet mellom helse og uhelse, og eventuelt beveger seg i retning av helse-enden.

Antonovsky utarbeidet et spørreskjema som gjør det mulig å måle et individ sin grad av OAS, hvor høy skåre innebærer at man har en sterk OAS (Antonovsky, 1987). GMR er et vesentlig element for å opprettholde og fremme en sterk OAS, og mennesker med sterk OAS vil kunne velge den mestringsstrategien som er mest fordelaktig for å håndtere stressorer man blir konfrontert med. Antonovsky identifiserer tre kjernekomponenter som former OAS: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 1987).

Tre kjernekomponenter

For personer som – i følge definisjonen – har en sterk OAS, vil kjernekomponentene være klart synlige (Antonovsky, 2012).

Med komponenten begripelighet henviste Antonovsky til i hvilken grad individet opplever at stimuli man utsettes for i det indre eller ytre miljø, er kognitivt forståelig, som velordnet, sammenhengende, strukturert og klar informasjon i stedet for støy – kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uventet, uforståelig. Mennesker som skårer høyt på opplevelse av begripelighet forventer at framtidig stimulans vedkommende blir utsatt for, er forutsigbar, og dersom den kommer uventet, vil den likevel kunne plasseres i en sammenheng og forklares (Antonovsky, 2012). Antonovsky (2012) poengterer at stimulansen individet utsettes for, nødvendigvis ikke er ønskelig. Begripelighet vektlegger det kognitive aspektet, formulert gjennom uttrykket ”en grunnfestet evne til å bedømme virkeligheten” (Antonovsky, 2012, s. 40).

Komponenten håndterbarhet, blir beskrevet som i hvilken grad individet opplever tilstrekkelig med ressurser til rådighet for å kunne takle kravene det blir stilt overfor av stimuliene det blir bombardert/utsatt/overhøvet med. Det kan være ressurser man selv har kontroll over, eller ressurser som kontrolleres av en legitim annen person som man har tillit til. Mennesker med en sterk opplevelse av håndterbarhet, opplever verken at de er ofre for omstendighetene eller at livet har behandlet dem urettferdig. Derimot er de i stand til å takle livet når det går i motbakke, bearbeide sorgen og komme seg videre (Antonovsky, 2012).

Meningsfullhet beskrives som den mest sentrale komponenten, på bakgrunn av dens motiverende element. Meningskomponenten omhandler i hvilken grad man opplever livet som forståelig rent følelsesmessig, at i det minste noen av tilværelsens problemer og krav er verd å bruke krefter på, at de er verd engasjementet og innsatsen, at de er utfordringer som enkelt kan møtes, og ikke belastninger som man helst ville vært foruten (Antonovsky, 2012). Med høy skåre på meningsfaktoren, er man tilbøyelig til å innføre struktur og å søke etter ressurser, som følgelig styrker de to andre komponentene, forståelighet og håndterbarhet (Lindström & Eriksson, 2010). Det understrekes at å skåre høyt på meningsfullhetsparameteret ikke betyr at vedkommende gleder seg over en nærstående sin død, eller å bli oppsagt. Derimot vil vedkommende villig ta utfordringen, og fast bestemt på å finne mening i den, yte sitt beste for å mestre den på en anstendig måte (Antonovsky, 2012).

De tre dimensjonene samhandler med hverandre, selv om meningsfullhet er den drivende kraft for liv/i livet (Antonovsky, 2012; Lindström & Eriksson, 2010). I følge Antonovsky (1993) anses OAS som en livsorientering, hvor sterk OAS ofte gjør at man tar valg som er positive for helseutfall. Med en sterk OAS er man i stand til å identifisere og aktivere flere ressurser når man trenger det. OAS kan betraktes som en mestringsressurs som gir muligheten til å velge ulike strategier for å løse forskjellige problemer eller for å takle livshendelser (Antonovsky, 1993; Lindström & Eriksson, 2010).

I henhold til utviklingen og stabiliteten ved OAS gjennom livet, trekker Antonovsky (1979) fram at OAS er en sentral faktor i menneskets personlighet. Han mente at individets OAS utvikler seg fram til ung voksen alder (Antonovsky, 1987), for og mer eller mindre stabilisere seg ved omtrent 30-årsalderen (Antonovsky & Sagy, 1986). Store endringer i individets tilværelse, for eksempel innen arbeid, helse- eller samlivsstatus, kan gi større forandringer i ens OAS (Antonovsky, 1979). Framfor å fokusere på individets diagnose, vektlegges deres historie, hvor mestringsevnen står sentralt (Langeland, 2009). Antonovsky (1987) påpekte at selv om store livshendelser påvirker individets OAS, skjer dette kun på midlertidig basis hvor man etter en stund returnerer tilbake til sin gjennomsnittlige OAS-status. Videre mente han at individer med sterk OAS har mer stabil OAS, enn individer med svak OAS, noe forskning bekrefter (Eriksson & Lindström, 2005; Nilsson, Leppert, Simonssen & Starrin, 2010). I samsvar med OAS sin endringsevne tyder forskning på at OAS også kan styrkes gjennom intervensjon (Höge & Büssing, 2004; Lillefjell & Jakobsen, 2007).

2.2 Arbeid, angst, depresjon og opplevelse av sammenheng

I følge Torp (2005) er arbeidslivet i dag preget av globalisering, privatisering, konkurranseutsetting og avregulering. Dette kan medføre økt konkurranse om arbeidsplassene, økende krav til omstillingsevne og økt arbeidsintensitet. Totalt kan disse kravene gi mindre rom for tilrettelegginger, noe som kan bidra til at terskelen inn i arbeidslivet blir høyere for personer med nedsatt funksjonsevne (Fløtten, 2007; Lillefjell, Jakobsen & Krokstad, 2010). For mennesker med nedsatt funksjonsevne, kan det å skulle tilpasse seg disse kravene være ekstra utfordrende. Mindre rom for tilrettelegging kan i verste fall føre til at personer med behov for fleksible løsninger, lettere utstøtes fra arbeidslivet og over i uføretrygd (Lillefjell, 2008). I følge Gravsett (2010) er sykefravær alltid arbeidsrelatert,

fordi arbeidsevnen gjelder den jobben man skal utføre. For mennesker med depresjon og angstlidelser oppstår mer enn halvparten av det tilhørende produktivitetstapet på arbeidsplassen. OAS er sterkt tilknyttet selvopplevd psykisk helse, og er sterkt negativt assosiert med angst og opplevd depresjon (Matsuura et al., 2003; Eriksson & Lindström, 2006). Angst og depresjon innebærer at man strever med overdrevne bekymringer eller frykt for både rasjonelle og irrasjonelle forhold (Sado et al., 2014).

En vanlig del av behandlingen av angst er å gradvis øke eksponeringen for det som bidrar til å utløse angsten, og trene på å unngå å utføre det angstreduserende ritualet (Foss, 2012). I følge Foss (2012) er den største utfordringen, samt det største forbedringspotensialet, knyttet til menneskene som har, eller er i ferd med å utvikle, psykiske plager uten at disse nødvendigvis er forårsaket av jobben. Både arbeidsuføre og arbeidsledige rapporterer høyere forekomst av nervøsitet, angst og rastløshet samt nedtrykthet og depresjon sammenlignet med gjennomsnittet av ikke-yrkesaktive (Aagestad, 2009). Blant alle med langtidssykefravær vil det være mange med angst og depresjon som står i fare for å falle ut av arbeidslivet fordi behandler og arbeidsgiver ikke nødvendigvis har tilstrekkelig kunnskap om ressurser og muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen (Foss, 2012).

Sosiodemografiske faktorer

En studie av Nielsen og medarbeidere (2012) viser at kjønn, utdanning, samboerskap, størrelse på arbeidsplassen, samt sysselsetting i utgangspunktet ikke predikerer tilbakeføring til arbeid blant mennesker med mentale lidelser som angst og depresjon. I studien til Urakawa og medarbeidere (2012) ble ekteskapet funnet å ha positiv virkning på angst og depresjon hos kvinnelige arbeidere, men omvendt assosiert med depresjon til mannlige arbeidere. Dette står i kontrast til en studie gjennomført i 23 europeiske land på kjønnsforskjeller i depresjon, som viste at ekteskapet førte til en lavere risiko for depresjon for begge kjønn (Velde, Bracke & Levecque, 2010). Sosiodemografiske faktorer kan være motstandsressurser, da de representerer karakteristika hos de langtidssykemeldte med høyt angst- og depresjonsnivå, som kan fremme mestring av stressorer (Antonovsky, 1979). Mykletun og medarbeidere (2001) fant at alder var den enkeltvariabelen med størst forklaringskraft på uførepensjon, og risikoen for uførepensjon var spesielt høy i aldersgruppen 55-66 år.

Holdningene til den enkelte – positiv eller negativ – kan også spille en rolle i om tilbakeføring til arbeid blir en suksess (Glozier et al., 2006). Faktorer som er interne for den enkelte, så vel som de som er eksterne, slik som jobbstress, arbeidsrelaterte spørsmål, og samhandling mellom helsepersonell har lenge vært anerkjent som viktige faktorer som bestemmer om man kommer tilbake i arbeid. Dette viser kompleksiteten i forholdet mellom interne og eksterne faktorer (Lillefjell & Jakobsen, 2007). I en systematisk gjennomgang av forhold tilknyttet arbeidsdeltakelse og arbeidsfunksjon av deprimerte arbeidere, fant Lagerveld og medarbeidere (2010) at arbeidsrelaterte og personlige faktorer sjeldent ble studert. Videre uttalte forfatterne at kunnskapshull eksisterer på prediktive faktorer i forhold til arbeidsdeltakelse og arbeidsfungering av deprimerte arbeidere. Disse resultatene illustrerer at prosessen med tilbakeføring til arbeid blant deprimerte ansatte er multifaktoriell, og ikke bare et resultat av for eksempel fysisk funksjon eller smerterelatert alvorlighetsgrad (Lagerveld et al., 2010; Ernstsen & Lillefjell, 2014).

Aagestad, Sterud og Tynes (2009) fant at ingen yrkesgrupper skiller seg nevneverdig ut fra gjennomsnittet når det gjelder psykiske lidelser. Videre så det ut til at psykiske lidelser var jevnt fordelt, uavhengig av det sist holdte yrke. Flo og medarbeidere (2011) fant derimot en tendens til at flere sykepleiere som hadde nattarbeid, hadde økt forekomst av depresjon. Videre fant de at fleksibilitet i forhold til døgnrytme var assosiert med mindre søvnløshet og beskyttet i tillegg mot angst over tid. På bakgrunn av finske registerdata om uførhetstrygd undersøkte Ervasti og medarbeidere (2013) om arbeidsuførhet forårsaket depresjon. I studien fant man blant annet at arbeidstakere med kun grunntidning kom senere tilbake til arbeid enn de med høyere utdanning. I tillegg var det det mindre vanlig å vende tilbake til arbeid blant den høyeste yrkesposisjon, sammenlignet med respondentene som var håndverkere/hadde manuelt arbeid samt lavere yrkesposisjon (Ervasti et al., 2013). I samsvar fant en annen studie at utdanning utover grunnskolen var beskyttende mot uførepensjon, men med liten forskjell mellom utdanning på videregående i forhold til høyskolenivå (Mykletun et al., 2001). Dette er i motsetning til Stansfeld og medarbeidere (2003), som viser til høyere forekomst av psykiske lidelser blant lærere, selgere og ledere i statlige organisasjoner, og lavere forekomst i helseassosierte yrker (Stansfeld et al., 2003).

Andre kilder for rutinemessig innsamlede data har også vist lignende resultater; sykepleiere, lærere, velferds-offiserer og politimenn hadde høyere nivåer av psykiske forstyrrelser mens bygningsarbeidere hadde lav forekomst av psykisk sykdom (Barham & Begum, 2005).

Lignende studier fra Norge identifiserte bønder som spesielt utsatt for angst og depresjon (Sanne et al., 2003). Sanne og medarbeidere (2004) undersøkte senere hvorfor bønder og ikke-bønder skiller seg i nivåer av angst og depresjon (HADS \geq 8). Bøndene hadde fysisk tyngre arbeid og et lavere utdanningsnivå enn ikke-bønder. Generelt var forskjellen størst mellom heltidsbønder og ikke-bønder. Bøndene – særlig de mannlige – hadde høyere nivåer og forekomst av depresjon, samt høyere angst enn ikke-bøndene. Forskjeller i angst og depresjonsnivåer mellom de mannlige heltidsbøndene og ikke-bøndene kunne forklares av at bøndene hadde lengre arbeidstid, lavere inntekt, høyere psykologiske jobbkrav og mindre beslutningsbredde, sammenlignet med de som ikke var bønder. Arbeidsgruppene var signifikant forskjellig på flere faktorer, inkludert inntekter og tungt arbeid (Sanne et al., 2004).

Wiles og medarbeidere (2007) fant i sin studie at det er en sammenheng mellom høy grad av fysisk aktivitet på fritiden og i jobben, og redusert forekomst av psykisk lidelse – hovedsakelig depresjon og angst – ved en femårsoppfølging, men ikke etter ti år. Ernsten og Lillefjell (2014) fant imidlertid at respondentene med høyt depresjonsnivå og høyere nivåer av fysisk funksjon, hadde signifikant lavere odds å komme tilbake til arbeid, enn de med dårligere fysisk helse.

Alkohol, røyking og medikamentbruk

Rus- eller alkoholmisbruk er blant de vanligste komorbide lidelsene i forbindelse med sosial fobi. Thomas og medarbeidere (2003) fant i en studie at personer med sosial angst har en økt tendens til å anvende alkohol for å mestre sosiale situasjoner, og at alkohol ikke hjelper mot angsten i særlig grad. Andre undersøkelser har også vist at langtidsbruk av alkohol forverrer symptomene på sosial angst (Kushner, Abrams & Borchardt, 2000). En studie undersøkte alkoholforbruk i frekvens og mengde samt risikofylt bruk. Funnene tilsier at både de som er avholdende fra alkohol samt høykonsumentene har høyere depresjonsnivå i forhold til de som ligger i mellomsjiktet for disse yttergruppene i forbruk (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal & Mykletun, 2002).

I en oppfølgingsstudie over 16 år fant man en signifikant assosiasjon mellom det å utvikle depresjon og røyking (Meng & D'Arcy, 2014). Kivimäki og medarbeidere (2002) undersøkte ulike underliggende mekanismer for stressende livshendelser og psykiske lidelser. Hos menn ble psykiske problemer, som angst, assosiert med økt sigarett- og alkoholforbruk, som

følgelig bidro til økt sykefravær. Kvinner ble forbundet med psykiske plager og røyking, men ikke økt sykefravær (Kivimäki et al., 2002.) Det er funnet at ikke-røykere har et lavere stressnivå enn røykere, men det er fortsatt uklart hvorfor det er en forskjell (Hajek, Taylor & McRobbie, 2010).

Fokus i behandling av depresjon har primært vært på akutt behandling av enkeltepisoder, men klinikere og forskere har i økende grad blitt opptatt av lidelsens tilbakevendende karakter og tendens til kronisk forløp. Ved alvorlig og langvarig depresjoner, er det ofte nødvendig å kombinere medikamentell og psykologisk behandling (Nordahl, Martinsen & Wang, 2012). Berg, Øverland og Høie (2009) hevder at psykoterapi ikke ser ut til å være mer effektiv enn behandling med antidepressive medikamenter. Medikamentell behandling er funnet å være mest betydelig de to første månedene etter oppstart når det gjelder forbedring i arbeidsfunksjon (Haslam et al., 2003), i tillegg medfører seponering stor fare for tilbakefall av depresjon (Turner, Matthews, Linardatos, Tell & Rosenthal, 2008). Haslam og medarbeidere (2003) fant at noen ansatte opplevde bivirkninger på antidepressiva som forstyrret arbeidsprestasjoner; blant annet lammelse av følelser og reaksjoner, dårlig konsentrasjon, mangel på motivasjon og søvnforstyrrelser.

Funksjon

Videre har norske studier dokumentert at dårlig søvn gir økt sykefravær og uforhetstrygd, hvorav depresjon regnes for å være den hyppigste psykiske lidelsen assosiert med søvnproblemer (Bjorvatn & Fetveit, 2012). Sivertsen og medarbeidere (2009) fant at klinisk signifikant angst og depresjon er mye mer vanlig hos individer med søvnløshet, sammenlignet med mennesker som sover godt. Insomnia og kort søvnlengde (≤ 6 timer) ble assosiert med langtidssykefravær (Mill, Vogenlzens, Hoogendijk & Penninx, 2013). I en finsk studie ble søvnforstyrrelser funnet å prediktere arbeidsuførhet på grunn av psykiske lidelser. Søvnforstyrrelser 5-7 netter per uke tilsa arbeidsuførhet på grunn av blant annet natt- og skiftarbeid, bruk av smertestillende, samt depresjon og angst (Salo et al., 2010). Ernsten og Lillefjell (2014) fant imidlertid ingen forskjell mellom å komme tilbake til arbeid eller å være ute av arbeid, når det gjelder nivåer av smerte.

Vanlige psykiske lidelser, som angst og depresjon, er assosiert med økt risiko for uførepensjon i representative nasjonale utvalg av voksne yrkesaktive i Danmark (Bültmann, Christensen, Burr, Lund & Rugulies, 2008) samt i et utvalg fra et enkelt fylke i Norge

(Mykletun et al., 2006). En tysk studie undersøkte blant annet sammenhengen mellom depresjon- og angstrelatert sykefravær, og risiko for varig uførhet i den yrkesaktive befolkningen. De tyske arbeiderne hadde lovfestet helseforsikring, fikk poliklinisk oppfølging, og ble fulgt opp i gjennomsnitt 6,4 år. Hovedfunnene i studien tilsier at depresjon- og angstrelatert sykefravær var signifikant assosiert med høyere varig uførhet (Wedegaertner et al., 2013).

Knudsen og medarbeidere (2013) sammenlignet den potensielle effekten av vanlige psykiske lidelser – som depresjon og angst – med varighet og gjentakelse av sykefravær. I tillegg ble det undersøkt om virkningen av depresjon og angst på sykefravær er påvisbart over tid. Metodisk ble studien tilkoblet offisielle registreringer av sykefravær som hadde vedvart fra 16 dager til 6 år. Angst og depresjon ble målt med Hospital Anxiety and Depression Scale. Hovedfunnene viste at komorbid angst og depresjon, samt angst alene, var signifikante risikofaktorer for sykefravær. Angst og depresjon var sterkere prediktorer for lengre varighet av sykefravær, sammenlignet med korttidsfravær. I tillegg ble angst og depresjon forbundet med hyppigere tilbakefall av sykefravær. Aagestad og medarbeidere (2009) fant at angst og depresjon tiltar etter antall år utenfor arbeidslivet.

En sterk OAS er imidlertid funnet å beskytte mot angst og depresjon, utbrenthet og håpløshet, i tillegg til at den er sterkt og positivt relatert til helseressurser som optimisme, hardførhet, kontroll og mestring (Eriksson & Lindström, 2006; Lindström & Eriksson, 2010). Lillefjell, Jakobsen og Ernstsen (2014) undersøkte angst-nivåer og fysisk funksjon etter endt behandling. Forfatterne fant at et utvalg med en sterk OAS rapporterte lavere nivåer av angst og høyere nivåer på funksjonell helsestatus både før og etter rehabilitering. Videre, er en sterk OAS forbundet med omtrent 40% reduksjon av risiko for psykiatrisk lidelse i en 19-årig oppfølgingsstudie blant finske industriarbeidere (Kouvonen et al., 2010; Lindström & Eriksson, 2010). Dette er i samsvar med hvordan Antonovsky (1979) introduserte begrepet OAS; OAS er oppnådd når en persons generaliserte, resistente ressurser er i samsvar med presset eller påkjenningen fra miljøet, som for eksempel belastning på arbeidsplassen. I tillegg understreket Antonovsky (1993) at mennesker med en sterk OAS sannsynligvis genererer en større variasjon av generaliserte motstandsressurser.

I en studie ble sammenhengen mellom OAS og psykologiske reaksjoner på jobbstressfaktorer blant japanske arbeidere undersøkt (Urakawa et al., 2012). Forfatterne fant at OAS var omvendt forbundet med spenning, tretthet, angst, depresjon og subjektive symptomer hos menn, og spenning, depresjon og subjektive symptomer hos kvinner. OAS ble positivt assosiert med styrke hos både menn og kvinner. I en annen studie i Nord-Trøndelag fant Haug, Mykletun og Dahl (2004) en signifikant sammenheng mellom angst, depresjon og funksjonelle somatiske symptomer, uavhengig kjønn og alder. Forskning har også støttet sammenhengen mellom individuelle variabler og tilbakevending til arbeidslivet (Nilsson, Holmgren & Westman, 2000; Holmberg, Thelin & Stiernström, 2004; Suominen et al., 2005; Lillefjell & Jakobsen, 2007).

Organisatoriske og sosiale faktorer

OAS har innvirkning på hvordan stress på arbeidsplassen håndteres (Kinman, 2008; Olsson, Hemström & Fritzell, 2009; Lindström & Eriksson, 2010). Kunnskap om hvordan en sterk OAS bidrar til stressmestring og stressreduksjon relatert til helse på arbeidsplassen, har i følge Lindström og Eriksson (2010) blitt mer utbredt siden 90-tallet. Det innebærer hvordan prinsippene om helsefremmende og salutogene rammeverk kan anvendes på arbeidsplassen.

Forskning viser at OAS har en hoved-, en modererende og en medierende effekt på arbeidshelse (Nasermoaddeli, Sekine, Hamanishi & Kagamimori, 2003). En sterkere OAS og økt jobbkontroll resulterte i bedre subjektive følelser av velvære i en ettårs oppfølgingsstudie av japanske tjenestemenn (Nasermoaddeli et al., 2003). En nederlandsk studie (Plaisier et al., 2012) undersøkte betydningen av jobbegenskaper i forhold til fravær og ytelse på jobb, blant ansatte med diagnosen angst og depresjon. Som forventet erfarte forskerne at deprimerte og engstelige mennesker hadde betydelig forhøyet risiko for fravær og dårlig arbeidsytelse. Derimot var fravær og dårlig ytelse betraktelig lavere blant personer som rapporterte høy jobbstøtte, høy jobbkontroll, mindre arbeidstid, selvstendig næringsdrivende og høyt klassifiserte jobber. Studien poengterer betydningen av strategier som forbedrer jobbstøtte og opplevelsen av kontroll på arbeidsplassen, for den utsatte gruppen med angst og depresjon (Plaisier et al., 2012).

Kleppa, Sanne og Tell (2008) undersøkte hvorvidt lang arbeidstid var assosiert med økt nivå og forekomst av angst og depresjon som stressrespons. Respondentene av begge kjønn som jobber overtid hadde betydelig høyere angst og depresjonsnivå og høyere forekomst av angst og depressive lidelser sammenlignet med de som arbeidet normal arbeidstid (Kleppa, Sanne

& Tell, 2008). En finsk studie undersøkte betydningen av opplevd organisatorisk rettferdighet i relasjon til psykisk helse, blant ansatte i offentlig sektor (Elovainio et al., 2013). Deltakerne hadde diagnosen angst eller depresjon. Resultatene viste at lav organisatorisk rettferdighet var en risikofaktor for angst. I en litteraturstudie fant Lau, Finne og Berthelsen (2011) at deltakelse i arbeidslivet er bra for oss så lenge vi utsettes for rimelige, realistiske krav, og har muligheten til god kontroll på arbeidsoppgavene. Videre er tilhørighet en universell menneskelig egenskap, så vel som et grunnleggende menneskelig behov. Opplevelsen av tilhørighet kan også tilby en felles følelse av sosialt konstruert menig, som følelse av trygghet og slektskap (Andersen, Chen & Carter, 2000).

Et allmenngyldig prinsipp er at sosial støtte demper stressreaksjoner og følgene av dem (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Sosial støtte er sett på som en av de sosiale helsedeterminanter i den generelle befolkningen (Wilkinson & Marmot, 2003), og er én av mange faktorer som Antonovsky (2012) omtalte som GMR. Grav og medarbeidere (2012) undersøkte sammenhengen mellom sosial støtte, definert som en bufferfunksjon (Karasek & Theorell, 1990), og depresjon i en generell befolkning i Nord-Trøndelag. Det viktigste funnet var at selvvurdert oppfattet støtte var signifikant assosiert med depresjon (Grav et al., 2012).

Arbeid bidrar til å skape tilhørighet. Mange opplever at å ha en jobb å gå til gir mening i tilværelsen; det gir struktur på dagen, og muligheter for positive tilbakemeldinger (Helsedirektoratet, 2011). Det er ikke nødvendigvis enkelt å overbevise mennesker som sliter med psykiske lidelser om at de vil ha det bedre ved å være i jobb. Det er heller ikke riktig i alle tilfeller. Den deprimerte er ofte svært selvkritisk, og opplever ofte et behov for isolasjon (Foss, 2012). Langvarig sykemelding forsterker gjerne opplevelsen av sosial isolasjon og passivitet, som kan bidra til forlengelse av sykdomsperioden samt vanskeliggjøre retur til jobb. Dette gjelder særlig for psykiske lidelser som depresjon (Aagestad et al., 2009). Selv om forskning har vist til positive assosiasjoner mellom høy OAS og en rekke positive helseutfall, så vel som lav OAS og rekke negative helseutfall, fortsetter debatten om OAS sin endringsevne. Selv OAS er begrepsfestet som en personlig egenskap, synes OAS å være foranderlig over tid som et resultat av sosialisering (Antonovsky, 1987; Lillefjell & Jakobsen, 2007). Studier har vist at OAS sin styrke korrelerer med arbeidsrelaterte psykososiale faktorer samt sosial støtte og hvordan det er uavhengig av sosiodemografiske faktorer og kjønn (Nilsson et al., 2000; Holmberg et al., 2004; Lillefjell & Jakobsen, 2007).

3 METODE

3.1 Design

Målsettingen med denne oppgaven er å finne ut hva som kjennetegner langtidssykemeldte med høyt angst- og depresjonsnivå som mestrer overgangen fra endt rehabilitering tilbake til arbeidslivet.

For å beskrive karakteristika ved en populasjon med langtidssykemeldte med høyt angst- og depresjonsnivå, var det mest hensiktsmessig å anvende kvantitative tverrsnittsdata. Oppgaven bygger på registerdata fra et rehabiliteringsprogram. Databanken består av longitudinelle individdata samlet ved to ulike tverrsnitt i rehabiliteringsforløpet.

For å belyse problemstillingen anvendes det tverrsnittsdata fra måletidspunkt 2 (T2), det vil si ved endt rehabilitering. I tillegg er det gjort litteratursøk i relevant teori og empiri i henhold til problemstillingen.

3.1.1 Kvantitativ metode og tverrsnittstudie

Kvantitative forskningsmetoder befatter seg med mengde (antall) og det som er målbart (kvantifiserbart). Kvantitative design kan beskrive et forhold relativt presist, spesielt når det gjelder dimensjon av et fenomen. Designet gir også mulighet til å uttale seg om variasjoner i ulike forhold, og ikke minst om samvariasjon mellom ulike forhold samtidig (Jacobsen, 2005). Metoden går i bredden ved at det registreres sammenliknbar og strukturert informasjon i et stort utvalg (Ringdal, 2013), og egner seg når det ønskes å generalisere fra et utvalg til den generelle populasjonen, noe som er formålstjenlig i forhold til oppgavens problemstilling. Følgelig har et kvantitativt design, om korrekt utført, høy ekstern gyldighet (Jacobsen, 2005). Ved å anvende en kvantitativ metode beholdes en kritisk avstand til det som undersøkes. Man utvikler sjelden personlige relasjoner til respondentene. Kvantitativ metode kan være hensiktsmessig for å bevare respondenten sin anonymitet rundt sensitiv/sårbar informasjon. Denne oppgaven inkluderer langtidssykemeldte mennesker med angst og depresjon i rehabilitering – en utsatt gruppe – som kan være ekstra sårbare for opplevelse av smerte og fortvilelse (Hem, 2009).

En svakhet ved den kvantitative metoden kan være at den ikke måler dybden eller nyansene i temaet (Jacobsen, 2005). I følge Ringdal (2013) bygger en kvantitativ forskningsstrategi på at sosiale fenomener viser en så stor stabilitet at måling og kvantitativ beskrivelse er meningsfylt.

Tverrsnittstudier er undersøkelser som er basert på ett enkelt tidspunkt, hvor formålet først og fremst er å beskrive forhold i nåtid (Ringdal, 2013). En begrensning ved tverrsnittstudier er at det gir begrenset innsikt i kausalitet (årsakssammenheng). Følgelig kan man ikke trekke konklusjoner som sier noe om utvikling over tid (Jacobsen, 2005). På bakgrunn av oppgavens problemstilling var det hensiktsmessig å velge en tverrsnittstudie, da det ikke var et formål å belyse endring over tid eller årsakssammenheng, men derimot bredt belyse hva som kjennetegner personer som returnerer til arbeidslivet etter endt rehabilitering.

3. 1. 2 Litteratursøk

Strategiske litteratursøk er gjort for å belyse problemstillingen. Søkene ble utført elektronisk gjennom søkemotorene PubMed, Google Scholar og Bibsys, samt manuelt ved gjennomgang av referanselister i aktuelle artikler, mastergradsoppgaver og Ph.D.-avhandlinger.

Elektroniske søk ble utført med både engelske og norske søkeord for å inkludere både norsk og internasjonal litteratur. Søkene ble utført med ulike kombinasjoner av følgende søkeord; HADS (8), depression, anxiety, sick-leave, long-term sick-leave, work, return to work, sense of coherence, factors, predictors, multidisciplinary rehabilitation, depresjon, angst, sykefravær, langtidssykefravær, arbeid/jobb, tilbakevending/vende tilbake til arbeid, faktorer, prediktorer og multidisiplinær rehabilitering. Det ble også anvendt søkeord som omhandlet faktorer relatert til å vende tilbake til arbeid; alder, kjønn, sivilstatus, utdanning, type arbeid, stillingsstørrelse, turnusarbeid, dagarbeid, sosial støtte, røyking, smertestillende medikamentbruk, sovemedisin, beroligende medikamentbruk, antidepressiva, alkoholforbruk, smerte, kognitiv funksjon, personlige egenskaper, restitusjon, søvn, fysisk form, og fysisk funksjon.

Inklusjonskriterier for artikkelvalg ble valgt på bakgrunn av oppgavens problemstilling og fokus; høyt nivå av angst og/eller depresjon relatert til langtidssykefravær, å komme tilbake til arbeid, hva utvalget mennesker med høy angst og/eller depresjon rapporterer som sentrale

faktorer for å komme tilbake til arbeid, opplevelse av sammenheng, og generelle motstandsressurser.

Videre var artiklenes dato for publikasjon et kriterium for inkludering i oppgaven. Det ble i hovedsak fokusert på studier fra de siste ti år. Likevel ble det ansett som nødvendig og interessant å være oppmerksom på noen eldre artikler, da disse viser til funn som man i denne oppgaven ikke har klart å finne nyere forskning på.

Eksklusjonskriterier er studier som rapporterer spesifikt mild angst og depresjon, samt studier som er tilknyttet spesifikke sykdomsdiagnoser og traumer.

3.2 Utvalg

Det totale utvalget i databasen består av 3213 respondenter, hvorav 2389 er kvinner og 821 menn i alderen 21 til 62 år. Registerdata er rutinemessig innsamlet fra 2003 til 2011.

For å velge ut respondenter med høyt angst- og depresjonsnivå ble det, med utgangspunkt i det totale utvalget, selektert på en angst- og depresjonsskåre (Hospital Anxiety and Depression Scale) ≥ 8 ved T2 (n=430). En avgrensningsskåre (cut-off) på ≥ 8 er i samsvar med tidligere studier hvor man har sett på personer med høyt angst- og depresjonsnivå (Michopoulos et al., 2008; Bjelland et al., 2002; Oedegaard et al., 2005; Grav et al., 2012). Videre ble utvalget inndelt i de som mestrer overgangen tilbake til arbeid (ARB) (n=268) og de som ikke kommer tilbake i arbeid (ikke-ARB) (n=162) ved T2. Respondentene er i alderen 23 - 57 år (M=37.3, SD=8.4). Siden dette er snakk om langtidssykemeldte personer (≥ 8 uker), vil variablene vedrørende arbeidsforhold (arbeidskategori, arbeidsorganisering og stillingsstørrelse), være det samme som ved oppstart av rehabilitering.

Alle deltakerne har fylt ut det samme spørreskjemaet. Gjennomsnittlig frafall fra rehabiliteringsprogrammet er stipulert til seks prosent, og de fleste som ikke gjennomfører er menn (Lillefjell, Haugan, Martinussen & Halvorsen, 2013). Et bortfall mindre enn 10% av bruttoutvalget, gir grunnlag for en viss generalisering av funnene i denne oppgaven (Johannessen, 2009).

3.3 Rehabiliteringstilbudet

Det tverrfaglige rehabiliteringsprogrammet bygger på en salutogen forståelse av sykdom, helse og mestring (Antonovsky, 1987) og vektlegger det å identifisere, ta i bruk og opprettholde mestringsressurser. Rehabiliteringsprogrammet består av inntil 57 ukers rehabilitering (5 uker utredningsperiode og 52 uker med oppfølging) for langtidssykemeldte med sammensatt helseproblematikk som bl.a. angst og depresjon, hvor deltakerne kan delta på 6 timers rehabiliteringsøkter 3-4 dager ukentlig (Lillefjell et al., 2013).

Deltakerne i rehabiliteringsprogrammet henvises fra fastlege, saksbehandler i NAV og arbeidsgiver basert på intervju, observasjon og kliniske tester. I løpet av utredningen lages en individuell plan for rehabiliteringsoppfølginga, som involverer både fastlegen, arbeidsgiveren og NAV. Det multidisiplinære rehabiliteringsprogrammet inneholder tiltak for å styrke den enkeltes mestringsferdigheter med tanke på arbeidsdeltakelse, gjennom undervisning i helse- og arbeidsrelaterte tema og tilrettelegging i arbeid for å styrke tilbakeføring til arbeid. I tillegg har deltakerne deltatt i gruppebasert utdanning på ulike helserelevante fag som kropp, kosthold, treningsplanlegging, mestringsstrategier, kommunikasjon og strategier for konfliktløsning (Lillefjell et al., 2013). Omfanget i oppfølginga skreddersys for den enkelte, noe som er i tråd med den salutogene teorien (Antonovsky, 1987; Langeland 2009). Det betyr at deltakerne i løpet av oppfølginga kan komme tilbake til eget lønnet arbeid, de kan være i annen arbeidsrelatert virksomhet hos egen arbeidsgiver eller ved annen virksomhet, eller de kan være i kvalifisering/utdanning.

Alle deltakere blir tildelt sin egen personlige veileder, som har en brobyggerfunksjon mellom brukeren, helsetjeneste, NAV og arbeidsgiver, samt får tilbud om individuell rådgivning gjennom hele rehabiliteringsperioden (Lillefjell et al., 2013). Målet er å komme fram til hensiktsmessige løsninger når det gjelder arbeidsdeltakelse; både for bruker og arbeidsgiver.

3.4 Variabler og måleinstrumenter

Registerdata som er benyttet i denne oppgaven er innhentet ved hjelp av spørreskjema basert på egenrapportering, og er administrert individuelt i forhold til deltakerne. Spørreskjemaet inkluderte sosiodemografiske variabler, variabler på angst og depresjon, funksjonsnivå og mestring.

Respondentene som mestret overgangen tilbake til arbeid beskrives på en rekke bakgrunns- og funksjonsvariabler. Videre sammenlignes de som mestrer overgangen tilbake til arbeid

med de som ikke kom tilbake til arbeid ved endt rehabilitering. Alle respondentene har benyttet samme spørreskjema.

Formålet med høy grad av standardiseringer er å eliminere tilfeldige målefeil og gi pålitelige data (Ringdal, 2013). Siden spørreskjemaene allerede er utprøvd, er de følgelig vurdert for validitet og reliabilitet (Johannessen, 2009).

Variabler ses på som målinger av begreper hentet fra teorier (Ringdal, 2013). Med hensikt å få et best mulig bilde av hvem de langtidssykemeldte som vender tilbake i arbeid er, er det på bakgrunn av teori (Antonovsky, 1979) og empiriske studier (Bentsen, Natvig & Winnem, 1997; Haslam et al., 2003; Thomas et al., 2003; Glozier et al., 2006; Grav et al., 2012; Nielsen et al., 2012; Urakawa, et al., 2012; Ervasti et al., 2013; Ernstsens & Lillefjell, 2014) i denne oppgaven valgt å inkludere et bredt spekter av variabler som er vist å være av betydning for langtidssykemeldte med høyt angst- og depresjonsnivå ved tilbakevending til jobb (Hees et al., 2012).

3. 4. 1 Sosiodemografiske variabler

De langtidssykemeldte sin alder er blitt målt som en kontinuerlig variabel.

- Kjønn er en naturlig dikotomi, og ble følgelig målt som en dikotom variabel med to delingen; (2) mann og (1) kvinne (Ringdal, 2013).
- Sivilstatus er også målt som en dikotom variabel, inndelt etter (1) enslig, og (2) gift/samboer. Da variabelen er klassifiserbar, ble den behandlet som en kategorisk variabel.
- Utdanning er en kategorisk variabel på nominalnivå med seks gjensidig utelukkende svaralternativer (Ringdal, 2013), annet (0), grunnskole (1), videregående skole (2), fagbrev/fagutdanning (3), høgskole/universitet inntil 4 år (4), høgskole/universitet mer enn 4 år (5). 5-skåren tilsier høyeste fullførte utdanning.
- Arbeidskategori er også en kategorisk variabel på nominalnivå, med 10 gjensidig utelukkende svaralternativer. Variabelen måler hvilken type arbeid respondentene har vært i. Svaralternativene er demonstrert som følgende; faglært (1), fagarbeider/håndverker (2), funksjonær, butikk eller kontor (3), overordnet stilling (4),

fagfunksjoner (5), sjåfør (6), gårdbruker/fisker (7), selvstendig/akademisk (8), annen selvstendig næringsliv (9), ikke aktuelt (10).

- Respondentenes stillingsstørrelse måles som kategorisk på nominalnivå, med gjensidig utelukkende verdier. Variablene måles med en 3 punkts skala; (1) inntil 50%, (2) 51% - 80%, og (3) mer enn 80% stillingsstørrelse.
- Arbeidsorganisering måles på nominalnivå og er en kategorisk variabel med de gjensidig utelukkende verdiene (1) bare dagarbeid, (2) bare nattarbeid, (3) turnus.
- Sosialt liv ble målt ved hjelp av tre ulike variabler. "Hvor mange venner har du?" er en kontinuerlig variabel på forholds nivå, da det eksempelvis er mulig å få et nullpunkt (Ringdal, 2013). "Føler du at du har nok venner" er en dikotomi, og behandles som en dikotom, kategorisk variabel (Ringdal, 2013) med svaralternativene (1) ja og (2) nei. "Hvor ofte deltar du i foreningsvirksomhet som for eksempel syklubb, idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger?", behandles som en kategorisk variabel på ordinalnivå, med de gjensidig utelukkende kategoriene "aldri", "1-2 ganger i måneden", "omtrent en gang i uka" og "mer enn en gang i uka".
- Røykevaner er en dikotom, kategorisk variabel. "Røyker du daglig for tiden?" kartlegges ved (1) ja og (2) nei.

Felles for følgende variabler er at svaralternativ 1 (daglig) og 2 (hver uke, men ikke hver dag) er reorganisert til én verdi (Johannessen, 2009). Følgende benyttes det i denne oppgaven verdiene; (1) minimum ukentlig, (2) sjeldnere enn hver uke og (3) aldri.

- Medikamentbruk består av følgende fem variabler; "Hvor mye smertestillende medikamenter bruker du?", "Hvor mye sovemedisin bruker du?", "Hvor mye beroligende medisin bruker du?", "Hvor mye medisiner mot depresjon bruker du?" Samtlige variabler er kategoriske på ordinalnivå (Ringdal, 2013).
- "Hvor mye alkohol bruker du" er også en kategorisk variabel på ordinalnivå (Johannessen, 2009; Ringdal, 2013).

3. 4. 2 Hospital Anxiety and Depression Scale

Angst og depresjon ble målt ved hjelp av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Bowling, 1997). HADS er et veletablert selvutfyllingsskjema som består av totalt 14 spørsmål, med en fire-punkts Likert skåringsskala fra 0 (ofte) til 3 (svært sjeldent) eller 3 til 0,

avhengig av retning på spørsmålets ordlyd. HADS måler 7 spørsmål av delskalaen; angst (HADS-A) og 7 spørsmål av delskalaen for depresjon (HADS-D) i løpet av de 2 siste ukene. Jo høyere resultat indikerer tilstedeværelse av problemer (Bowling, 1997). I statistisk sammenheng betegnes HADS som en kategorisk variabel på ordinalnivå (Ringdal, 2013).

Skjemaet ble i utgangspunktet utformet som et instrument for å påvise klinisk signifikant depresjon og angst hos pasienter (Zigmond & Snaith, 1983; Mykletun et al., 2009). Alle spørsmål knyttet til både følelsesmessig og fysisk lidelse er ekskludert. Spørsmålene som inngår i HADS er utelukkende basert på psykiske symptomer på nevroser (Bowling, 1997).

I samsvar med flere empiriske studier er det valgt en avgrensningsskåre ≥ 8 for hver av de to delskalaene (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002; Oedegaard et al., 2005; Grav et al., 2012). Det har blitt funnet å være en optimal balanse mellom følsomhet og spesifisitet for HADS som et screening-instrument, i henhold til diagnostiske kriterier (APA, 1980; 1994; WHO, 1967; 1978). Flere empiriske studier og litteraturstudier har konkludert med at HADS er et pålitelig og gyldig instrument for å vurdere angst og depresjon hos både somatisk og psykisk syke pasienter samt i primærhelsetjeneste (Herrmann, 1997; Lisspers, Nygren & Soderman, 1997; Spinhoven et al., 1997; Bjelland et al., 2002). En studie av psykometriske egenskaper basert på analyser fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag-populasjonen, konkluderte med at HADS var et egnet instrument for vurdering i den generelle befolkningen også (Mykletun et al., 2001).

3. 4. 3 Arbeid

Variabelen på arbeid ble sammensatt og registrert på bakgrunn av følgende kategoriseringer; rehabiliteringspenger, yrkesrettet attføring, deltidsarbeid / rehabiliteringspenger, sykefravær, deltid uførhetspensjon, uførhetspensjon, sosialhjelp, studenter, eller arbeidsledige. Videre ble deltakerne kategorisert i ”aktive” og ”passive” strategier for arbeidsevne og tilbakeføring til arbeid. Deltakere som rapporterte at de jobbet på deltid eller heltid ble kategorisert som ”aktiv” og kodet som ”på vei inn/i” arbeid (ARB). Denne variabelen inkluderte også de som var i jobb-omskolering eller i et utdanningsprogram. De to sistnevnte variablene ble kategorisert som ”aktive” strategier gjennom at de representerte funksjoner som på flere måter speiler arbeidsmiljøet og frambringer arbeidsrelatert adferd til deltakerne – for eksempel må de gå et sted på en daglig basis og fungere på et relativt konsistent nivå. Deltakerne som

fortsatt var sykemeldte, mottok uførhetspensjon, eller som var søkere til uførhetspensjon etter fullført 57-ukers tverrfaglig rehabiliteringsprogram ble kategorisert under ”passiv”, og kodet som ”på vei ut/ikke i” arbeid (ikke-ARB) (Ernstsen & Lillefjell, 2014). I tråd med Ernstsen og Lillefjell (2014) er bakgrunnen for dette valget at de fleste deltakerne i rehabiliteringsprogrammet allerede hadde vært sykemeldt i flere måneder i forkant av det 57-ukers rehabiliteringsprogrammet. Dermed var det svært sannsynlig at de som fortsatt var sykemeldte etter 57 uker, var i den innledende fasen av prosessen med å få innvilget uførhetspensjon (Ernstsen & Lillefjell, 2014). Arbeid er en kategorisk variabel. Målenivået for variabelen uttrykkes i datafilen gjennom ikke-ARB (0) og ARB (1).

3. 4. 4 Opplevelse av sammenheng

Den norske versjonen av 13-spørsmåls OAS-skalaen (Antonovsky, 1979, 1987), utledet fra et teoretisk metodedesign for å forklare vedlikehold eller forbedring av ens posisjon på kontinuumet mellom helse og uhelse, ble brukt til å måle de tre kjerneelementene: meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet. OAS-skalaen har en 7-punkts numerisk skala – desto høyere poengsum, desto sterkere opplevelse av sammenheng. Eksempler på endepunktene av OAS-skalaen er "meget sjelden eller aldri" til "svært ofte", "aldri skjedd" til "alltid skjedd", "full av interesse" til "helt rutine", og "helt uten mål og mening" til "full av mening og hensikt" (Antonovsky, 1987). OAS består av sumskårer for de tre kjernekomponentene; meningsfullhet, begripelighet, håndterbarhet samt sumskåren, OAS. I følge Ibrahim (2001) er en sterk OAS mellom 66-78 poeng, en moderat OAS mellom 56-65 poeng, og en svak OAS mellom 0-50 poeng.

OAS ser ut til å øke med alderen (Antonovsky & Sagy, 1986). OAS-skalaen er funnet pålitelig og gyldig – også på tvers av kulturer – som et relevant instrument for å måle hvordan mennesker håndterer stressende situasjoner *og forblir vel* (Eriksson & Lindström, 2005). Validitet og reliabilitet av skalaen har blitt testet i studier i mer enn 30 land. Noen av studiene rapporterte test-retest korrelasjoner, som var stabil på 0,64 over 3 år (Bowling, 1997; Smith, Breslin & Beaton, 2003; Eriksson & Lindström, 2005).

3. 4. 5 COOP/WONCA

Funksjonell helsestatus ble målt ved hjelp av den norske versjonen av Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA (COOP/WONCA) (Bentsen et al., 1997; Holm & Risberg, 2003). I COOP/WONCA-diagrammene representerer nivået av funksjonell status faktisk ytelse eller kapasitet til å utføre egenomsorg eller være i stand til å oppfylle en oppgave eller rolle på et gitt tidspunkt eller i en gitt periode (Bentsen et al., 1997; Lillefjell et al., 2013). I skjemaene registreres selvvurdering av psykisk og fysisk helse de to siste ukene (Holm & Risberg, 2003). Funksjonen referer til muligheten for en person å takle og tilpasse seg de skiftende elementer i hans eller hennes individuelle miljø, å utføre bestemte oppgaver. COOP/WONCA-skjemaene måler følgende seks sentrale aspekter ved funksjonell helsestatus: Fysisk form, følelser, daglige aktiviteter, sosiale aktiviteter, endring i helse og generell helse. Hvert av enkelt-spørsmålene er rangert på en fem-punktskala fra 1 (meget god) til 5 (svært dårlig) (Bentsen et al., 1997, Holm & Risberg, 2003).

Skjemaene er reliabilitets- og validitetstestet på pasienter med ulike diagnoser. Studiene viste at COOP/WONCA-skjemaet hadde akseptabel reliabilitet, og at det egnest seg godt for å evaluere opplevelse av helse og funksjon hos pasienter med kroniske lidelser (Bentsen, Natvig & Winnem, 1999, Lindegaard, Bentzen & Christiansen, 1999; Holm & Risberg, 2003). De opprinnelige COOP/WONCA-skjemaene har blitt testet mot andre "funksjonell status" -spørreskjemaer som anvendes, og gyldigheten er funnet tilfredsstillende (McDowell, Newell & Winnem, 1997; Bentsen et al., 1997; Mykletun et al., 2001; Lillefjell et al., 2013).

3. 4. 6 Visuell Analog Skala

Visuell Analog Skala (VAS) (McDowell et al., 1997) er en målemetode anvendt for å gradere subjektive symptomer eller plager, som kartlegging av kropps nivå, aktivitet, deltakelse eller miljøfaktorer. Antall punkter i VAS-skalaen varierer, eksempelvis kan målenivået være en score fra 0 – 100 millimeter. Vanligvis brukes en 10 cm lang linje, hvor endepunktene representerer den positive og negative ekstremverdien av fenomenet som er ønskelig å måle (Boonstra, Preuper, Reneman, Posthumus & Stewart, 2008). Samtlige VAS-variabler i denne oppgaven blir målt ved 10-punkts skala.

Smerteopplevelse er målt ved hjelp av tre variabler hvor samtlige er kontinuerlige variabler på ordinalnivå. Variablene "Hvor mye fysiske smerter har du når smertene er på det verste?" og

”Hvor mye plager de fysiske smertene deg?” uttrykkes med endepunktene (0) ikke noe plaget og (10) svært plaget.

Kognitiv funksjon ble målt ved hjelp av tre kontinuerlige enkeltvariabler på ordinalnivå. ”Hvordan vurderer du din konsentrasjonsevne?” har endepunkts-verdiene (0) svært dårlige konsentrasjonsevne og (10) svært god konsentrasjonsevne. ”Hvordan vurderer du din hukommelse?” måles med endepunktene (0) svært dårlige hukommelse og (10) svært god hukommelse. ”Hvordan vurderer du din evne til å forstå og vurdere beskjeder, informasjon, situasjoner etc.?” uttrykkes med endepunktene (0) svært god evne og (10) svært dårlig evne.

Personlige egenskaper ble målt ved hjelp av seks variabler, hvor alle er kontinuerlige variabler på ordinalnivå. ”Er du som regel optimistisk eller pessimistisk?” uttrykkes ved endepunktene (0) svært pessimistisk og (10) svært optimistisk. ”Er du i hovedsak en utadvendt eller innadvendt person?” måles med verdiene (0) svært innadvendt og (10) svært utadvendt. ”Ser du på deg selv som et verdifullt menneske?” uttrykkes med verdiene (0) svært lite verdifull og (10) svært verdifull. ”Ser du på deg selv om et rolig og avbalansert menneske?” måles med endepunktene (0) svært lite rolig og avbalansert og (10) svært rolig og avbalansert. Variablene ”Bekymrer du deg ofte?” og ”Har du ofte følelsen av at du ikke strekker til?” er begge forankret med endepunktsuttrykkene (0) svært sjeldent og (10) svært ofte.

Restitusjon ble målt ved tre kontinuerlige variabler på ordinalnivå. ”Føler du deg som regel energifull?” har endepunktsuttrykkene (0) svært lite energifull og (10) svært energifull. ”Hvordan vurderer du din søvnkvalitet?” måles med endepunkts-variablene (0) svært dårlig søvnkvalitet og (10) svært god søvnkvalitet. ”hvordan vurderer du din evne til å slappe av?” måles med endepunktene (0) svært dårlig avslapningsevne og (10) svært god avslapningsevne.

3.5 Databehandling og statistisk metode

For gjennomførelse av statistiske analyser ble International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences Version 20 anvendt (IBM SPSS Inc., Chicago, Illinois). Videre er Microsoft Word Version 14.3.9 (Microsoft Word:mac, 2011) benyttet for å framstille resultatene i tabellform.

3.5.1 Analyser

For å belyse oppgavens problemstilling – hva som kjennetegner langtidssykemeldte med høy grad av angst og depresjon, som mestrer overgangen fra rehabilitering til arbeidslivet – ble det anvendt univariate og bivariate analyser.

I forkant av analysene ble det gjort en seleksjon av utvalget i datafilen, hvor personer med HADS ≥ 8 ble inkludert. Videre ble utvalget inndelt i to grupper etter den avhengige variabelen, arbeid. Følgelig ble analysen utført separat for gruppen i arbeid (ARB) og gruppen ikke i arbeid (ikke-ARB).

Univariate analyser

For å beskrive sosiodemografiske bakgrunnsvariabler og variabler av funksjon ble det anvendt univariate analyser. Variablenes målenivå har betydning for hvordan de kan beskrives ved hjelp av statistiske mål (Ringdal, 2013). Det skilles mellom kategoriske og kontinuerlige variabler. Ved framstilling av de kategoriske variablene ble det anvendt frekvensfordeling, da analysen gir en god oversikt over dataene. Frekvensfordeling er en ordnet liste over variablenes verdier og antall enheter som har hver variabelverdi, og kan prosentueres for å bli mer oversiktlige (Ringdal, 2013). Kontinuerlige variabler har ofte mange verdier, følgelig er det ikke hensiktsmessig å framstille resultatene i frekvenstabeller, da det ikke gir noen god oversikt. Kontinuerlige variabler kan derimot analyseres ved hjelp av en rekke statistiske mål (Johannessen, 2009). I denne oppgaven presenteres de statistiske målene ved gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD) for de kontinuerlige variablene.

Bivariate analyser

Det ble anvendt en Kji-kvadrat-test for de kategoriske bakgrunnsvariablene (kjønn, sivilstatus, utdanning, arbeidskategori, stillingsstørrelse og arbeidsorganisering), samt de kategoriske variablene for atferd (sosialt liv, røykevaner, medikamentbruk, og alkoholforbruk). Testen tar

utgangspunkt i at de kategoriske variablene undersøkes i en krysstabell. Kji-kvadrat-testen innebærer å finne grensen mellom en statistisk signifikant og en ikke-signifikant forskjell mellom ARB og ikke-ARB. En p-verdi mindre enn 0,05 ble betraktet som en signifikant forskjell (Johannessen, 2009).

For å undersøke om det er en signifikant forskjell i gjennomsnittskårene mellom de to uavhengige gruppene, ARB og ikke-ARB, på bakgrunn av de kontinuerlige variablene (alder, antall venner, VAS-variablene, COOP/WONCA og OAS) ble det utført en T-test for uavhengige grupper. Her betraktes p-verdi mindre enn 0,05 som signifikant forskjell (Johannessen, 2009).

3. 6 Forskningsetiske betraktninger

Oppgaven er gjennomført som en delstudie i tilknytning til Ph.D. –prosjektet ”2011/783 Individ- og miljøbetingede ressurser som determinanter for integrering i arbeidsliv blant unge voksne” ved Arnhild Myhr hvor undertegnede er prosjektmedarbeider. Godkjenning hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ble innvilget gjennom hovedprosjektet (Vedlegg 1).

4 RESULTAT

I alt fullførte 3212 deltakere det inntil 57-ukers multidisiplinære rehabiliteringsprogrammet. Med en cut-off score på angst og depresjon (Hospital Anxiety and Depression Scale) (HADS) ≥ 8 som utvalgsriterie, bestod det endelige utvalget av fire hundrede og tretti personer (n=430). Videre ble utvalget inndelt i to grupper; ”inn i/tilbake til arbeid” (ARB) og ”på vei ut av/ikke i arbeid” (ikke-ARB). ARB-gruppen består av 62.3% av utvalget (n=268), mens ikke-ARB-gruppen utgjør 37.7% (n=162).

Med den hensikt å kartlegge hva som kjennetegner gruppen som kom tilbake til arbeid, ble de undersøkt for en rekke sosiodemografiske variabler (Tabell 1), variabler på atferd (Tabell 2), VAS-variabler (Tabell 3) samt variabler på fungering (Tabell 4), for så å bli sammenlignet med gruppen som ikke kom tilbake til arbeid.

4.1 Individkarakteristikk

Gruppen som kom tilbake til arbeid kjennetegnes ved forskjell i type arbeid (arbeidskategori), lavere stillingsstørrelse og mer turnusarbeid (arbeidsorganisering) sammenlignet med de som ikke kom tilbake til arbeid.

Tabell 1 viser at gjennomsnittsalderen er høyere for gruppen som kom tilbake i arbeid (M=39.6, SD= 7.43) sammenlignet med gruppen som ikke kom tilbake i arbeid (M= 32.2, SD= 9.28). Det var en større andel kvinner enn menn i begge gruppene, med 67.7% kvinner i ikke-ARB og 68% kvinner i ARB-gruppen. Andelen gifte er lavere i gruppen som kom tilbake til arbeid (68.4%) enn i gruppen som ikke kom tilbake til arbeid (71.9%). Forskjellen mellom gruppene ble imidlertid ikke funnet statistisk signifikant.

Når det gjelder utdanningsnivået (Tabell 1) er det flere som har fullført kun grunnskole i ARB-gruppen (32.8%) sammenlignet med ikke-ARB-gruppen (24.8%). Gruppen i arbeid har også en høyere andel gjennomført videregående skole (36.5%) enn det gruppen som ikke er i arbeid har (32.0%). Videre er det færre som har fagbrev/utdanning i ARB-gruppen (14.5%) sammenlignet med ikke-ARB-gruppen (22.9%). Andelen som har fullført høyskole eller

universitetsutdanning i inntil 4 år utgjør 13.7% av gruppen i arbeid, sammenlignet med 15.7% i gruppen som ikke er i arbeid. I ARB-gruppen er det også en lavere andel som har høyskole eller universitet i mer enn 4 år (2.5%), enn det ikke-ARB-gruppen har (3.9%).

Når det gjelder arbeidskategori (Tabell 1) ble det funnet en signifikant forskjell ($p < 0.001$) mellom gruppene, hvor det er færre ufaglærte i ARB-gruppen (14.4%) sammenlignet med ikke-ARB-gruppen (30.9%). Det er også færre fagarbeidere/håndverkere i gruppen som kom tilbake i arbeid (13.0%), enn i gruppen som ikke kom tilbake til arbeid (20.1%). Videre har kun gruppen i arbeid (1.4%) en andel som er selvstendig næringsdrivende. Blant de som kom tilbake til arbeid rapporterer 46.3% "ikke aktuelt" på arbeidskategori, sammenlignet med 20.1% blant de som ikke kom tilbake til arbeid.

Det ble også funnet en signifikant forskjell ($p < 0.001$) mellom gruppene når det gjelder stillingsstørrelse ved oppstart rehabilitering (T1). Tabell 1 viser at andelen med en stillingsprosent inntil 50%, var høyere blant de som kom tilbake til arbeid (52.2%) sammenlignet med de som ikke kom tilbake til arbeid (26.7%). Videre er det også flere i ARB-gruppen som har hatt en stillingsandel fra 51 – 80% (17.1%), enn i ikke-ARB-gruppen (13.3%). Andelen med en stillingsstørrelse over 80% er lavere i gruppen hos de som kom tilbake til arbeid (34.7%) enn i gruppen som ikke kom tilbake til arbeid (56.2%).

En signifikant forskjell mellom gruppene ($p < 0.05$) ble funnet på arbeidsorganisering. Andelen som har jobbet dagarbeid er tilnærmet lik mellom ARB-gruppen (90.6%) og ikke-ARB-gruppen (91.7%), men det er færre som har jobbet nattarbeid blant de som kom tilbake til arbeid (1.6%) sammenlignet med de som ikke kom tilbake til arbeid (8.3%). Videre er det kun gruppen som har kommet tilbake til arbeid som har jobbet turnus (7.8%).

Tabell 1 Individkarakteristika hos langtidssykemeldte med HADS ≥ 8 som kom tilbake til arbeid (ARB) sammenlignet med de som ikke kom tilbake til arbeid (ikke-ARB) etter endt rehabilitering.

INDIVID-KARAKTERISTIKK	ARB n = 268	Ikke-ARB n = 162	p-verdi
Alder (M/SD)	39.67 / 7.433	32.25 / 9.287	0.224
Kjønn (% Kvinne)	68.0	67.7	0.961
Sivilstatus (% Gift)	68.4	71.9	0.527
Utdanning (%)			0.123
Annet	-	0.7	
Grunnskole	32.8	24.8	
Videregående skole	36.5	32.0	
Fagbrev/Utdanning	14.5	22.9	
Høyskole/Universitet < 4 år	13.7	15.7	
Høyskole/Universitet > 4 år	2.5	3.9	
Arbeidskategori (%)			0.000 ***
Ufaglært	14.4	30.9	
Fagarbeider/håndverker	13.0	20.1	
Funksjonær/butikk/kontor	14.4	18.0	
Overordnet stilling	2.3	2.2	
Fagfunksjoner	2.8	1.4	
Sjåfør	2.8	5.8	
Gårdbruker/fisker	2.3	0.7	
Selvstendig/akademisk	0.5	0.7	
Annen selvstendig næringsliv	1.4	-	
Ikke aktuelt	46.3	20.1	
Stillingsstørrelse (%)			0.000 ***
Inntil 50%	52.0	26.7	
51 – 80%	13.3	17.1	
Mer enn 80%	34.7	56.2	
Arbeidsorganisering (%)			0.013 *
Bare dagarbeid	90.6	91.7	
Bare nattarbeid	1.6	8.3	
Turnus	7.8	-	

Merknad: Forskjeller i gjennomsnitt ble vurdert ved t-test for uavhengige grupper, og forskjeller i prosentfordelingen ble vurdert med Kji-kvadrat-test. **Forkortelser:** M, Mean (gjennomsnitt); SD, Standardavvik. *Signifikant ved $p < 0.05$; *** Signifikant ved $p < 0.001$.

4.2 Atferdskarakteristika

Gruppen som kom tilbake til arbeid karakteriseres ved å ha et større gjennomsnittlig antall venner ($p < 0.05$) ($M=4.45$, $SD=2.39$), sammenlignet med gruppen som ikke kom tilbake til arbeid ($M=3.30$, $SD=2.02$) (Tabell 2).

Andelen som opplever at de har tilstrekkelig med venner er høyere i ARB-gruppen (70.0%) sammenlignet med ikke-ARB-gruppen (64.7%).

Når det gjelder deltakelse i foreningsvirksomhet 1-2 ganger i måneden, deltar ARB-gruppen (61.8%) sjeldnere enn ikke-ARB-gruppen (65.1%). I ARB-gruppen er det 26.5% som deltar omtrent én gang i uken sammenlignet med 14.0% i ikke-ARB-gruppen. Videre er andelen som deltar i foreningsvirksomhet mer enn én gang i uka lavere hos gruppen i arbeid (5.9%), i forhold til gruppen som ikke er i arbeid (14.0%). Når det gjelder tilstrekkelig med venner og hyppighet av deltakelse i foreningsvirksomhet, var forskjellen mellom gruppene imidlertid ikke statistisk signifikant.

Angående daglig røyking (Tabell 2), er det flere røykere blant de som kom tilbake til arbeid (64.6%) enn blant de som ikke kom tilbake til arbeid (51.9%). Forskjellen mellom gruppene var imidlertid ikke statistisk signifikant.

Bruk av smertestillende medikamenter ukentlig eller hyppigere var mer vanlig hos de som kom tilbake til arbeid (62.3%) enn hos de som ikke kom tilbake til arbeid (51.6%). I gruppen i arbeid bruker 30.2% smertestillende medikamenter sjeldnere enn hver uke, sammenlignet med 37.9% i gruppen som ikke er i arbeid. Videre er det færre som aldri bruker smertestillende medikamenter blant de som kom tilbake til arbeid (7.5%), enn blant de som ikke kom tilbake til arbeid (10.5%).

Det er flere som bruker sovemedisin minimum ukentlig i gruppen i arbeid (29.1%) sammenlignet med gruppen som ikke er i arbeid (23.3%). Bruk av sovemedisin sjeldnere enn hver uke er like vanlig blant de som kom tilbake til arbeid (12.7%) som hos de som ikke kom tilbake i arbeid (11.6%). Videre bruker 58.2% aldri sovemedisin i ARB-gruppen, sammenlignet med 65.1% i ikke-ARB-gruppen.

Tabell 2 Atferdskarakteristika hos langtidssykemeldte med HADS ≥ 8 som kom tilbake til arbeid (ARB) sammenlignet med de som ikke kom tilbake til arbeid (ikke-ARB) etter endt rehabilitering.

ATFERD-KARAKTERISTIKK	ARB	Ikke-ARB	p-verdi
	n = 268	n = 162	
Sosialt liv			
Antall venner (M/SD)	4.45 / 2.390	3.30 / 2.023	0.017 *
Føler du at du har nok venner? (% Ja)	70.0	64.7	0.594
Hyppighet av deltakelse i foreningsvirksomhet			0.426
Aldri	5.9	7.0	
1-2 ganger i måneden	61.8	65.1	
Omtrent en gang i uka	26.5	14.0	
Mer enn en gang i uka	5.9	14.0	
Røyker daglig (% Ja)	64.6	51.9	0.220
Medikamentbruk (%)			
Anvendelse av smertestillende medikamenter			0.104
Minimum ukentlig	62.3	51.6	
Sjeldnere enn hver uke	30.2	37.9	
Aldri	7.5	10.5	
Anvendelse av sovemedisin			0.392
Minimum ukentlig	29.1	23.3	
Sjeldnere enn hver uke	12.7	11.6	
Aldri	58.2	65.1	
Anvendelse av beroligende medikamenter			
Minimum ukentlig	22.2	19.9	0.051
Sjeldnere enn hver uke	13.4	5.9	
Aldri	64.4	74.3	
Anvendelse av antidepressive medikamenter			0.051
Minimum ukentlig	44.0	40.7	
Sjeldnere enn hver uke	4.9	0.7	
Aldri	51.1	58.6	
Alkoholforbruk (%)			
Minimum ukentlig	16.4	15.4	0.051
Sjeldnere enn hver uke	66.8	60.4	
Aldri	16.8	24.2	

Merknad: Forskjeller i gjennomsnitt ble vurdert ved t-test for uavhengige grupper, og forskjeller i prosentfordelingen ble vurdert med Kji-kvadrat-test. **Forkortelser:** M, Mean; SD, Standardavvik.

*Signifikant ved $p < 0.05$.

I gruppen i arbeid anvender 22.2% beroligende medikamenter minimum ukentlig, sammenlignet med 19.9% i gruppen som ikke er i arbeid. Det er også flere som bruker beroligende medikamenter sjeldnere enn hver uke i ARB-gruppen (13.4%) sammenlignet med ikke-ARB-gruppen (5.9%). Videre er det en lavere andel som aldri bruker beroligende medikamenter blant de som er i arbeid (64.4%) enn blant de som ikke er i arbeid (74.3%). I gruppen som er i arbeid bruker 44.0% antidepressive medikamenter minimum ukentlig, sammenlignet med 40.7% i gruppen som ikke er i arbeid. Bruk av antidepressiva sjeldnere enn hver uke er mer vanlig hos ARB-gruppen (4.9%) enn hos ikke-ARB-gruppen (0.7%). Det er færre som aldri bruker antidepressiva blant de som kom tilbake til arbeid (51.1%), enn blant de som ikke kom tilbake til arbeid (58.6%). Andelen som benytter alkohol minimum ukentlig er omtrent lik i de to gruppene. I gruppen i arbeid drikker 66.8% alkohol sjeldnere enn hver uke, sammenlignet med 60.4% i gruppen som ikke er i arbeid. Videre er det færre som aldri drikker alkohol blant de som er i arbeid (24.2%) enn blant de som ikke er i arbeid (16.8%). Forskjellen mellom gruppene var i midlertid ikke statistisk signifikant.

4.3 Funksjonskarakteristika – VAS

Gruppen som kom tilbake til arbeid kjennetegnes ved større smerteopplevelse, ser seg selv som mindre verdifull, har mindre energi og rapporterer dårligere søvnkvalitet sammenlignet med gruppen som ikke kom tilbake til arbeid.

Når det gjelder smerteopplevelse ble det imidlertid funnet en signifikant forskjell ($p < 0.05$) mellom gruppene, hvor ARB-gruppen ($M=7.10$, $SD=2.04$) rapporterer høyere smerteopplevelse enn ikke-ARB-gruppen ($M=6.64$, $SD=2.40$). Vedrørende hvor mye de fysiske smertene plager de langtidssykemeldte, er det også funnet en signifikant forskjell ($p < 0.01$) mellom gruppene. ARB-gruppen rapporterer at de plages mer av de fysiske smertene ($M=6.64$) enn det ikke-ARB-gruppen gjør ($M=5.92$).

Tabell 3 Funksjonskarakteristika – VAS hos langtidssykemeldte med HADS ≥ 8 som kom tilbake til arbeid (ARB) sammenlignet med de som ikke kom tilbake til arbeid (ikke-ARB) etter endt rehabilitering.

FUNKSJON	ARB n = 268	Ikke-ARB n = 162	p-verdi
Smerteopplevelse (VAS)			
Smerteopplevelse (M/SD)	7.10 / 2.041	6.64 / 2.405	0.041 *
Hvor mye plager de fysiske smertene deg? (M/SD)	6.64 / 2.472	5.92 / 2.542	0.004 **
Kognitiv funksjon (VAS)			
Vurdering av egen konsentrasjonsevne (M/SD)	3.46 / 1.716	3.64 / 1.772	0.306
Vurdering av egen hukommelse (M/SD)	3.81 / 1.962	4.04 / 2.020	0.232
Vurdering av evne til å forstå og vurdere beskjeder, informasjon o.l. (M/SD)	5.11 / 2.112	5.27 / 2.212	0.461
Personlige egenskaper (VAS)			
Som regel optimistisk (M/SD)	4.58 / 1.904	4.48 / 1.955	0.603
I hovedsak utadvendt eller innadvendt /SD)	5.09 / 2.151	5.49 / 2.104	0.059
Ser på seg selv som verdifull (M/SD)	4.49 / 1.968	4.99 / 2.172	0.018 *
Ser på seg selv som rolig og avbalansert (M/SD)	4.79 / 2.057	5.01 / 1.947	0.284
Hvor ofte bekymret (M/SD)	7.03 / 1.97	7.31 / 1.948	0.152
Opplevelsen av utilstrekkelighet (M/SD)	7.53 / 1.487	7.38 / 1.708	0.362
Restitusjon (VAS)			
Som regel energifull (M/SD)	2.72 / 1.610	3.05 / 1.650	0.041 *
Egenvurdering av søvnkvalitet (M/SD)	3.06 / 1.875	3.69 / 2.134	0.002**
Egenvurdering av evne til å slappe av (M/SD)	3.13 / 1.781	3.42 / 1.930	0.120

Merknad: Forskjeller i gjennomsnitt er vurdert ved t-test for uavhengige grupper. **Forkortelser:** M, Mean (gjennomsnitt); SD, Standardavvik. * Signifikant ved $p < 0.05$; ** Signifikant ved $p < 0.01$.

Hva angår kognitiv funksjon ble det ikke funnet noen signifikant forskjell mellom de som kom tilbake til arbeid og de som ikke gjorde det.

Det ble funnet en signifikant forskjell ($p < 0.05$) mellom gruppene når det gjelder å se på seg selv som verdifull, hvor de som kom tilbake til arbeid ser på seg selv som mindre verdifulle ($M=4.49$) sammenlignet med de som ikke kom tilbake til arbeid ($M=4.99$). Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell mellom gruppene når det gjelder å være optimistisk, utadvendt/innadvendt, rolig og avbalansert, bekymret eller opplevelse av utilstrekkelighet.

Det ble funnet en signifikant forskjell ($p < 0.05$) mellom gruppene når det gjelder å være energifull, hvor ARB-gruppen rapporterer at de er mindre energifulle ($M=2.72$) enn ikke-ARB-gruppen ($M=3.05$). Når det gjelder søvnkvalitet ble det også funnet et signifikant forskjell mellom gruppene ($p < 0.01$), hvor de som kom tilbake til arbeid uttrykker dårligere søvnkvalitet ($M=3.06$) sammenlignet med de som ikke kom tilbake til arbeid ($M=3.69$). Videre rapporterer gruppen i arbeid at de i mindre grad evner å slappe av ($M=3.13$), sammenlignet med gruppen som ikke er i arbeid ($M=3.42$). Denne forskjellen mellom gruppene når det gjelder evne til å slappe av, var imidlertid ikke signifikant.

4.4 Funksjonskarakteristika

Gruppen som kom tilbake til arbeid kjennetegnes ved å være dårligere fysisk form ($p < 0.01$) ($M=2.92$) enn gruppen som ikke er i arbeid ($M=2.61$). ARB-gruppen rapporterer imidlertid mindre følelsesmessige problemer ($M=3.73$) sammenlignet med ikke-ARB-gruppen ($M=3.89$). Når det gjelder daglige aktiviteter, har de som kom tilbake til arbeid i større grad vansker med å utføre vanlige gjøremål på bakgrunn av deres fysiske eller psykiske helse ($M=3.37$), enn gruppen som ikke kom tilbake til arbeid ($M=3.22$). Gruppen i arbeid rapporterer at deres fysiske eller psykiske helse i mindre grad har begrenset deres sosiale aktiviteter ($M=3.14$) enn gruppen som ikke er i arbeid ($M=3.26$). Videre uttrykker ARB-gruppen at de har en dårligere fysisk og psykisk helse i dag enn for to uker siden ($M=2.54$), sammenlignet med ikke-ARB-gruppen ($M=2.41$). Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell mellom ARB- og ikke-ARB-gruppen hva angår følelsesmessige problem, daglige aktiviteter, sosiale aktiviteter, bedre – dårligere helse, eller angående samlet helsetilstand.

Når det gjelder sumskårer for kjernekomponentene meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet, samt OAS, rapporterer ARB og ikke-ARB like skårer. Det ble med andre ord ikke funnet noen signifikant forskjell mellom gruppene for de tre kjernekomponentene meningsfullhet, håndterbarhet og begripelighet, eller for sumskåren, OAS.

Tabell 4 Funksjonskarakteristikk hos langtidssykemeldte med HADS ≥ 8 som kom tilbake til arbeid (ARB) sammenlignet med de som ikke kom tilbake til arbeid (ikke-ARB) etter endt rehabilitering.

FUNKSJON	ARB n = 268	Ikke-ARB n = 162	p-verdi
COOP / WONCA			
Fysisk form (M/SD)	2.92 / 1.045	2.61 / 0.996	0.003 **
Følelsesmessig problem (M/SD)	3.73 / 0.900	3.89 / 0.841	0.063
Daglige aktiviteter (M/SD)	3.37 / 0.770	3.22 / 0.901	0.073
Sosiale aktiviteter (M/SD)	3.14 / 0.972	3.26 / 0.940	0.233
Bedre - dårligere helse (M/SD)	2.54 / 0.819	2.41 / 0.918	0.141
Samlet helsetilstand (M/SD)	3.59 / 0.691	3.48 / 0.725	0.115
OAS			
Meningsfullhet (M/SD)	16.15 / 3.861	16.37 / 3.825	0.569
Begripelighet (M/SD)	17.92 / 4.654	17.77 / 4.312	0.739
Håndterbarhet (M/SD)	14.92 / 4.227	14.26 / 4.163	0.118
Sumskåre OAS (M/SD)	49.04 / 10.673	48.35 / 10.165	0.518

Merknad: Forskjeller i gjennomsnitt er vurdert ved t-test for uavhengige grupper. **Forkortelser:** M, Mean (gjennomsnitt); SD, Standardavvik. *Signifikant ved $p < 0.01$.

5 DISKUSJON

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hva som kjennetegner langtidssykemeldte med høyt angst- og depresjonsnivå ($HADS \geq 8$) som mestrer overgangen tilbake til arbeidslivet etter endt rehabilitering (T2). Følgelig presenteres en bred gjennomgang av ulike faktorer som beskriver de som kom tilbake til arbeid, med hensikt å få et best mulig bilde av hvem denne målgruppen er (Hees et al., 2012).

Gruppen som vender tilbake til arbeidslivet kjennetegnes ved forskjell i type arbeid, lavere stillingsstørrelse og mer turnusarbeid sammenlignet med gruppen som ikke kom tilbake til arbeid. Videre rapporterer de mer smerte og plages i større grad av de fysiske smertene, enn de som ikke kom tilbake til arbeid. De som kom tilbake til arbeid oppgir i midlertid å ha flere venner enn de som ikke kom tilbake i jobb. Gruppen i arbeid ser også på seg selv som mindre verdifulle, er mindre energifulle og har dårligere søvnkvalitet enn gruppen som ikke er i arbeid. I tillegg har ARB-gruppen dårligere fysisk form sammenlignet med ikke-ARB-gruppen.

Det ble det ikke funnet noen signifikant forskjell mellom ARB- og ikke-ARB-gruppen når det gjelder alder, kjønn, sivilstatus, utdanning, hyppighet av deltakelse i foreningsvirksomhet, å oppleve at man har nok venner, røykevaner, alkoholforbruk, anvendelse av smertestillende medisiner eller sovemedisin. Heller ikke i forhold til beroligende medikamenter eller antidepressiva, kognitiv funksjon, å være optimistisk, utadvendt eller innadvendt, å se på seg selv som rolig og avbalansert, hyppighet av å være bekymret, opplevelsen av utilstrekkelighet, eller evne til å slappe av ble det funnet forskjeller mellom gruppene. Ei heller i forhold til funksjonsvariablene følelsesmessig problem, daglige aktiviteter, sosiale aktiviteter, bedre/dårligere helse eller samlet helsetilstand ble det funnet noen forskjeller mellom gruppene. Hva angår OAS-skalaen; meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet og sumskåren OAS, ble det heller ikke funnet noen forskjeller mellom gruppene. Årsaken til at det ble funnet få signifikante forskjeller mellom gruppene, kan skyldes at begge gruppene – uavhengig arbeid eller ikke – skårer høyt på angst og depresjon. Følgelig kan det tenkes at både de som kom tilbake til arbeid og de som ikke gjorde det har en del felles plager. Med

utgangspunkt i problemstillingen vil det derfor være aktuelt å se nærmere på ovennevnte karakteristika, for å diskutere hva som kjennetegner de som kommer tilbake til arbeid.

Denne oppgaven avdekker et noe overraskende mønster for de langtidssykemeldte som vendte tilbake til arbeid, siden det tverrfaglige rehabiliteringsprogrammet som ligger til grunn for resultatene har hatt fokus på arbeidsevne. ARB-gruppen rapporterer signifikant lavere fungering på en rekke funksjons-variabler sammenlignet med ikke-ARB-gruppen. Til tross for dette, er det flere langtidssykemeldte som vender tilbake til arbeidslivet (n=268), sammenlignet med de som ikke gjør det (n=162).

5.1 Hvem er de langtidssykemeldte som vender tilbake til arbeidslivet?

Når det gjelder OAS og kjernekomponentene meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet rapporterer både de som kom tilbake til arbeid og de som ikke kom tilbake, like svake verdier i forhold til Ibrahim og medarbeidere (2001) sin inndeling av lav versus høy skåre av OAS. På bakgrunn av det høye angst- og depresjonsnivået, i tillegg til kompleksiteten ved de to diagnosene (Gramstad & Hessen, 2008), er disse resultatene ikke uventet. I tillegg kan genetiske faktorer alene bidra til en svak OAS-skåre (Silventoinen et al., 2014) – uavhengig angst og/eller depresjon. Rapportering av svak OAS støttes av tidligere forskning som har funnet at OAS er sterkt negativt assosiert med angst og depresjon. Desto sterkere OAS, desto færre symptomer ble funnet på oppfattet depresjon (Carstens & Sprangenberg, 1997; Matsuura et al., 2003; Lindström & Eriksson, 2006).

I følge Antonovsky (2012) ligger forskjellen i menneskers motstandskraft i hvilken grad de opplever tilværelsen som meningsfull, forståelig og begripelig. I tråd Antonovsky (1979) sin definisjon av GMR, utgjør både de sosiodemografiske variablene, VAS-variablene, samt variablene på atferd- og funksjons-karakteristikk hos de langtidssykemeldte, faktorer som kan fremme mestring av spenning.

Årsaken til at de langtidssykemeldte har et høyt angst- og depresjonsnivå er ukjent. Dersom det er en følge av omfattende endringer i de langtidssykemeldte sitt livsmønster, er det nærliggende å antyde at angst- og/eller depresjonsnivået med tiden vil reduseres, i tråd med at GMR utvikles på bakgrunn av livserfaringer (Antonovsky, 1987), som for eksempel på arbeidsplassen. Følgelig kan det tenkes at rapporteringen om lav OAS også er midlertidig, og

med tiden vil kunne gå tilbake til den gjennomsnittlige OAS-statusen (Antonovsky, 1987). Dette er i tråd med Antonovsky (2010) sin beskrivelse av en voksen persons OAS, hvor det kan forekomme forbigående endringer rundt deres middelvei av OAS. Hos mennesker som er genetisk disponert for angst og depresjon, kan lidelsene lettere utvikles dersom man blir utsatt for angst- og/eller depresjonsstimulerende omgivelser gjennom livet (Folkehelseinstituttet, 2014). Det er i midlertid ikke funnet tidligere forskning som bekrefter eller avkrefter en eventuell sammenheng mellom OAS og genetisk disponert angst og/eller depresjon. Likevel kan det sees i samsvar med "helse i livets elv", hvor Antonovsky (1984) mente at det ikke var tilstrekkelig å hindre mennesker i å falle i elven. For langtidssykemeldte med høyt angst- og depresjonsnivå vil det innebære å ikke bare vektlegge hvordan man kan fjerne angst- og depresjonssymptomene. Men også rette fokus mot hvordan man kan leve med dem, og leve godt, og om mulig bruke angst- og depresjonserfaringene til positiv utvikling for individet (Antonovsky, 1984). Det formodes å være spesielt formålstjenlig for mennesker som er genetisk disponert for angst og depresjon, og følgelig i større grad er følsomme for diagnosene (Folkehelseinstituttet, 2014).

Aldersgjennomsnittet i gruppen som kom tilbake i arbeid er høyere enn i gruppen som ikke kom tilbake. Dette er i motsetning til Mykletun og medarbeidere (2001) sine funn, hvor høy alder – særlig mellom 55 og 66 år – var den enkeltvariabelen med størst forklaringskraft på uførepensjon. ARB-gruppens svake rapportering av OAS (Ibrahim, 2001) står noe i motstrid til tidligere forskning som har funnet en sammenheng mellom høy alder og OAS (Antonovsky & Sagy, 1986, Urakawa et al., 2012).

Gruppen som kom tilbake til arbeid har et større forbruk av beroligende og antidepressive medikamenter, enn gruppen som ikke kom tilbake til arbeid. I dag er behandling av angst og depresjon ofte psykoterapi og medikamentell behandling, som tar sikte på å redusere symptomer (Funksjonell medisin, 2014). Til tross for høyere forbruk av antidepressiva og angstdempende medikamenter, rapporterer imidlertid ARB-gruppen et like høyt angst- og depresjonsnivå (HADS \geq 8) som ikke-ARB-gruppen. I forbindelse med tilbakevendingsprosessen til arbeid er det nærliggende å tro at gruppen i arbeid utsettes for et større press ved endt rehabilitering, enn gruppen som ikke er i arbeid. Følgelig kan dette presset kanskje medføre et større behov for medikamentell symptomlindring og sannsynlig rapportering av dårlig fungering. I lys av at psykoterapi og medikamentell behandling hver for seg er funnet å ha like stor effekt på mennesker med alvorlige depressive lidelser (Berg et al.,

2009), kan kanskje bruken av beroligende og antidepressive medikamenter bidra til å forklare hvorfor ARB-gruppen mestrer overgangen tilbake i arbeid. De som kommer tilbake til arbeid rapporterer imidlertid at de i mindre grad er plaget av psykiske problemer som indre uro, angst, nedforhet eller irritabilitet (følelsesmessig problem, COOP/WONCA), enn gruppen som ikke er i arbeid. Dette kan kanskje forklares gjennom medikamentbruken (Berg et al., 2009). Følgelig kan det tenkes at nettopp ved hjelp av antidepressiv og beroligende medikamentell behandling greier ARB-gruppen i større grad ”å svømme i elven” (Antonovsky, 1984).

Gruppen i arbeid har i større grad gjennomført grunnskolen og videregående skole, sammenlignet med gruppen som ikke er i arbeid. Det er i midlertid færre i ARB-gruppen som har fullført høyskole eller universitet, sammenlignet med ikke-ARB-gruppen. Resultatene motstrider funnene i tidligere studier; hvor arbeidstakere med grunnutdanning kom senere tilbake til arbeidslivet, sammenlignet med høyere utdanning (Mykletun et al., 2001, Ervasti et al., 2013). Det er i midlertid viktig å påpeke at forskjellene mellom gruppene ikke er statistisk signifikante.

Når det gjelder type arbeid (arbeidskategori), rapporterer den største andelen innad i ARB-gruppen ”ikke aktuelt” på arbeidskategori. Dette kan tyde på at de ved oppstart, underveis i, eller ved endt rehabiliteringen var i startfasen på en utdanning. Dette er i samsvar med Mykletun og medarbeidere (2001), hvor utdanning utover grunnskolen ble funnet å være beskyttende mot uførepensjon, dog med liten forskjell mellom utdanning på videregående i forhold til høyskolenivå. På bakgrunn av det lave utdanningsnivået til gruppen i arbeid, kan det være at de føler seg tvunget til å omskolere seg for å kunne vende tilbake til arbeidslivet. I tillegg er den nest største andelen innad i ARB-gruppen ufaglært, fagarbeider/håndverker eller funksjonær/arbeider i butikk/kontor, noe som også kan relateres til gruppens lave utdanningsnivå. Dette er i tråd med tidligere funn som viser at det er mer vanlig at håndverkere og lavere yrkesposisjoner vender tilbake til arbeid, sammenlignet med mennesker i høyere yrkesposisjoner (Ervasti et al., 2013).

I ARB-gruppen utgjør bønder en noe større andel enn i ikke-ARB-gruppen. Tidligere forskning (Sanne et al., 2003) fant en sammenheng mellom angst og depresjon og lavere inntekt hos bønder. Dersom bøndene er selvstendig næringsdrivende, kan man tenke seg at de ved endt rehabilitering blir tvunget tilbake til arbeid på bakgrunn av vanskelige økonomiske omstendigheter.

I gruppen i arbeid har mange hatt en stillingsstørrelse inntil 50%. På bakgrunn av kompleksiteten ved å ha høyt angst- og depresjonsnivå, er ikke dette overraskende. Det kan tenkes at de med en lavere stillingsprosent i utgangspunktet opplever det mer overkommelig å returnere til arbeidslivet, enn de med en større stillingsandel. Til tross for rapportering om en noe svak skåre på kjernekomponenten håndterbarhet (Ibrahim, 2001), kan det tenkes å være mer håndterlig for de langtidssykemeldte å tilpasse seg arbeidslivet igjen med en lavere stillingsprosent. Det er imidlertid ikke funnet forskning som støtter at lav stillingsstørrelse er relatert til større sannsynlighet for å vende tilbake til arbeid blant langtidssykemeldte med høyt nivå av depresjon og angst.

Når det gjelder arbeidsorganisering er det like mange som jobber dagtid i begge gruppene. Innad i ARB-gruppen er det flere som har hatt dagarbeid, enn natt- og turnusarbeid (dag-, kvelds- og nattarbeid). Hos mennesker med depresjon kan døgnrytmen reduseres med en helt eller delvis utvasket forskjell mellom natt og dag (Fetveit & Bjorvatn, 2007). Følgelig kan det tenkes at dagarbeid oppleves som en mer strukturert arbeidsform i hverdagen, som bidrar til en mer regelmessig døgnrytme, framfor å jobbe natt- eller turnusarbeid. I ARB-gruppen er det signifikant færre som arbeider nattarbeid enn i ikke-ARB-gruppen. Videre er det kun gruppen i arbeid som har jobbet turnus. Det er mangelfull forskning på å vende tilbake til turnusarbeid og psykiske lidelser, men det er funnet en sammenheng mellom turnusarbeid, angst og depresjon (Pati, Chandrawanshi & Reinberg, 2001). Man vet også at turnusarbeid kan gi uønskede effekter for de ansattes helse og sosiale liv (Lie et al., 2014), som kan formodes å være et dårlig utgangspunkt å vende tilbake til for de langtidssykemeldte med HADS ≥ 8 . I denne undersøkelsen ble det funnet en signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt søvnkvalitet og å som regel være energifull. Gruppen i arbeid kjennetegnes ved å være mindre energifull og har dårligere søvnkvalitet, sammenlignet med gruppen som ikke er i arbeid. Søvnproblemer er forbundet med økt risiko for depresjon (Ford & Kamerow, 1989), i tillegg vises det til at dårlig søvn gir økt sykefravær og uførhetstrygd (Bjorvatn & Fetveit, 2012). I samsvar med kunnskap om konsekvenser av dårligere søvnkvalitet, kjennetegnes ARB-gruppen ved et større forbruk av sovemedisin enn ikke-ARB. I tillegg vet man at antidepressiva kan gi bivirkninger i form av søvnforstyrrelser (Haslam et al. 2003). Det er ikke funnet forskning som kan forklare hvorfor de langtidssykemeldte som rapporterer dårligst nattesøvn og minst energioverskudd vendte tilbake i arbeid. En studie på turnusarbeid viser imidlertid at sosiale faktorer er viktige for å opprettholde døgnrytmen (Ursin, 1996).

Det ble funnet en signifikant forskjell mellom gruppene når det gjelder antall venner. ARB-gruppen har et større gjennomsnittlig antall venner, enn ikke-ARB-gruppen har. I tillegg opplever en større andel i ARB-gruppen at de har nok venner, enn hva ikke-ARB-gruppen gjør. Det er imidlertid uvisst om hvorvidt man faktisk opplever sosial støtte fra vennene som er oppgitt. Det er likevel nærliggende å tro at vennene kan bidra til å dempe betydningen av belastninger (Skogstad, 2011) i tilbakevendingsprosessen til arbeidslivet, i samsvar med at sosial støtte er en del av GMR (Antonvosky, 1979; 2012). I tillegg rapporterer de som kom tilbake til arbeid at den fysiske eller psykiske helsen deres i mindre grad begrenser deres sosiale aktiviteter. Det kan følgelig tenkes at ARB-gruppen i større grad blir eksponert for sosialisering ved å være i jobb. På bakgrunn av at arbeidsrelaterte, psykososiale faktorer og sosial støtte er funnet å korrelere positivt med OAS sin styrke (Nilsson et al., 2000; Holmberg et al., 2004; Lillefjell & Jakobsen, 2007), kan det tenkes at ARB-gruppens OAS gradvis vil styrkes. Følgelig påpekte Antonovsky (1987) at ved store livshendelser ville OAS med tiden returnere til sin gjennomsnittlige status.

Flertallet av de som kom tilbake til arbeid deltar i foreningsvirksomhet en til to ganger i måneden. Det kan tenkes at høyt angst- og depresjonsnivå kombinert med påkjeningen ved å vende tilbake til jobb etter langtidssykefravær, er én årsak til at ARB-gruppen deltar sjeldnere i foreningsvirksomhet, enn det ikke-ARB-gruppen gjør. I tillegg vet man at langvarig sykemelding gjerne forsterker sosial isolasjon og passivitet, noe angst- og depresjonsdiagnosen også kan fremkalle (Aagestad et al., 2009). Likevel rapporterer ARB-gruppen at den fysiske eller psykiske helsen i mindre grad har begrenset deres sosiale aktiviteter, kontakt med familie eller venner (Sosiale aktiviteter, COOP/WONCA), enn det ikke-ARB-gruppen gjør. Følgelig er det nærliggende å tro at gruppen som ikke er i arbeid har mer fritid til disposisjon, enn det gruppen som er i arbeid har.

Det ble funnet en signifikant forskjell mellom gruppene når det gjelder fysisk funksjon (COOP/WONCA). Gruppen i arbeid rapporterer en dårligere fysisk form enn det gruppen som ikke er i arbeid gjør. I tillegg rapporterer ARB-gruppen også en dårligere fysisk og psykisk helse (daglige aktiviteter, COOP/WONCA), i forhold til ikke-ARB. I denne oppgaven er det ikke funnet tidligere forskning som fullt ut bekrefter – eller motsatt, avkrefter – disse funnene.

Sanne og medarbeidere (2003; 2004) fant at bønder i større grad opplevde psykologiske jobbkraav i tillegg til tungt arbeid sammenlignet med ikke-bønder. I denne oppgaven består

riktig nok ARB-gruppen av en større andel bønder enn ikke-ARB-gruppen. Likevel kan ikke forskningen (Sanne et al., 2003, 2004) forklare dette funnet, da det kun er en beskjeden prosentandelen bønder/fiskere i ARB-gruppen (2.3%). Når det gjelder fysisk og psykisk helse i alminnelighet (COOP/WONCA), kjennetegnes ARB-gruppen ved en dårligere samlet helsetilstand enn ikke-ARB-gruppen. De fleste studier på mental helse og fysisk funksjon foreslår en invers sammenheng mellom avtagende nivåer av depressive symptomer og økt fysisk funksjon. Det er likevel rapportert at sammenhengen mellom depressive symptomer og fysisk funksjon er uventet svak (McKnight & Kashdan, 2009; Ernsten & Lillefjell, 2014). Ernsten og Lillefjell (2014) fant også i sin studie at langtidssykemeldte som vendte tilbake til arbeid hadde dårligere fysisk funksjon, sammenlignet med de som ikke kom tilbake til jobb. Forfatterne presenterte en alternativ forklaring; at selvrappotering av fysisk funksjon kan være påvirket av psykiske plager (Ernsten & Lillefjell, 2014).

Magnussen, Nilsen og Råheim (2007) fant i en kvalitativ studie på uførhetstrygdete og kroniske smerter at noen av barrierene tilknyttet tilbakevending til jobb var tidligere negative arbeidsopplevelser, dårlig selvutvärdering av arbeidsevne, og lav selvfølelse. Flere deltakere rapporterte at forholdene på deres tidligere arbeidsplasser bidro til uførhetsprosessen, noe som ville gjøre det vanskelig å vende tilbake til arbeidet. Følgelig er det nærliggende å tro at opplevelsen av å få innvilget uførepensjon – gjeldende ikke-ARB-gruppen – kan bli forløst av følelsen av lettelse og tilfredshet. Derimot kan det tenkes at de langtidssykemeldte – som per definisjon er "på vei inn i arbeid" – blir gjenværende i en utrygg og usikker situasjon, både økonomisk og yrkesmessig. I sin tur kan denne følelsesmessige tilstanden direkte påvirke deres vurdering av fysisk funksjon, til tross for at de er deprimert (Ernsten & Lillefjell, 2014). Videre anser de som er i arbeid seg selv som signifikant mindre verdifull, enn det de som ikke er i arbeid gjør. Det kan tenkes at ARB-gruppens lave verdisyn overfor seg selv også påvirker egenutvärderingen.

Det kan tenkes at ARB-gruppens svakere rapportering av fysisk funksjon er relatert til smerteopplevelse. Gruppen i arbeid har sterkere smerteopplevelse enn gruppen som ikke er i arbeid. I tillegg blir ARB-gruppen i større grad plaget av de fysiske smertene. Depresjon og smerter deler biologiske mekanismer og signalstoffer, som har implikasjoner for behandling. På bakgrunn av at kombinasjonen av depresjon og smerte er forbundet med dårligere kliniske utfall, enn begge tilstandene alene (Ernsten & Lillefjell, 2014), er det overraskende at en høyere andel mestrer overgangen tilbake til arbeid, sammenlignet med de som ikke er i arbeid. I samsvar med den høyere smerteopplevelsen, viser denne oppgaven at ARB-gruppen

også har et større ukentlig forbruk av smertestillende medikamenter, sammenlignet med ikke-ARB. Tverrfaglige rehabiliteringsprogrammer er funnet å være effektive for å forbedre funksjon i form av redusert smerteintensitet, smerteopplevelse, angst og depresjon (Lillefjell, Krokstad & Espnes, 2006; Lillefjell & Jakobsen, 2007).

Gruppen i arbeid kjennetegnes både ved dårligere konsentrasjonsevne, hukommelse og evne til å forstå og vurdere beskjeder, informasjon, sammenlignet med ikke-ARB. Man vet at psykiske lidelser som angst og depresjon kan påvirke blant annet kognitiv fungering (Folkehelseinstituttet, 2013). Det kan tenkes at ARB-gruppen opplever tilbakevendingsprosessen til arbeid som en påkjenning, og følgelig kan dette presset bidra til at gruppen rapporterer svakere verdier på kognitiv funksjon, sammenlignet med ikke-ARB.

Gruppen som kom tilbake til arbeid har et større alkoholforbruk sammenlignet med gruppen som ikke kom tilbake. I tråd med at mennesker med sosial angst ofte anvender alkohol for å mestre sosiale situasjoner (Kushner et al., 2000) og på bakgrunn av høyt angst- og depresjonsnivå, er det ikke overraskende at ARB-gruppen anvender mer alkohol enn ikke-ARB. I gruppen i arbeid er det færre som aldri drikker alkohol enn det er i gruppen som ikke kommer tilbake. I tråd med Dahl og medarbeidere (2002) sine funn – hvor høykonsumentene og de avholdende har et høyere depresjonsnivå sammenlignet med mellomsjiktet – er følgelig over halvparten av ARB-gruppen ved et lavere angst- og depresjonsnivå i forhold til yttergruppene (minimum ukentlig og aldri).

Videre er det flere som røyker daglig i gruppen i arbeid sammenlignet med gruppen som ikke er i arbeid. I samsvar med at stressende livshendelser er forbundet med røyking (Kivimäki et al., 2002), kan det tenkes at daglig røyking kjennetegner ARB-gruppen på bakgrunn av at tilbakevending til arbeid er en stressende påkjenning for de langtidssykemeldt med HADS ≥ 8 .

I følge Sjöström og medarbeidere (2012), er det mulig denne gruppen av langtidssykemeldte med høyt nivå av depresjon og angst krever rehabilitering med et annet innhold enn det som vanligvis tilbys gjennom et tradisjonelt tverrfaglig rehabiliteringsprogram (Ernstsen & Lillefjell, 2014; Sjöström et al., 2012).

I samsvar med Antonovsky (1984) vil det ikke være tilstrekkelig å vektlegge hvordan man kan fjerne angst- og depresjonssymptomene hos de langtidssykemeldte. Relatert til den

salutogene teorien må fokus heller rettes mot hvordan man kan leve med angst og depresjon gjennom å reflektere over sine indre og ytre ressurser for videre å kunne identifisere og mobilisere ressursene (Antonovsky, 1979; Eriksson, 2007). Følgelig kan både individ og samfunn endre sitt syn på angst, depresjon og sykdom til noe man kan lære å leve med ved hjelp av GMR og OAS.

5.2 Metodediskusjon

Denne oppgaven har flere begrensninger som må vurderes. Et relativt lite utvalg ble selektert fra rehabiliteringsprogrammet, hvor alle data er selvrapportert. Ved anvendelse av selvrappoterings skjemaer, står man overfor en risiko for at respondentene ikke forstår spørsmålene som tiltenkt, eller at respondentenes besvarelser blir påvirket av formuleringen av spørsmålene, hvilke svaralternativer som er tilgjengelige, samt rekkefølgen av spørsmålene (Jacobsen, 2005). I denne oppgaven står man også i en fare for at respondentenes helsetilstand – høyt angst- og depresjonsnivå – påvirker besvarelsen. På bakgrunn av at alle data er selvrapportert, er det ikke mulig å bekrefte om deltakerne faktisk kom tilbake til jobb, eller ikke. Videre, når det gjelder medisinske diagnoser og bruk av reseptbelagte medisiner – angstdepnende, antidepressive, smertestillende medikamenter og sovemedisin – er ikke dataene tilkoblet registre som sikrer denne informasjonen.

I denne oppgaven er det anvendt standardiserte verktøy, med formål å eliminere tilfeldige målefeil samt gi pålitelig data (Ringdal, 2013). I tillegg til validerte skaler består kartleggingsverktøyet ved rehabiliteringsenheten av enkeltspørsmål som ikke nødvendigvis er godt nok testet.

Selv om HADS er et godt validert verktøy (Bjelland et al., 2002; Herrmann, 1997; Lisspers et al., 1997; Spinhoven, 1997) og et nyttig måleinstrument i vurderingen av symptomer på depresjon og angst, er det ikke validert som et diagnostisk verktøy for kliniske diagnoser (AlPsych Online, 2011; Ernsten og Lillefjell, 2014). Det er imidlertid ikke rehabiliterings hensikt å stille diagnoser, men anvendes verktøyet som grunnlag for eventuell videre henvisning til psykolog.

Lindström og Eriksson (2010) hevder at ingen teori er sterkere enn dets svakeste punkt, som også er gjeldende for salutogenese og OAS. I midlertid er strukturen av OAS fremdeles ikke helt tydelig. Det finnes andre begreper som forklarer helse, som robusthet (hardiness) (Kobasa, 1982), mestringstro (self-efficacy) (Bandura, 1977) og Rotter (1966) sin teori om kontrollplassering (locus of control). I tillegg har mangelen av bevis på stabiliteten av OAS over tid blitt kritisert (Geyer, 1997; Lindström & Eriksson, 2010). Likevel viser flere longitudinelle studier tegn til stabilitet av OAS, som har en tendens til å øke med alderen over hele levetiden (Höge & Büssing, 2004; Lindström & Eriksson, 2010).

Antonovsky (1993; 1984) mente at de tre kjernekomponentene som utgjør OAS ikke kan deles opp, og at OAS følgelig må sees på en helhet. I oppgaven understrekes scorene på de tre kjernekomponentene som en del av kartleggingen av de langtidssykemeldte.

En mulig svakhet er at det er anvendt studier hvor angst- og depresjonsnivået ikke har vært spesifisert. På bakgrunn av at studiene omhandler angst og depresjon er det likevel valgt å inkludere dem.

Siden det er anvendt tverrsnittstudie i denne oppgaven, er det ikke mulig å foreta noen slutning om kausalitet (Ringdal, 2013, Ernsten & Lillefjell, 2014). Hovedfokuset i denne undersøkelsen er å kartlegge hva som kjennetegner langtidssykemeldte med høyt nivå av angst og depresjon etter endt rehabilitering som mestrer overgangen tilbake til arbeid. Ved en senere studie vil det i midlertid være aktuelt å undersøke hva som predikerer at de langtidssykemeldte returnerer til arbeid. Det er imidlertid en styrke at denne oppgaven bygger på tverrsnittsdata fra et stort totalutvalg av langtidssykemeldte som har vært i et reelt rehabiliteringsforløp.

Siden selv mild angst og /eller depresjon er funnet å øke sykefraværet (Knudsen et al., 2013), vil det i en senere studie være aktuelt å undersøke nærmere de mekanismene som ligger bak vellykkede tilbakeføringsprosesser.

6 KONKLUSJON

Denne oppgaven viser at langtidssykemeldte med høyt nivå av angst og depresjon, som mestrer overgangen tilbake til arbeidslivet, rapporterer lavere fungering på en rekke funksjonsvariabler sammenlignet med gruppen som ikke kom tilbake til arbeid. Gruppen i arbeid kjennetegnes av signifikant forskjell i type arbeid, lavere stillingsstørrelse og turnusarbeid, i forhold til gruppen som ikke er tilbake i arbeid. ARB-gruppen beskrives ved å ha signifikant mer smerter, større plager av de fysiske smertene og anser seg selv som mindre verdifulle enn det ikke-ARB-gruppen gjør. De som er i arbeid karakteriseres også ved å være signifikant mindre energifulle, har dårligere søvnkvalitet samt dårligere fysisk form. Imidlertid kjennetegnes gruppen i arbeid ved å ha signifikant flere venner, enn gruppen som ikke er i arbeid.

Det er imidlertid behov for mer forskning på langtidssykemeldte med høyt nivå av angst og depresjon ($HADS \geq 8$), forholdet mellom de to diagnosene og faktorer og forhold som fremmer tilbakeføring til arbeid etter langtidssykefravær. I tråd med IA-avtalens overordnede mål er dette et viktig område å kartlegge for å kunne bidra til å forebygge og redusere sykefraværet og hindre utstøtning og frafall.

Longitudinelle studier med bruk av registre som inkluderer ansettelse, sykefravær samt bruk av reseptbelagte medikamenter, bør fortrinnsvis anvendes ved evaluering av faktorer som fremmer prosessen med å vende tilbake til arbeid blant mennesker med høyt nivå av angst og depresjon.

Opplevelse av sammenheng (OAS) er et viktig ledd i helsefremmende arbeid. Følgelig vil det være nyttig å tilegne seg mer kunnskap om hvordan OAS kan hjelpe grupper med angst og depresjon til å komme tilbake i arbeid.

REFERANSELISTE

- Aagestad, C., Sterud, T., & Tynes, T. (2009). *Ikke-yrkesaktive i Norge – i et yrkes- og helseperspektiv* (Rapport 2009:7). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- ALPsych Online. (2011). *Psychiatric disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Hentet 03.02.14, fra <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>
- Andersen, S., Chen, S., & Carter, C. (2000). Fundamental human needs: making social cognition relevant. *Psychological Inquiry*, 11, 269-318.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental health and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. I J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, A. J. Herd, N. Miller & S. M. Weiss (red.) *Behavioural health: A 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 and Medicine*, 36(6), 725-733.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Antonovsky, H., & Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *The Journal of Social Psychology*, 126(2), 213-225.
- APA. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edn.), (DSM–III).
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn.), (DSM–IV).
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet. (2007-2012). *Strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*. Hentet 03.12.13, fra <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/I-1127%20B.pdf>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2014). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 4. mars 2014 – 31. desember 2018. (IA-avtalen)*. Hentet 28.04.14, fra http://www.regjeringen.no/upload/ASD/Dokumenter/2014/IA_20142018/IA_avtalen.pdf

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behaviour change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Barham, G., & Begum, N. (2005). Sickness absence from work in the UK. *Labour Market Trends*, *113*, 149–58.
- Bentsen B. G., Natvig, B., & Winnem, M. (1997). Assessment of own functional capacity. COOP-WONCA Charts in clinical work and research. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, *117*(12), 1790-1793.
- Bentsen, B. G., Natvig, B., Winnem, M. (1999). Questions you didn't ask? COOP/WONCA Charts in clinical work and research. *Family Practice*, *16*(2), 190-195. doi: 10.1093/fampra/16.2.190.
- Berg, R. C., Øverland, S., & Høie, B. (2009). *Effekten av psykoterapi for mennesker med depressive lidelser* (Rapport 2009: 6). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69–77.
- Bjorvatn, B., & Fetveit, A. (2012). Søvnproblemer blant eldre. *Norsk Epidemiologi*, *22*(2), 177-186.
- Boonstra, A. M., Preuper, H. R. S., 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*(2), 165–169. doi: 10.1097/MRR.0b013e3282fc0f93.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. Open Buckingham and Philadelphia: Open University Press.
- Bültmann, U., Christensen, K. B., Burr, H., Lund, T., & Rugulies, R. (2008). Severe depressive symptoms as predictor of disability pension: a 10-year follow-up study in Denmark. *European Journal of Public Health*, *18*(3), 232-234.
- Carstens, J. A., & Spangenberg, J. J. (1997). Major depression: a breakdown in sense of coherence? *Psychological Reports*, *80*, 1211-1220.
- Dahl A. A., Krüger, M. B., Dahl, N. H., Stordal, E., & Mykletun, A. (2002). Angst, depresjon og psykiatrisk epidemiologisk forskning i Nord-Trøndelag. *Norsk Epidemiologi*, *12*(3), 347-353.

- Druss, B. G., Schlesinger, M., Allen, H. M. (2001). Depressive symptoms, satisfaction with health care, and 2- year work outcomes in an employed population. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 731-734.
- Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59-62. doi: 10.2975/32.1.2008.59.62.
- Ekman, M., Granström, O., Omérov, S., Jacob, J., & Landen, M. (2013). The societal cost of depression: Evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 790-797.
- Elovainio, M., Linna, A., Virtanen, M., Oksanen, T., Kivimäki, M., Pentti, J., & Vahtera, J. (2013). Perceived organizational justice as a predictor of long-term sickness absence due to diagnosed mental disorders: Results from the prospective longitudinal Finnish Public Sector Study. *Social Science & Medicine*, 91, 39-47.
- Eriksson, M. (2007). Unravelling the mystery of salutogenesis: the evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's sense of coherence scale. (Doktoravhandling, Universitetet i Finland). Vasa: Åbo Akademia.
- 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. doi: 10.1136/jech.2003.018085.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*, 60, 376-381. doi: 10.1136/jech.2005.041616.
- Ernstsen, L., & Lillefjell, M. (2014). Physical functioning after occupational rehabilitation and returning to work among employees with chronic musculoskeletal pain and comorbid depressive symptoms. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 55-63.
- Ervasti, J., Vahtera, J., Oksanen, T., Ahola, K., Kivimäki, M., & Virtanen, M. (2013). Depression-related work disability: socioeconomic inequalities in onset, duration and recurrence. *PLoS One*, 8(11), e79855. doi: 10.1371/journal.pone.0079855.
- Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2012). *Helsepsykologi* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fetveit, A., & Bjorvatn, B. (2007). Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 44(4), 394-402.

- Flo, E., Magerøy, N., Moen, B. E., Pallesen, S., Bjorvatn, B. (2011). Nattarbeid gir helseproblemer. Mange sykepleiere i turnus har problemer med søvn og trøtthet. *Sykepleien*, 13, 70-72.
- Fløtten, T. (2007). Ulikhet og sosial fordeling. I J. M. Hippe (Red.), *Hamskifte. Den norske modellen i endring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2012). *Angst og depresjon øker risikoen for sykefravær*. Hentet 09.01.14, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6465&Main_6157=6261:0:25,8334&Content_6465=6178:100890::0:6268:5::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2013). *Fakta om ulike psykiske plager og lidelser*. Hentet 02.03.14, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,8303&List_6212=6218:0:25,8359:1:0:0::0:0
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Fakta om depresjon*. Hentet 05.02.14, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5767&MainContent_6263=6464:0:25,5768&List_6212=6218:0:25,5775:1:0:0::0:0
- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA*, 262(11), 1479-1484. doi:10.1001/jama.1989.03430110069030.
- Foss, Ø. T. (2012). *Jobbhelsen. Helseboka for arbeidslivet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Funksjonell medisin (2014). *Angst og depresjon*. Hentet 02.03.14, fra <http://www.funksjonellmedisin.no/angst-og-depresjon>
- Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science and medicine*, 44(12): 1771-1779.
- Glozier, N., Hough, C., Henderson, M., Holland-Elliott, K. (2006). Attitudes of nursing staff towards co-workers returning from psychiatric and physical illnesses. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(6), 525–534. doi: 10.1177/0020764006066843.
- Gramstad, A., & Hessen, E. (2008). Nevropsykologi og epilepsi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(10), 1293-1297.
- Grav, S., Hellzén, O., Romild, U., & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 111-120. doi: 10.1111/j.1365-2702-2011.03868x.

- Gravseth, H. M. (2010). *Arbeidsskader og arbeidsrelaterte helseproblemer* (Rapport 2010: 4). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Hajek, P., Taylor, T., & McRobbie, H. (2010). The effect of stopping smoking on perceived stress levels. *Addiction*, *105*(8), 1466-1471. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02979.x.
- Haslam, C., Brown, S., Hastings, S., & Haslam, R. (2003). *Effects of prescribed medication on performance in the working population*. London: Health and Safety Executive.
- Haug, T. T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. *Psychosomatic Medicine. Journal of Biobehavioral Medicine*, *66*(6), 845–851.
- Hees, H. L., Koeter, M. W. J., & Schene, A. H. (2012). Predictors of Long-Term Return to Work and Symptoms Remission in Sick-Listed Patients With Major Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, *73*(8), 1048-1055. doi: 10.4088/JCP.12m07699.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren* (NOU 2010: 13). Oslo: Informasjonsforvaltning.
- Helsedirektoratet. (2011). *Arbeid og psykisk helse*. Hentet 17.11.13, fra <https://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/Arbeid-og-psykisk-helse/Arbeid-er-viktig-for-den-psykiske-helsen.aspx>
- Hem, M. H. (2009). *Personer med psykisk lidelse*. Hentet 04.02.14, fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Personer-med-psykisk-lidelse/>
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression scale – a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, *42*, 17-41.
- Holm, I., & Risberg, M. A. (2003). COOP/WONCA-funksjonsskjema – Et nyttig og sensitivt evalueringsverktøy til bruk i fysioterapi praksis. *Fysioterapeuten*, *8*.
- Holma, K. M., Holma, I. A., Melartin, T. K., Rytysälä, H. J., & Isometsä, E. T. (2008). Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(2), 196-205.
- Holmberg, S., Thelin, A., & Stiernstrom, E.-L. (2004). Relationship of sense of coherence to other psychosocial indices. *European Journal of Psychological Assessment*, *20*(4), 227–236. doi: 10.1027/1015-5759.20.4.277.
- Höge, T., & Büssing, A. (2004). The impact of sense of coherence and negative affectivity on the work stressor-strain relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, *9*(3), 195–205. doi: 10.1037/1076-8998.9.3.195.

- Ibrahim, S. A., Scott, F. E., Cole, D. C., Shannon, H. S., & Eyles, J. (2001). Job strain and self-reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian national population health survey. *Women & Health, 33*(1-2), 105-124. doi: 10.1300/J013v33n01_07.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjerke.
- Kinman, G. (2008). Work stressors, health and sense of coherence in UK academic employees. *Educational Psychology: An International Journal of Experimental Educational Psychology 28*(7), 823-835. doi: 10.1080/01443410802366298.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Elvovainio, M., Lillrank, B., & Kevin, M. V. (2002). Death or illness of a family member, violence, interpersonal conflict, and financial difficulties as predictors of sickness absence: longitudinal cohort study on psychological and behavioural links. *Psychosomatic medicine, 64*(5), 817-825.
- Kleppa, E., Sanne, B., & Tell, G. S. (2008). Working overtime is associated with anxiety and depression: The Hordaland Health Study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine, 50*(6), 658-666. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181734330.
- Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A., & Øverland, S. (2013). Common mental health disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 127*(4), 287-297. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01902.x.
- Kobasa, S. (1982). The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. In G. S. Sanders & J. Suls (Red.), *Social Psychology of Health and Illness*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kouvonen, A. M., Väänänen, A., Vahtera, J., Heponiemi, T., Koskinen, A., Cox., S. J., & Kivimäki, M. (2010). Sense of coherence and psychiatric morbidity: a 19-year register-based prospective study. *Journal of Epidemiology & Community Health, 64*, 255-261. doi: 10.1136/jech.2008.083352.

- Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review, 20*(2), 149-171.
- Lagerveld, S. E., Bültman, U., Franche, R. L., van Dijk, F. J., Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., Bruinvels, D. J., Huijs, J. J., Blonk, R. W., van der Klink, J. J., & Nieuwenhuijsen, K. (2010). Factors associated with work participation and work functioning in depressive workers: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation, 20*(3), 275-292. doi: 10.1007/s10926-009-9224-x.
- Langballe, E. M., & Evensen, M. (2011). *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning, 4*(4), 288-296. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0143.
- Lau, B., Finne, L. B., & Berthelsen, M. (2011). Deltakelse i arbeidslivet: Helsefremmende eller en risiko for utvikling av dårlig mental helse? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48*(8), 745-750.
- Lie, J.-A. S., Arneberg, L., Goffeng, L. O., Gravseth, H. M., Lie, A., Ljoså, C. H., & Matre, D. (2014). *Arbeidstid og helse. Oppdatering av en systematisk litteraturstudie* (Rapport 2014:1). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Lillefjell, M. (2008). *Function and work ability following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain* (Doktoravhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet). Trondheim: NTNU-trykk.
- Lillefjell, M., Haugan, T., Martinussen, P., & Halvorsen, T. (2013). Treatment Outcomes Among Individuals in a Musculoskeletal Pain Rehabilitation Program Related to the Prevalence and Trends in the Dispensing of Prescribed Medications. *Journal Of Musculoskeletal Pain, 21*(4), 311-319. doi: 10.3109/10582452.2013.848968.
- 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*(3), 222-231. doi: 10.1037/1076-8998.12.3.222.
- Lillefjell, M., Jakobsen, K., & Krokstad, S. (2010). Utsatte grupper – karakteristika og utfordringer på arbeidsmarkedet. *Tidsskrift for velferdsforskning, 13*(2), 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*(4), 543-555. doi: 10.1007/s10926-005-9011-2.

- Lindegaard, P. M., Bentzen, N., Christiansen, T. (1999). Reliability of the COOP/WONCA charts. Test-retest completed by patients presenting psychosocial health problems to their general practitioner. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17(3), 145-148. doi: 10.1080/028134399750002548.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-442. doi: 10.1136/jech.2005.034777.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis*. Salutogenic pathways to health promotion. Helsinki: Folkhälsan Research Centre.
- Lisspers, J., Nygren, A., & Soderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 281-286.
- Magnussen, L., Nilsen, S., Råheim, M. (2007). Barriers against returning to work – as perceived by disability pensioners with back pain: a focus group based qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 29(3): 191–197.
- Martinsen, E., W., & Taube, J. (2009). Angst. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Matsuura, E., Ohta, A., Kanegae, F., Haruda, Y., Ushiyama, O., Korada, S., Togashi, R., Tada, Y., Suzuki, N., & Nagasawa, K. (2003). Frequency and analysis of factors closely associated with the development of depressive symptoms in patients with Scleroderma. *Journal of Rheumatology*, 30(8), 1782–1787.
- McDowell, I., Newell, B., & Winnem, M. (1997). *Measuring health – A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: a case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 243-259. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.005.
- Meng, X., & D'Arcy, C. (2014). The projected effect of risk factor reduction on major depression incidence: a 16-year longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 158, 56-61. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.007.
- Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christos, C., Michalopoulou, Kalemi, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K., & Lykouras, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry*, 7: 4. doi:10.1186/1744-859X-7-4.

- Mill, J. G. V., Vogenlzugs, N., Hoogendijk, W. J., & Penninx, B. W. (2013). Sleep disturbances and reduced work functioning in depressive or anxiety disorders. *Sleep Medicine, 14*(11), 1170-1177. doi: 10.1016/j.sleep.2013.04.016.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Øverland, S., Prince, M., Dewey, M., & Stewart, R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. *The British Journal of Psychiatry, 195*, 118-125. doi: 10.1192/bjp.bp.108.054866.
- Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A. A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., Aaro, L. E., & Prince, M. (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American Journal of Psychiatry, 163*(8), 1412-1418.
- Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A. A. (2001). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Factor structure, item analyses, and internal consistency in a large population. *The British Journal of Psychiatry, 179*, 540-544.
- Nasermoaddeli, A., Sekine, M., Hamanishi, S., Kagamimori, S. (2003). Associations between Sense of Coherence and psychological work characteristics with changes in Quality of Life in Japanese civil servants; A 1-year follow-up study. *Industrial Health, 41*, 236–241. doi: 10.2486/indhealth.41.236.
- NAV. (2014). *Oppfølging av sykemeldte*. Hentet 11.02.14, fra <https://www.nav.no/Arbeid/Oppfølging+av+sykmeldte>
- Nes, R. B., & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger* (Rapport 2011:2). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Nielsen, M. B. D., Bültmann, U., Madsen, I. E. H., Martin, M., Christensen, U., Diderichsen, F., & Rugulies, R. (2012). Health, work and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. *Disability & Rehabilitation, 34*(15), 1311-1316.
- Nilsson, B., Holmgren, L., & Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden – Gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 18*, 14–20.
- Nilsson, K., Leppert, J., Simonsson, B., & Starrin, B. (2010). Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. *Journal of Epidemiology and Community Health, 65*, 347-352.

- Nordahl, H. M., Martinsen, E. W., & Wang, C. E. A. (2012). Psykologiske behandlingsformer for depresjon med vekt på individualiserende tilnærminger. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, *49*(1), 40-48.
- Oedegaard, K. J., Neckelmann, D., Mykletun, A., Dahl, A. A., Zwart, J. A., Hagen, K., & Fasmer, O. B. (2005). Migraine with and without aura: association with depression and anxiety in a population-based study. The HUNT Study. Blackwell Publishing LTD *Cephalalgia*, *26*, 1-6. doi: 10.1111/j.1468-2982.2005.00974.x.
- Olsson, G., Hemström, Ö., & Fritzell, J. (2009). Identifying Factors Associated with Good Health and Ill Health. *International Journal of Behavioral Medicine*, *16*(4), 323-330.
- Pati, A. K., Chandrawanshi, A., & Reinberg, A. (2001). Shift work: consequences and management. *Current Science*, *81*(1), 32-52.
- Plaisier, I., de Graaf, R., de Bruijb, J., Smit, J., van Dyck, R., Beekman, A., & Pennix, B. (2012). Depressive and anxiety disorders on-the-job: the importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. *Psychiatry research*, *200*(2-3), 382-388. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.016
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Global Mental Health* *1*, 370(9590), 859-877. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0.
- Riedel, M., Möller, H.-J., Obermeier, M., Adli, M., Bauer, M., Kronmüller, K., Brieger, P., Laux, G., Bender, W., Heuser, I., Zeiler, J., Gaebel, W., Scennach-Wolff, R., Henkel, V., & Seemüller, F. (2011). Clinical predictors of response and remission in patients with depressive syndromes. *Journal of Affective Disorders*, *133*(1-2), 137-149. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.007.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements, *Psychological Monographs: General and Applied*, *80*(1), 1-28.
- Sado, M., Shirahase, J., Yoshimura, K., Miura, Y., Yamamoto, K., Tabuchi, H., Kato, M., & Mimura, M. (2014). Predictors of repeated sick leave in the workplace because of mental disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *10*, 193-200. doi: 10.2147/NDT.S55490.

- Salo, P., Oksanen, T., Sivertsen, B., Hall, M., Penitti, J., Virtanen, M., Vahtera, J., Kivimäki, M. (2010). Sleep Disturbances as a Predictor of Cause-Specific Work Disability and Delayed Return to Work. *Sleep Disturbances and Work Disability*, 33(10), 1323-1331.
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E., & Tell, G. S. (2003). Occupational differences in levels of anxiety and depression: the Hordaland Health Study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 45(6), 628-638.
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E., Tell, G. S. (2004). Farmers are at risk for anxiety and depression: the Hordaland study. *Occupational Medicine*, 54(2), 92–100. doi: 10.1093/occmed/kqh007.
- Silventoinen, K., Volanen, S.-M., Vuoksima, E., Rose, R. J., Suominen, S., & Kaprio, J. (2014). A supportive family environment in childhood enhances the level and heritability of sense of coherence in early adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi: 10.1007/s00127-014-0851-y.
- Sivertsen, B., Krokstad, S., Øverland, S., & Mykletun, A. (2009). The epidemiology of insomnia: Associations with physical and mental health. The HUNT-2 study. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 109-116.
- Sjöström, R., Asplund, R., Alricsson, M. (2012). Back to work: evaluation of a multidisciplinary rehabilitation program with emphasis on mental symptoms; A two-year follow up. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, 145–151.
- Skogstad, A. (2011). *Psykososiale faktorer i arbeidslivet. Det gode arbeidsmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Smith, P. M., Breslin, F. C., & Beaton, D. E. (2003). Questioning the stability of sense of coherence: The impact of socio-economic status and working condition in the Canadian population. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38, 475-484.
- Snekkevik, H., Stanghelle, J. K., Fugl-Meyer, A. (2003). Is sense of coherence stable after multiple trauma? *Clinical Rehabilitation*, 17, 443-452. doi: 10.1191/0269215503cr630oa.
- Sorvaniemi, M., Helenius, H., & Salokangas, R. K. (2003). Factors associated with being granted a pension among psychiatric outpatients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 43–48.
- Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P. P., Kempen, G. I., Speckens, A. E., & Van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.

- Stansfeld, S. A., Head, J., Rasul, F., Singleton, N., & Lee, A. (2003). *Occupation and Mental Health: Secondary analyses of the ONS Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain*. London: Health & Safety Executive.
- Suominen, S., Gould, R., Ahvenainen, J., Vahtera, J., Uutela, A., & Koskenvuo, M. (2005). Sense of coherence and disability pension. A nationwide, register based prospective population study of 2196 adult Finns. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*, 455–459. doi: 10.1136/jech.2003.019414.
- Thomas, S. E., Randall, C. L., & Carrigan, M. H. (2003). Drinking to Cope in Socially Anxious Individuals: A Controlled Study. *Alcoholism. Clinical & Experimental Research, 27*(12), 1937-1943. doi: 10.1097/01.ALC.0000100942.30743.8C.
- Torp, H. (2005). *Nytt Arbeidsliv. Medvirkning, inkludering og belønning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *The New England Journal of Medicine, 358*, 252-2260. doi: 10.1056/NEJMsa065779.
- Urakawa, K., Yokoyama, K., & Itoh, H. (2012). Sense of coherence is associated with reduced psychological responses to job stressors among Japanese factory workers. *BMC Research Notes, 6*(5), 247. doi: 10.1186/1756-0500-5-247.
- Ursin, R. (1996). *Søvn: en lærebok om søvnfysiologi og søvnsykdommer*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Velde, S. V. D., Bracke, P., & Levecque, P. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science and Medicine, 71*, 305–313- doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.035.
- van der Werff, E., Verboom, C. E., Penninx, B. W., Nolen, W. A., & Ormel, J. (2010). Explaining heterogeneity in disability associated with current major depressive disorder: effects of illness characteristics and comorbid mental disorders. *Journal of Affective Disorders, 127*(1-3), 203-210. doi: 10.1016/j.jad.2010.05.024.
- Wedegaertner, F., Arnhold-Kerri, S., Sittaro, N.-A., Bleich, S., Geyer, S., & Lee, W. E. (2013). Depression- and anxiety-related sick leave and the risk of permanent disability and mortality in the working population in Germany. *BMC Public Health, 13*, 145.
- Wilcock, A. (1993). A theory of the human need of occupation. *Journal of Occupational Science, 1*(1), 17-24. doi: 10.1080/14427591.1993.9686375.
- Wilcock, A. A. (1999). Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal, 46*(1), 1-11. doi: 10.1046/j.1440-1630.1999.00174.x.

- Wiles, N. J., Haase, A. M., Gallacher, J., Lawlor, D. A., Lewis, G. (2007). Physical activity and common mental disorders. Results from the Caerphilly study. *American Journal of Epidemiology*, 165(8), 946-954.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the Solid Facts*. Denmark: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- WHO. (1967). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-8)*.
- WHO. (1978). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-9)*.
- WHO. (2013). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 16.11.13, fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- WHO. (2012). *Depression*. Hentet 16.12.13, fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

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



Region: REK midt	Saksbehandler: Tone Natland Fagerhaug	Telefon: 73597506	Vår dato: 23.10.2013	Vår referanse: 2011/783/REK midt
			Deres dato: 22.10.2013	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Arnhild Myhr
NTNU

2011/783 Individ- og miljøbetingende ressurser som determinanter for integrering i arbeidsliv blant unge voksne

Forskningsansvarlig: Norges Tekniske og Naturvitenskapelige Universitet
Prosjektleder: Arnhild Myhr

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 22.10.2013 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK midt på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Det søkes om følgende endringer i forskningsprosjektet:

1. Oppdatert liste over prosjektmedarbeidere; Thomas Halvorsen, Marit Sommerseth og Ivar Svare Holand inngår som nye prosjektmedarbeidere.
2. Forlengelse av prosjektslutt til 01.06.2017, på grunn av fødselspermisjoner og forsinkelser i forbindelse med datautlevering.

Vurdering

Komiteen har ingen innvendinger mot de skisserte endringene.

Vilkår for godkjenning

1. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i skjema for prosjektendring, og i tråd med søknad og protokoll som har blitt godkjent av komiteen tidligere, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

2. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren».

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner søknad om prosjektendring, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Besøksadresse:
Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk
forskningssenter 7489
Trondheim

E-post: rek-midt@medisin.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK midt og ikke til enkelte personer

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Tone Natland Fagerhaug
Rådgiver

Kopi til: jan.dyrstad@svt.ntnu.no

VEDLEGG 2: Konesjon til etablering av databank



Frisknett AS
Stod

7717 STEINKJER

Deres referanse

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

Dato

1. september 2009

Konesjon til behandling av personopplysninger - Frisknett AS

Datatilsynet viser til Deres søknad av 5. januar 2009, om konesjon 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, konesjon til å behandle personopplysninger til det ovennevnte formål.

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

Konesjonen 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 konesjonspliktig 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 konesjonssøknad.

Postadresse:
Postboks 8177 Dep
0034 OSLO

Kontoradresse:
Tollbugt 3

Telefon:
22 39 69 00

Telefaks:
22 42 23 50

Org.nr:
974 761 467

Hjemmeside:
www.datatilsynet.no

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 personvernenssyn.

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

VEDLEGG 3: Hospital Anxiety and Depression Scale

Hvordan føler du deg

Her kommer noen spørsmål om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for et av de fire svarene som best beskriver dine følelser den siste tiden. Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

168	Jeg føler meg nervøs og urolig
<input type="checkbox"/>	3 - Mesteparten av tiden
<input type="checkbox"/>	2 - Mye av tiden
<input type="checkbox"/>	1 - Fra tid til annen
<input type="checkbox"/>	0 - Ikke i det hele tatt

171	Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner
<input type="checkbox"/>	0 - Like mye nå som før
<input type="checkbox"/>	1 - Ikke like mye nå som før
<input type="checkbox"/>	2 - Avgjort ikke som før
<input type="checkbox"/>	3 - Ikke i det hele tatt

169	Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før
<input type="checkbox"/>	0 - Avgjort like mye
<input type="checkbox"/>	1 - Ikke fullt så mye
<input type="checkbox"/>	2 - Bare lite grann
<input type="checkbox"/>	3 - Ikke i det hele tatt

172	Jeg har hodet fullt av bekymringer
<input type="checkbox"/>	3 - Veldig ofte
<input type="checkbox"/>	2 - Ganske ofte
<input type="checkbox"/>	1 - Av og til
<input type="checkbox"/>	0 - En gang i blant

170	Jeg har en urofølelse som om noe forferdlig skulle skje.
<input type="checkbox"/>	3 - Ja, og noe svært ille
<input type="checkbox"/>	2 - Ja, ikke så veldig ille
<input type="checkbox"/>	1 - Litt, bekymrer meg lite
<input type="checkbox"/>	0 - Ikke i det hele tatt

173	Jeg er i godt humør
<input type="checkbox"/>	3 - Aldri
<input type="checkbox"/>	2 - Noen ganger
<input type="checkbox"/>	1 - Ganske ofte
<input type="checkbox"/>	0 - For det meste

174	Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet
<input type="checkbox"/>	0 - Ja, helt klart
<input type="checkbox"/>	1 - Vanligvis
<input type="checkbox"/>	2 - Ikke så ofte
<input type="checkbox"/>	3 - Ikke i det hele tatt

178	Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv
<input type="checkbox"/>	3 - Uten tvil svært mye
<input type="checkbox"/>	2 - Ganske mye
<input type="checkbox"/>	1 - Ikke så veldig mye
<input type="checkbox"/>	0 - Ikke i det hele tatt

175	Jeg føler meg som om alt går langsommere
<input type="checkbox"/>	3 - Nesten hele tiden
<input type="checkbox"/>	2 - Svært ofte
<input type="checkbox"/>	1 - Fra tid til annen
<input type="checkbox"/>	0 - Ikke i det hele tatt

179	Jeg ser med glede fram til hendelser og ting
<input type="checkbox"/>	0 - Like mye som før
<input type="checkbox"/>	1 - Heller mindre enn før
<input type="checkbox"/>	2 - Avgjort mindre enn før
<input type="checkbox"/>	3 - Nesten ikke i det hele tatt

176	Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen
<input type="checkbox"/>	0 - Ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/>	1 - Fra tid til annen
<input type="checkbox"/>	2 - Ganske ofte
<input type="checkbox"/>	3 - Svært ofte

180	Jeg kan plutselig få en følelse av panikk
<input type="checkbox"/>	3 - Uten tvil svært ofte
<input type="checkbox"/>	2 - Ganske ofte
<input type="checkbox"/>	1 - Bare lite grann
<input type="checkbox"/>	0 - Ikke i det hele tatt

177	Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut
<input type="checkbox"/>	3 - Ja, jeg har sluttet å bry meg
<input type="checkbox"/>	2 - Ikke som jeg burde
<input type="checkbox"/>	1 - Ikke så veldig mye
<input type="checkbox"/>	0 - Bryr meg som før

181	Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og tv
<input type="checkbox"/>	0 - Ofte
<input type="checkbox"/>	1 - Fra tid til annen
<input type="checkbox"/>	2 - Ikke så ofte
<input type="checkbox"/>	3 - Svært sjelden

VEDLEGG 4: Opplevelse av sammenheng



Del **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

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

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

det har aldri
hendt

det hender
alltid

5.4 Inntil nå har livet mitt:

1 2 3 4 5 6 7

vært helt
uten mål
og mening

hatt mål og
mening

Løpenummer:

11

Må ikke brettes

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

Løpenummer:

12

Må ikke brettes

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

Løpenummer:

13

Må ikke brettes

VEDLEGG 5: COOP/WONCA

Pasientens navn: _____

f. nr. _____

Dato: _____

PASIENTSKJEMA

Funksjonsmåling (COOP/WONCA)






Norsk bearbeidelse: Prof. B.G. Bentsen
Institutt for allmenntmedisin 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.

A. FYSISK FORM

De siste 2 uker...
Hva var den tyngste fysiske belastningen du greide/kunne greid i minst to minutter?

MEGET TUNGT (f.eks.) Løpe fort		1
TUNGT (f.eks.) jogge i rolig tempo		2
MODERAT (f.eks.) Gå i raskt tempo		3
LETT (f.eks.) Gå i vanlig tempo		4
MEGET LETT (f.eks.) Gå sakte - eller kan ikke gå		5






B. FØLESEMESSIG PROBLEM

De siste 2 uker...
Hvor mye har du vært plaget av psykiske problemer som indre uro, angst, nedforhet eller irritabilitet?

Ikke i det hele tatt		1
Bare litt		2
Til en viss grad		3
En god del		4
Svært mye		5

C. DAGLIGE AKTIVITETER

De siste 2 uker...
Har du hatt vansker med å utføre vanlige gjøremål eller oppgaver enten innendørs eller utendørs, p.g.a. din fysiske eller psykiske helse?

Ikke vansker i det hele tatt		1
Bare lette vansker		2
Til en viss grad		3
En god del vansker		4
Har ikke greid noe		5






D. SOSIALE AKTIVITETER

De siste 2 uker...
Har din fysiske eller psykiske helse begrenset dine sosiale aktiviteter og kontakt med familie, venner, naboer eller andre?

Ikke i det hele tatt		1
Bare litt		2
Til en viss grad		3
Ganske mye		4
I svært stor grad		5






E. BEDRE ELLER DÅRLIGERE HELSE

Hvorledes vil du bedømme helsen din idag, fysisk og psykisk, sammenlignet med for 2 uker siden?

Mye bedre		1
Litt bedre		2
Omtrent uforandret		3
Litt værre		4
Mye værre		5

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

Dartmouth COOP Functional Assessment Charts/WONCA Copyright. Dartmouth COOP Project 1995.
Flere skjema kan fås ved henvendelse til Glaxo Wellcome AS, PB 4312 Torshov, 0402 OSLO, tlf. 22 58 20 00

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET