

Sense of coherence hos langtidssykemeldte med sammensatte plager

*Assosiasjoner mellom Sense of Coherence og andre
helserelaterte faktorer*

Camilla Coward



Masteroppgave i Helsefagvitenskap ved
Institutt for Helse og Samfunn, avdeling for Helsefag,
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

2014

© Forfatter

År

Tittel

Forfatter

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn

Langvarig sykefravær er kostnadskrevene og lite hensiktsmessig i et samfunnsperspektiv. Man vet en del om årsaker til langvarig sykefravær, samtidig som det er uenighet omkring de viktigste forklaringsmekanismene. Enkelte forskere stiller spørsmålsteget ved om årsakene først og fremst er knyttet til sykdom eller om det er årsaksmekanismer knyttet til andre karakteristika som ligger bak. Formålet med denne studien er å forsøke å bidra til økt kunnskap om helse, ressurser og utfordringer hos langtidssykemeldte. Dette gjøres ved beskrivelse av Sense of Coherence (SOC) og et utvalg andre helserelaterte faktorer hos langtidssykemeldte.

Materiale og metode

Studien er en tversnittstudie og inkluderer 892 langtidssykemeldte. Deltakerne ble rekruttert fra en database fra Friskgården, et rehabiliteringssenter i Norge. Spørreskjema er utfylt ved oppstart i tiltak på Friskgården. Sense of Coherence (SOC), Hospital Anxiety and Depression scale (HADS), smerteplager, søvnkvalitet, avslapningsevne, mestringsstro, livsstyring, egenverd, optimisme og bekymring er undersøkt. Bivariate regresjonsanalyser og multipl lineær regresjonsanalyse ble utført for å undersøke sammenhenger mellom variablene. Det er kontrollert for kjønn, alder og utdanningsnivå.

Resultater

Gjennomsnittlig SOC hos vårt utvalg langtidssykemeldte var på 59.4. Kjønn og utdanningsnivå hadde ikke signifikant betydning for SOC, mens alder har signifikant betydning for SOC ved bivariat lineær regresjon ($p < 0.001$). Alder, angst, depresjon, livsstyring, egenverd, optimisme og bekymring var assosiert med SOC i en multivariabel lineær regresjonsmodell som forklarte 64 % av variasjonen i SOC i vår studie.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien tyder på at SOC i vårt utvalg langtidssykemeldte er svakere enn tidligere sammenlignbare studier på «friske» voksne. Videre kan det tyde på at symptomer knyttet til angst og depresjon målt ved HADS er mindre uttalt hos vårt utvalg enn det som er vist i tidligere studier på langtidssykemeldte. De uavhengige variablene alder, angst,

depresjon, livsstyring, egenverd, optimisme og bekymring forklarer 64 % av variasjonen i SOC i vår studie. Resultatene tyder på at SOC kan bidra til økt og mer nyansert forståelse av helse hos langtidssykemeldte.

Stikkord: Sense of coherence (SOC), salutogenesen, langtidssykemeldte, lettere psykiske lidelser, sammensatte plager.

Abstract

Purpose

Long term sick leave is costly and socioeconomically undesirable. A fair amount is known about what causes long term sick leave but there is less agreement on the key explanations. Some researchers question whether the explanations are related to illness or whether there are other explanatory factors. The purpose of this study is to contribute to an enhanced understanding of health, resources and challenges pertaining to people on long term sick leave. The study also explores the relationship between SOC and common mental disorders, pain and individual factors related to health in long term sick leave.

Material and methods

The study is cross sectional and includes data for 892 people on long term sick leave. The data was extrapolated from a database at Friskgården, a rehabilitation center in Norway. Sense of Coherence (SOC), Hospital Anxiety and Depression scale (HADS), pain experience, quality of sleep, relaxation ability, future believe, self worth, optimism and concern are factors explored. Simple regression analysis and multivariate regression analysis were conducted to explore the relationship among variables. Gender, age and level of education are controlled for.

Results

The average SOC among people on long term sick leave was 59.4. Gender and level of education had no significant impact on SOC while age has significant impact for SOC in simple linear regression ($p < 0.001$). Age, anxiety, depression, influence of daily life, self worth, optimism and concern were associated with SOC in a multivariate linear regression model, which explains 64 % of the variation in SOC in this study.

Conclusion

The results from this study indicate that SOC in our sample of long term sick leave is weaker than previous comparative studies on “healthy” adults. Symptoms relating to anxiety and depression measured by HADS seem less significant in our sample than in previous studies of long term sick leave. The independent variables age, anxiety, depression, influence of daily

life, self worth, optimism and concern explain 64 % of the variation in our study. The results indicate that SOC can strengthen our understanding of health in long term sick leave.

Key words: Sense of coherence (SOC), salutogenesis, long term sick leave, common mental disorders, unexplained symptoms.

Forord

Takk til gode kolleger på Friskgårdene for kunnskap om salutogenesen og arbeidshelse og for utallige spennende diskusjoner omkring helse, utfordringer og ressurser. Takk spesielt til Aud Ramberg og Arnhild Myhr for tilrettelegging og hjelp med datamateriale.

Takk til Monica Lillefjell for bekreftelse på at SOC hos langtidssykemeldte er interessant og viktig. Dette hadde stor betydning på et tidspunkt da jeg trodde at det jeg drev med var bare tull.

Takk til medstudent og venn Camilla Jørstad og hennes veileder og prosjektansvarlig Hans Stifoss- Hansen for godkjenning av denne studien i Regional Etisk Komite for viktig hjelp til gjennomføring av prosjektet.

Takk til Ingvild Kjekken for å ha utfordret meg med hensyn til metode og tematikk.

Takk til Lisbeth Kvam for nyttige kommentarer mot avslutning av prosjektet.

En stor takk rettes til veileder Hilde Stendal Robinson for faglig kompetanse, din evne til å engasjere deg i oppgaven og motivere meg til å stå på. Veiledningen fra deg har vært avgjørende for gjennomføring av prosjektet.

Til slutt: en uendelig stor takk til Joachim for tro og langvarig støtte. Takk for at du er så raus og optimistisk og har gjort denne studien mulig å gjennomføre. Takk til Sebastian for oppmuntring og overbevisning om at det «er ikke vanskelig, man må bare øve og øve» og takk til Iben for at du er en oppmuntring i deg selv. Dere tre til sammen utgjør et team av støttespillere som jeg trodde man bare kunne drømme om.

Oslo, november 2014

Camilla Coward

Innholdsfortegnelse

Forkortelser	XI
1 Introduksjon	2
1.1 Innledning	2
1.2 Bakgrunn	2
1.2.1 Langtidssykemeldt, men ikke syk?	3
1.3 Hensikt og forskningsspørsmål	4
1.4 Avgrensning av oppgaven	5
2 Langtidssykefravær	8
2.1 Uklarhet omkring sykdom og sykefravær	8
2.1.1 Rettighet til økonomisk kompensasjon ved sykefravær fra arbeidslivet.....	8
2.1.2 Hva er sykdom?.....	9
2.1.3 Patogenesen og den biomedisinske modellen	10
2.1.4 Sykemelding.....	10
2.2 Helse hos langtidssykemeldte med sammensatte plager	13
2.2.1 Lettere psykiske lidelser (angst og depresjon) og muskel- skjelettplager.....	13
2.2.2 Andre mulige bakenforliggende årsaker?	15
3 Salutogenesen og Sense of coherence	20
3.1 Salutogenesens opprinnelse og innhold.....	20
3.2 Sense of Coherence	22
3.3 Tidligere SOC studier.....	24
3.3.1 SOC hos «friske» voksne	24
3.3.2 SOC hos langtidssykemeldte.....	26
3.3.3 Behovet for salutogenesen	27
3.4 Friskgården	29
4 Materiale og metode.....	30
4.1 Design.....	30
4.2 Materiale.....	30
4.3 Spørreskjemaet/ egenkartlegging	31
4.3.1 Sense of coherence	31
4.3.2 Angst og depresjon.....	32
4.3.3 Smerteplager.....	32

4.3.4	Egenvurderte faktorer relatert til GMR/GMB.....	33
4.3.5	Sosiodemografiske variabler	34
4.4	Statistisk metode.....	34
4.4.1	Analyser	34
4.4.2	Behandling av data	35
4.5	Etikk.....	36
5	Resultater.....	38
5.1	Karakteristikk av utvalget.....	39
5.1.1	Demografi.....	39
5.1.1	Sense of coherence	40
5.1.2	Forekomst av angst og depresjon	41
5.1.3	Smerteplager.....	42
5.1.4	Egenvurderte faktorer relatert til GMR/GMB.....	42
5.2	SOC og assosierte faktorer	42
5.2.1	Korrelasjonsanalyser	42
5.2.2	Regresjonsanalyser	44
6	Diskusjon.....	48
6.1	Diskusjon resultater	48
6.1.1	Sense of coherence	48
6.1.1	Angst og depresjon.....	53
6.2	Diskusjon metode	57
6.3	Betydning for videre forskning og praksis.	59
7	Konklusjon	62
	Litteraturliste	63
	Vedlegg	769

Oversikt over tabeller og figurer

Tabeller

Tabell 1: Tidligere studier på SOC hos normalbefolkning, frisk kontrollgruppe og arbeidstakere

Tabell 2: . Tidligere studier på SOC og langtidssykemeldte.

Tabell 3: Demografiske data for utvalget langtidssykemeldte

Tabell 4: Korrelasjonstabell for avhengig variabel (SOC) og alle uavhengige variabler

Tabell 5: Bivariate lineære regresjoner for SOC og uavhengige variabler og multippel lineær regresjon

Tabell 6: Multippel lineær regresjon for SOC og uavhengige variabler etter at avslapningsevne er tatt inn i modellen.

Figurer

Figur 1: Flytdiagram over inklusjonsprosessen.

Figur 2: Box plot for SOC fordelt på de fire utdanningsnivåene

Figur 3: Søylediagrammet viser SOC fordelt i gruppene svak, svak-middels, middels-sterk og sterk.

Forkortelser

CATS- Cognitive Activation Theory of Stress

FG data- Friskgården databank

GMB- Generelle Motstandsbrister

GMR- Generelle Motstandsressurser

HADS- Hospital Anxiety and Depression Scale

MUS- Medisinsk Uforklarte Symptomer

NAV- Norges Arbeids- og Velferdsforvaltning

NRS- Numerisk Rangerings Skala

REK- Regional Etisk Komite

SD- Standard Deviation

SOC- Sense of Coherence

SPSS- Statistical Packages for the Social Sciences

WHO- World Health Organization

1 Introduksjon

1.1 Innledning

I Norge er det et ønske fra myndighetenes side at alle som kan og vil arbeide skal kunne delta i arbeidslivet. Man ønsker at alle individer og grupper skal inkluderes, blant dem er mennesker med utfordringer knyttet til helse og sykdom (1). Med utgangspunkt i den grunnleggende holdningen om at alle som kan bør delta i arbeidslivet, har regjeringen og partene i arbeidslivet inngått en avtale om inkluderende arbeidsliv (IA avtalen). Et sentralt punkt i avtalen er arbeidsgivers plikt til å etterstrebe tilrettelegging av arbeidet og tilpasse arbeidsoppgavene dersom arbeidstaker opplever helseproblemer som kan hindre arbeidsdeltakelse. IA avtalen understreker at det å være i jobb sees som helsefremmende i seg selv, og man ønsker å unngå fravær i den utstrekning det er mulig (1).

Samtidig har vi en stadig pågående diskusjon i norske medier og blant norske politikere omkring sykefraværet i Norge og hvorvidt det er for høyt. Forskningscenter for sykefravær og rehabilitering anser det norske sykefraværet som svært høyt sammenlignet med andre land (2). Det er hovedsakelig det langvarige sykefraværet som ansees som samfunnsmessig bekymringsfullt og kostnadskrevende. I Norge kan man få utbetalt sykepenger tilsvarende 100 % lønn i opptil 1 år. I media angis ofte 7-800 000 som et estimat på antall mennesker som står langvarig utenfor arbeidslivet med helseproblematikk som årsak.

1.2 Bakgrunn

Mange aktører deltar i diskusjonen om hvorvidt langtidssykefraværet i Norge er høyt. Det råder uenighet om hvorvidt sykefraværet er stigende eller om det har ligget omtrent på samme nivå i lang tid. I en artikkel fra 2012 skriver Markussen & Røgeberg at sykefraværet på norske arbeidsplasser ble fordoblet i perioden 1993-2003 (3). Knudsen (2013) skriver at sykefraværet har økt dramatisk siden 1980 tallet og at langvarig sykefravær forårsaker store kostnader for samfunnet (4). En fersk samfunnsanalyse konkluderer at sykefraværet er høyere i Norge enn i andre land (5). I denne analysen sees den generøse sykelønnsordningen som en hovedforklaring på sykefraværet i Norge. Under temaet sykefravær og helse, innleder rapporten med følgende: «*Forholdet mellom helse/sykdom, arbeidsevne og sykefravær burde ... være sentralt for å forstå viktige drivkrefter bak sykefravær*» (5) s. 9. Videre refereres det

til Allebeck og Mastekaasas studie fra 2004 om årsaker til sykefravær. Forfatterne skriver at analyser av forholdet mellom helse/sykdom, arbeidsevne og sykefravær så å si er fraværende i forskningen (6). Forskningen har fokus på mange potensielle årsaker til langtidssykefravær men årsakene er ofte sammensatte og vanskelige å fastslå (7).

I Sintefs kunnskapsrapport om sykefravær fra 2010 fremgår det at helsemessige forhold i liten grad kan forklare i sykefraværet i Norge (8). Markussen & Røgeberg mener som tidligere nevnt at sykefraværet er stigende, og stiller spørsmålstegn ved om utviklingen i sykefraværet skyldes medisinske eller ikke- medisinske faktorer (3). Svensson m fl (2010) poengterer at sykemelding ikke bare er relatert til skade eller sykdom, men også til blant annet karakteristika ved arbeidstakeren (9). Det er gjerne flytende overganger mellom hva som er medisinske og hva som er såkalt sosiale tilstander for mennesker som lever i en utsatt livssituasjon når det gjelder helseproblematikk og sosial status (10). Av NOU 2010:13 fremgår det at den norske befolkningen har generelt god helse, et velfungerende helsevesen, gode muligheter for behandling av sykdom og høy levealder (7). Videre skriver forfatterne at sykefravær ikke nødvendigvis representeres av sykdom, men av atferd relatert til sykdom og andre forhold knyttet til enkeltindividet, arbeidsplassen og mer generelle samfunnsforhold (7). Eksempler kan være sosioøkonomisk status, kognitiv funksjon, mestringsevner, omstillingsevner, smerteplager og psykiske lidelser (10-12). Flere studier tyder på at de siste to kategoriene smerteplager og lettere psykiske lidelser står for om lag 50 % av det langvarige fraværet, og det er ikke uvanlig å oppleve en kombinasjon av disse plagene (13-15). Utfra ovennevnte studier kan man forstå det slik at en stor del av langtidssykefraværet skyldes andre faktorer enn sykdom slik sykdom ofte defineres innenfor medisin og samfunn. Samtidig beskriver langtidssykemeldte omfattende utfordringer og plager som medfører tilsynelatende mye lidelse som ofte bidrar til å skape langtidssykefravær. Disse plagene kan ofte se ut til å være vanskelige å forstå ut fra et tradisjonelt medisinsk teorigrunnlag eller medisinske forståelsesmodeller.

1.2.1 Langtidssykemeldt, men ikke syk?

Forskningen antyder altså at om lag 50 % av det langvarige sykefraværet representeres av en kombinasjon av lettere psykiske plager og smerteplager, eller sammensatte plager. I avsnittet over henvises også til forskning som har vist at mer personlige faktorer som mestringsevner og omstillingsevner kan være vesentlige ved langvarig sykefravær. Smerteplager, ofte kalt

muskel- og skjelettplager, og lettere psykiske lidelser kan se ut til å ha blitt medisinske samlebegrep og enkelte forskere stiller spørsmålstegn ved om det er «riktig» å kalle disse plagene og lidelsene medisinske tilstander eller sykdommer (3). Allebeck og Mastekaasa (2004) antyder at det er behov for en mer presis forståelse av helse og sykdom ved sykefravær (6). Svensson m fl (2010) skriver at man fortsatt savner spesifikk kunnskap om viktige sammenhenger blant langtidssykemeldte og hvilke faktorer som er vesentlige for å komme tilbake i jobb (9).

Enkelte studier foreslår at helsepersonell endrer innfallsvinkel i møte med pasienter med sammensatte plager og peker på at det må gis mulighet for alternativ til sykdomstenkning og foreskriving av medisin (16-19). Disse studiene kan tyde på at det er behov for et mer ressursorientert fokus i møte med vanskelig diagnostiserbare plager.

Mangeårig interesse for utvikling av helse og fokus på ressurser, samt utfordrende og givende samarbeid om og med mennesker med sammensatte plager og utfordringer med å stå i jobb har ført til denne masteroppgaven.

Inspirasjon hentes hovedsakelig fra erfaringer gjort gjennom arbeid med langtidssykemeldte arbeidstakere på Friskgården. Friskgården har drevet rehabilitering av langtidssykemeldte gjennom to tiår. En grunnleggende forståelsesmodell og et viktig utgangspunkt for masteroppgaven er Aron Antonovskys teori om salutogenesen eller helsens opprinnelse. Friskgården bruker den salutogene forståelsesmodellen i sin betraktning av og i sitt arbeid med å styrke helse. Friskgården og salutogenesen beskrives nærmere senere i oppgaven.

1.3 Hensikt og forskningsspørsmål

Overordnet hensikt med studien er å bidra til økt kunnskap om og mer nyansert forståelse for helse og sykdom hos langtidssykemeldte med sammensatte plager. Jeg håper å kunne styrke argumentasjonen for å møte sammensatte lidelser og plager med fokus på ressurser og helse fremfor sykdom. Jeg reiser spørsmål omkring hvorvidt den salutogene forståelsesmodell kan være et nyttig supplement til patogen tenkning i møte med mennesker med sammensatte lidelser.

Studien vil beskrive følgende faktorer hos langtidssykemeldte; Sense of coherence, angst og depresjon, smerteplager, restitusjon, mestringstro, livsstyring, egenverd, optimisme og

bekymring. Videre vil jeg undersøke om det er en sammenheng og eventuelt hvor tett sammenheng det er mellom faktorene.. Følgende forskningsspørsmål stilles:

- **Hvordan er langtidssykemeldtes Sense of Coherence?**
- **I hvilken grad forekommer angst og depresjon hos langtidssykemeldte?**
- **Hvilke egenvurderinger gjør langtidssykemeldte av følgende faktorer; smerteplager, søvnkvalitet, avslapningsevne, mestringstro, livsstyring, egenverd, optimisme og bekymring?**
- **Hvilke sammenhenger er det mellom de ovenfor nevnte faktorer hos langtidssykemeldte?**

Med langtidssykemeldte i problemstillingene menes utvalget fra Friskgården som er studert.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Denne studien tar utgangspunkt i langtidssykemeldte som er henvist til rehabilitering på Friskgården, ikke langtidssykemeldte som har gjennomgått rehabilitering. Det bør understrekes at denne studien ikke undersøker effekt av rehabiliteringen. Det er en tverrsnittsstudie som vil forsøke å gi ny kunnskap om langtidssykemeldte med sammensatte lidelser. Dataene som er brukt er innsamlet ved oppstart av tiltak ved Friskgården.

Det er viktig å være klar over at mange pasienter med langtidssykefravær har veldefinerte diagnoser og at en slik diagnostisering er viktig for at mange pasienter skal få riktig behandling og på den måten får bedre helse eller blir friske. Denne studien har fokus på langtidssykemeldte som har plager, men hvor spesifikk(e) årsak(er) som regel ikke er funnet.

Fysisk funksjon er ofte knyttet opp mot og studert i relasjon til helse hos langtidssykemeldte. Det er innhentet data om fysisk funksjon hos deltagerne i denne studien og disse dataene er sett i sammenheng med SOC i en tidligere studie (20). Disse dataene er ikke benyttet i analysene her. Forholdet mellom SOC og fysisk helse har i tidligere studier viste seg å være mer komplekst og svakere enn forholdet mellom SOC og såkalt mental helse (21).

Litteratur

Det ble 23.04.14 gjort et systematisk søk etter aktuell litteratur i Pubmed relatert til langtidssykefravær i Norge med følgende søkeord:

Sick leave, sickness absence, absenteeism, long term sick leave, Norway, unexplained symptoms, subjective health complaints

Med utgangspunkt i artikler funnet i dette søket har jeg benyttet de som ble vurdert som relevante i forhold til problemstillingene. Dette er hovedsakelig artikler publisert etter 2000, men også noe publisert tidligere.

Ved tidligere litteratursøk er i tillegg følgende søkeord anvendt: Musculoskeletal disorders, anxiety, depression

Jeg har hatt størst fokus på studier med interesse for langtidssykemelding i sin helhet og der man har studert generelle helseplager, lettere psykiske lidelser og muskel- skjelettplager, og mindre fokus på studier som undersøker spesifikke pasient- eller diagnosegrupper eller spesifikke typer arbeidssted/ arbeidstakere.

Systematisk søk relatert til salutogenesen og Sense of coherence gjort i Pubmed 22.04.14 med søkeord: Salutogenesis, Sense of coherence, sickness absence, sick leave, long term sick leave

Referanser fra relevante artikler har blitt hentet frem, vurdert og eventuelt benyttet.

2 Langtidssykefravær

2.1 Uklarhet omkring sykdom og sykefravær

Uklarhet omkring hvordan begrepet sykdom brukes og defineres og følgene dette får for sykemeldingspraksis i Norge danner noe av bakteppet for denne studien. Følgende kapittel har til hensikt å beskrive noe av bakgrunnen for denne uklarheten.

2.1.1 Rettighet til økonomisk kompensasjon ved sykefravær fra arbeidslivet

Det sees som et grunnleggende og viktig prinsipp i det norske velferdssystemet at man som arbeidstaker skal få økonomisk kompensasjon ved sykdom. Det er stadig politisk uenighet om hvor stor kompensasjonen skal være og hvilke sykelønnsordninger som fungerer best. Som arbeidstaker med tilknytning til folketrygden gir det norske velferdssystemet rett til inntekt ved sykdom som forhindrer arbeidsdeltakelse. I folketrygdlovens formuleringer er det tydelig at det tas utgangspunkt i godt definert sykdom og klare diagnoser ved sykefravær. Her følger noen utdrag for å gjøre dette tydelig:

«Formålet med sykepenger er å gi kompensasjon for bortfall av arbeidsinntekt for yrkesaktive medlemmer som er arbeidsuføre på grunn av sykdom eller skade»(22) § 8-1.

«Sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.l., gir ikke rett til sykepenger» (22) §8-4.

Senest når arbeidsuførheten har vart åtte uker uten at medlemmet er i arbeidsrelatert aktivitet, må det legges fram en legeerklæring. For at medlemmet skal få utbetalt sykepenger fra trygden, må legeerklæringen dokumentere at medisinske grunner er til hinder for at arbeidsrelaterte aktiviteter iverksettes. Erklæringen skal inneholde en redegjørelse for det videre behandlingsopplegget og en vurdering av muligheten for at vedkommende kan gjenoppta det tidligere arbeidet eller ta annet arbeid (22) § 8-7.

Retorikken i folketrygdloven preges av ord som sykdom, skade og behandlingsopplegg. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale problemer gir ikke rett til sykepenger (22).

Hos den norske arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) brukes en annen og noe motstridende retorikk. NAV bruker store ressurser på arbeidsrettede tiltak for å få større deler av den langtidssykemeldte befolkningen tilbake i jobb. NAV ønsker å styrke langtidssykemeldtes arbeidsevne og gi økt mestring av helserelaterte og sosiale problemer (23). Av begrepsbruken hos NAV kan det forstås at sammensatte problemer med en kombinasjon av helserelaterte og sosiale komponenter er betydelig hos mange langtidssykemeldte. Forskjellene i språkbruk og formuleringer i Folketrygdloven og hos NAV viser at det kan være grunnlag for uklarhet og uenighet. Man kan forestille seg at det i mange tilfeller kan det være vanskelig å skille sykdom fra sosiale problemer. Utfra utdragene fra folketrygdloven som er referert over, kan man forstå at langtidssykemeldte kan møte holdninger om at de ikke «har rett til» å være sykemeldt fordi de ikke har veldefinert sykdom eller skade og kan ikke bli friske gjennom velavgrenset og kortvarig behandling. Langtidssykemeldte med plager og lidelser uten objektive funn eller «som ikke synes» og som er vanskelige å diagnostisere, forteller ofte om opplevelsen av å bli mistrodd (24).

2.1.2 Hva er sykdom?

Det pågår en internasjonal vitenskapelig og filosofisk diskusjon omkring hvordan begrepet sykdom skal håndteres. Diskusjonen foregår hovedsakelig i kretser og miljøer knyttet til helserelatert teori og/eller praksis, men på tvers av profesjoner og faglig bakgrunn. I denne diskusjonen brukes ofte de engelske begrepene disease, illness og sickness. Bjørn Hofmann er en sentral norsk aktør på dette feltet. I boken «Social aspects of illness, disease and sickness absence» (2011) skriver han at begrepene henviser henholdsvis til de medisinske, personlige og sosiale aspektene ved menneskelig lidelse (25). Diskusjonen rundt hvordan disse begrepene skal brukes og på hvilken måte de beskriver sykdom danner noe av kjernen i dilemmaene rundt langtidssykefravær som skyldes sammensatte lidelser. Man kan diskutere om lidelsene er medisinsk sykdom, subjektiv opplevelse av plager eller sosiale problemer. Hofmann beskriver det på denne måten:

Konklusjoner om den norske befolknings helsetilstand er vanligvis basert på data om diagnostiserte sykdommer og levealder. Det er nødvendig å skille mellom patologiske prosesser (engelsk: disease) som kan gi objektive endringer, og den subjektive opplevelsen av å være syk (engelsk: illness).(7), s. 12

2.1.3 Patogenesen og den biomedisinske modellen

Patogenesen kan forklares som læren om sykelige prosesser satt i gang av sykdomsårsaker (fra gresk pathos « sykdom, lidelse, genesis «tilblivelse») (26) (27). Patogenesen er grunnleggende i den biomedisinske modellen som er den mest benyttede teoretiske modellen i møte med sykdom. Modellen danner ofte bakgrunnen for undersøkelse og tenkemåte i en leges eller annet helsepersonells møte med en pasient. I den biomedisinske modellen sees kroppen som et biologisk, fysiologisk og/eller biokjemisk apparat (28). Tradisjonelt har man ikke tatt i nevneverdig betraktning at kroppen og kroppslige prosesser også kan påvirkes av sitt eksterne miljø. Espnes og Smedslund (2009) nevner fire beskrivende kjennetegn for den biomedisinske modellen:

- ✓ Dualisme. Filosof og matematiker Renè Descartes (1596-1650) ansees som en opphavsmann til dualistisk tenkning. Fysiske og psykiske eller sjelelige prosesser sees da som adskilt, og det er bare fysiske prosesser som ansees som sykdomsforårsakende.
- ✓ Den kan tolkes som mekanistisk ved at den betrakter kroppen som et apparat.
- ✓ Reduksjonisme. Modellen tenker ikke på helse og sykdom som komplekse prosesser der tanker, følelser og psykiske prosesser er tett sammenvevd med de øvrige kroppslige prosesser.
- ✓ Den orienterer seg mot sykdom og ikke mot å styrke helse (28).

Den biomedisinske modellen har gitt verdifull kunnskap om en rekke sykdomstilstander, og kan være viktig for sykdomsbekjempelse av mange sykdommer og epidemier. Lillefjell (2008) hevder imidlertid at det kan virke vanskelig å finne løsninger eller hjelp til mennesker med sammensatte plager med utgangspunkt i denne modellen (20). Det er ofte snakk om en kombinasjon av flere årsaksmekanismer og ikke nødvendigvis en spesifikk biologisk, fysiologisk eller biokjemisk årsak til plagene.

2.1.4 Sykemelding

Historisk sett har legen hatt en mer autoritær rolle enn i dagens norske samfunn. I Norge blir pasientens helse i stadig større grad vurdert gjennom samspill og dialog mellom pasient og lege. Pasientens muligheter til å undersøke symptomer og mulige svar på sine plager gjennom internett og andre kanaler, kan bidra til at det er vanskeligere å holde fast ved en autoritær

tilnærming. Dette samspillet kan også se ut til å prege sykemeldingspraksis. I dag hører man ofte sykemeldte si «jeg ba legen om å sykemelde meg».

I Norge pågår et viktig forskningsprosjekt relatert til sykemeldings- og diagnostiseringspraksis. «Sykefraværprosjektet» er et prosjekt i regi av Uni helse der formålet er å få ny kunnskap om årsaks- og attribusjonsmekanismer, diagnosesetting og valg av tiltak for de vanligste tilstander som fører til langvarige sykemeldinger og uføretrygd. Delprosjekt 1 «Pasienthistorier- diagnostisk praksis og tolkning» undersøker sykemeldingspraksis blant allmennpraktikere i fire nordiske land og har som hovedformål å studere forskjeller i diagnostisering og innvilgelse av sykemelding (29).

Vi vet at i mange tilfeller finner ikke legen en sykdom å sykemelde pasienten for. En studie viser at av alle tilfeller i primær helsetjeneste er 61 % diagnostisert på bakgrunn av godt definert sykdom der man har objektive funn som er i overensstemmelse med pasientens plager som fører til en diagnose, mens 21 % diagnostiseres på bakgrunn av symptomer eller plager uten objektive funn eller klar årsak (30). Ved sammensatte eller uklare problemer og lidelser, vil en primær diagnose eller spesifikk årsak til sykemeldingen være vanskelig å fastslå. Ofte er det tilsynelatende flere sidestilte årsaker eller andre relevante faktorer som vil være aktuelt å gjøre rede for. Samtidig at det er en kjensgjerning at det må settes en diagnose for at personen skal få rettigheter til sykelønn (31).

Fastlege og tidligere kommunelege i Vesterålen Anders Svensson har uttalt i Morgenbladet at fastlegene ikke legger særlig vekt på diagnose når de skal finne behandling eller løsninger, spesielt i møte med pasienter med uklar årsak til plagene. Han mener at diagnose bare er noe som hentes fra en liste i disse tilfellene og at nesten alle pasienter har en kompleks situasjon (32). Han sier videre at diffuse diagnoser er et stort problem for NAV fordi det er uklart hva slags behandling og oppfølging som er hensiktsmessig for å komme tilbake i jobb (32).

Forskere har stilt spørsmålsteget ved om de vesentlige faktorene ved langtidssykemelding er medisinske eller ikke- medisinske og det er pekt på at sykemelding også kan relatere til karakteristika hos arbeidstakeren eller i arbeidstakerens livssituasjon (3, 9). Bruusgaard og Claussen (2010) trekker frem en diskusjon omkring om begrepet sykemelding er modent for en utvikling. I artikkelen «Ulike typer sykefravær» skriver de at vi etter hvert vet mer om at skillet mellom syk og frisk ofte er uklart, og at helsereelatert fravær fra arbeid ikke nødvendigvis skyldes sykdom. De skriver videre at sykemelding og sykefravær er kompliserte

sosiale prosesser (33). Forfatterne foreslår fem nye kategorier sykefravær. Kategoriene har til hensikt å beskrive hva fraværsbehovet karakteriseres av, og begrepet syk inngår ikke i noen av kategoriene. Kategoriene kalles absolutt funksjonsfravær, jobbrelatert funksjonsfravær, relativt funksjonsfravær, behandlingsfravær og forebyggingsfravær (33). Absolutt funksjonsfravær foreslås brukt i tilfeller der pasienten har lidelser eller skader der man ser det som nødvendig med fravær fra arbeid uansett yrke. Jobbrelatert funksjonsfravær foreslås til tilfeller der man ikke ser det som mulig å for pasienten å utføre sine vanlige arbeidsoppgaver, men det kan være mulig med andre arbeidsoppgaver. Relativt funksjonsfravær foreslås brukt i tilfeller der det er mulig å utføre sine arbeidsoppgaver, men det vil medføre stort ubehag i form av smerter eller andre symptomer å gå på jobb. Forfatterne mener at det er i denne gruppen det vil være mest å hente på arbeidsrettede tiltak (33). Det kan forstås som at forfatterne ser relativt funksjonsfravær som relevant å anvende for pasienter med sammensatte lidelser. Behandlingsfravær sees som relevant å bruke der fravær er et nødvendig ledd i en behandlingsprosess. Forebyggingsfravær beskrives som hovedsakelig relevant for arbeidstakere med redusert arbeidsevne og kan være nødvendig i spesielt vanskelige perioder for å forebygge varig uførhet (33).

Varighet av plagene og fraværet er vesentlig

Oppfatningen av hvilken betydning lengden på sykemeldingen har varierer. I Arbeid og Velferd Rapport Nr. 2- 2008 går det frem at risikoen for ikke å komme tilbake i arbeidslivet øker med lengden på sykemeldingen. Etter 8 ukers sykemelding er i underkant av 70 % i jobb etter 3 år. Etter 6 måneders sykemelding er 58 % i jobb etter 3 år (34). Tidligere studier har vist at risikoen for uteblivelse fra arbeidslivet øker etter 8 ukers sykefravær (8). Mer enn 8 uker sykefravær defineres ofte som langtidsfravær i Norge (33). 8 uker beskrives som et vendepunkt i trygdemessig forstand med hensyn til krav om medisinsk tilleggsinformasjon angående funksjon og arbeidsevne (33).

Hansen m fl (2006) setter fokus på viktigheten av sykefraværet blir så kortvarig som mulig. Jo lenger varighet på sykemeldingen, jo mindre er sannsynligheten for å komme tilbake i jobb (35). At sykefraværet blir så kortvarig som mulig, beskrives også som vesentlig i Hays studie (2010). Hun skriver at jo lenger folk er borte fra jobb, jo mindre er sjansene for å komme tilbake i jobb (16). En studie av Hansen m fl fra 2005 viser at i tillegg til framtidstro og

egenvurderte symptomer, var tidligere sykefraværsløp en vesentlig faktor for langtidssykemeldte som ikke kom tilbake i jobb (36).

2.2 Helse hos langtidssykemeldte med sammensatte plager

Det finnes ingen samlet konsensus eller teori omkring hvilke mekanismer som fører til langtidssykemelding (4). Inntil nylig har forskningen rundt sykefravær vært knyttet mest til fysisk sykdom og fysiske plager. De senere årene har forskningen vist at psykologiske faktorer spiller en minst like viktig rolle for sykefraværet og diagnosene angst og depresjon har fått mer oppmerksomhet innenfor sykefraværsløp-forskningen. I 2008 skyldtes 40 % av sykefraværet muskel- og skjelettplager, mens 19 % skyldtes psykiske plager. Tendensen er at muskel- og skjelettplager som fraværsløp-sak synker mens psykiske plager stiger (8). En studie av Hedlund m fl (2005) har undersøkt mottakere av rehabiliteringspenger og sett på såkalte *symptomdiagnoser* og *sykdomsdiagnoser* hver for seg, henholdsvis for psykisk symptom/sykdom og muskel- skjelett symptom/sykdom hver for seg (10). Studien viser at 7.6 % mottar sin stønad på grunnlag av psykisk *symptomdiagnose* mens 37.7 mottar stønad på grunnlag av psykisk *sykdomsdiagnose*. Til sammen 45.3 % har en psykisk diagnose som primærdiagnose. 9.2% og 45.5% mottar rehabiliteringspenger henholdsvis på grunnlag av muskel- skjelett *symptom* og muskel- skjelett *sykdom*. 54.7 % har muskel- skjelett diagnose som primærdiagnose (10).

2.2.1 Lettere psykiske lidelser (angst og depresjon) og muskel- skjelettplager

Lettere psykiske lidelser blir på engelsk kalt *common mental disorders*. Knudsen (2013) forklarer denne betegnelsen med at lidelsene er relativt vanlig blant den normale befolkning (4). Det er en relativt utbredt holdning at det å få kronisk og langvarig sykdom kan føre til angst og depresjon (28).

Depressive lidelser er en felles betegnelse på flere forskjellige tilstander. De mest fremtredende symptomene er senket stemningsleie, overdreven negativ tenkning, mangel på overskudd og initiativ, søvnevansker, irritabilitet, uro og angst. Høy grad av selvkritikk og et negativt syn på seg selv er også vanlig, samt at man føler seg alene med sin tilstand og isolert

fra verden. Ofte blir man også pessimistisk i forhold til fremtiden til samfunnet rundt seg og engasjement og evnen til å bry seg reduseres (37). Depressive lidelser ligger på fjerde plass på WHO's liste over hvilke sykdommer som utgjør størst samfunnsmessig byrde og forventes å stige til andre plass innen 2020 (37). Man regner med at mellom 15 og 20 % av befolkningen vil rammes av depresjon i løpet av livet og risikoen for tilbakefall øker med antall episoder av tilstanden/sykdommen. Depresjon regnes som den sykdommen som medfører flest tapte arbeidsår i befolkningen og det mest langvarige sykefraværet (37). Knudsen (2013) understreker at det er uklart om lettere psykiske lidelser ofte fører til langtids sykemelding eller om det er omvendt (4).

Diagnostisering og de diagnostiske kriteriene for depresjon er omdiskutert og i stadig endring. Helsevesenet deler opp i 3 grader av depresjon; mild, moderat og alvorlig depressiv episode. Diagnostisering gjøres på bakgrunn av antall depressive plager, hvor hyppige og sterke de er og i hvilken grad de begrenser sosial funksjon, privat og i arbeidslivet (37).

Begrepene angst og angstlidelser brukes gjerne som en samlebetegnelse for lidelsene panikkangst, agorafobisk angst, sosial angst og spesifikke fobier. Berge & Repål (2010) skriver at selv om diagnoselistene opererer med disse lidelsene som forskjellige diagnoser, er det ofte glidende overganger og ikke uvanlig å oppleve en kombinasjon av disse (38). I tillegg har som allerede beskrevet mange som plages av angst ofte plager knyttet til depresjon.

Fobisk angst er knyttet til spesielle objekter eller situasjoner og kan føre til panikkanfall. Sosial angst kan sees som en form for fobisk angst der det er andre mennesker eller grupper av mennesker involvert (39).

Angst innebærer økt kroppslig aktivering i form av for eksempel raskere puls, svetting, skjelving eller tørr munn. Når denne aktiveringen skjer raskt og er av voldsom styrke kalles det panikkanfall. Anfallene kan komme raskt og uventet og «angst for angsten» kan ofte føre til betydelige plager og begrensninger (39).

Berge og Repål (2010) omtaler bruk av registrerings- og kartleggingsverktøy som nyttige hjelpemidler i arbeidet med pasienter med psykiske lidelser (38). Som beskrevet for depresjon er det også knyttet mye usikkerhet og uenighet til diagnostisering av angst.

Muskel- skjelettplager tas ofte inn under paraplybetegnelsen subjektive helseplager. Ved subjektive helseplager oppleves ofte smerte i kombinasjon med en eller fler av følgende

symptomer; mage-tarm-plager, tretthet, søvnproblemer, svimmelhet og/eller lette stemningsforandringer (40). Ofte er det få eller ingen medisinske objektive funn. Det er knyttet mye usikkerhet omkring muskel- skjelett plagene uten en klar årsak. Disse plagene går ofte under fellesbetegnelsen “generelt smertesyndrom” (41).

2.2.2 Andre mulige bakenforliggende årsaker?

Roness (2004) skriver at hos mange mennesker som er sykemeldt for muskel- og skjelettplager, er det ikke primært musklene det er noe i veien med. Det er underliggende psykiske faktorer som har skapt spenningene. Fastlegen fyller kanskje ut rubrikk med muskel- og skjelettplager som årsak til fraværet, men i virkeligheten er det andre primærårsaker (42). Wilhelmsen (2014) mener det er tale om følelser som “hoper seg opp”, eller en form for utvikling fra psykisk følelse til smerte. Dette er et samspill og ikke en dikotomi. Han foreslår at man spør pasienter om livets mening, og tror at det kan hjelpe oss i utforskning og forståelsen av helse relatert problematikk (43). Lie (2014) skriver at selv om vi etterhvert vet en del om hvilke diagnoser som ofte oppgis som årsak til langtidsfravær, som f eks muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser, vet vi lite om hva som ligger bakenfor disse diagnosene (31). Dette påpekes også av Woivalin m fl (2004) som skriver at bakenfor såkalte medisinsk uforklarte symptomer (MUS) ligger ofte en persons psykologiske eller emosjonelle reaksjoner på hendelser og situasjoner i livet i sin helhet. Disse reaksjonene, personlig tilstand eller mangel på ressurser blir ofte ikke gitt medisinsk gyldighet (44). Dag Albums forskning omkring sykdommer og diagnoser og hvilken status de gir innenfor medisin har vist at kroniske tilstander uten spesifikk lokalisering og uten opplagt behandlingsform rangeres lavt i det medisinske hierarkiet (45).

Hvordan du har det eller hvordan du tar det?

“Det er ikke hvordan du har det men hvordan du tar det» er et velkjent uttrykk blant de fleste nordmenn. Uttrykket kan oppfattes noe nedlatende og antyde at du på et vis er svakere dersom du ikke håndterer motgang. Det kan også tolkes slik at man mener at noen mennesker utsettes for store belastninger og har det allikevel bra, mens andre får dårlig helse eller blir negativt påvirket av tilsynelatende lite motgang eller ubetydelige ting. Uttrykket sier noe om at evnen til å håndtere motgang, utfordringer, smerter, belastninger, stress, bestemmer hvordan «du har det» eller med andre ord hvilken betydning det får for din helse eller tilstand. Statens

arbeidsmiljøinstitutt (Stami) gir et eksempel på dette når det gjelder rygg smerter. Det understrekes at det er vesentlig hvordan legen, som ofte er den første til å treffe pasienten, hjelper vedkommende å håndtere eller å forholde seg til smertene (46). Fastlegens møte med pasienten er potensielt sett en arena der pasienten kan styrke sin forståelse for helseplagene og for eksempel lære seg å tro på egen mestring eller å lære seg å unngå frykt for smerter (24). Positive mestringsstrategier er beskrevet som viktig for å forebygge psykologiske plager ved langvarig sykemelding (24, 47). Men mange fastleger opplever hverken å ha denne kompetansen eller at det er tilrettelagt for et slikt møte mellom fastlege og pasient. Kort tid per konsultasjon beskrives ofte som begrensende med hensyn til å imøtekomme pasientens behov. Ringsberg & Krantz (2006) og Woivalin m fl (2004) beskriver at fastlegen ofte opplever vanskeligheter som frustrasjon og maktesløshet i møte med pasienter med sammensatte plager med uklar årsak (44, 48).

Bergh m fl (2007) mener forskning tyder på at gjengangerne hos fastlegen har høyere risiko for å bli langtidssykemeldt eller annen type ytelsesmottaker. Med gjengangere mener forskerne de som kommer oftest til fastlegen. En del av gjengangerne kan tenkes å være pasienter som mangler håndteringsevner i møte med motgang, utfordringer, smerter, belastninger og stress slik det er beskrevet over. De konkluderer at gjengangerne er en sårbar gruppe i møte med stressende situasjoner (49).

Stress

Vi lever nå i en tid uten forsinkelser

Paul Virilio

Langvarig psykisk stress kan føre til psykiske og somatiske plager og ofte opptrer psykiske og somatiske plager i sammenheng med hverandre (50, 51). Kivimäki (1997) har i en studie indikert at 60 til muligens over 70 % av alt sykefravær er assosiert til stressrelaterte plager (52).

Wilhelmsen (2014), Antonovsky (2000) og Larsen (1996) peker på at plager som lettere psykiske lidelser og smerter i muskel- og skjelett systemet, ofte omtalt som stressrelaterte helseplager, ofte kan ha en sammenheng med personlige egenskaper (43, 53, 54). Å sette

personlige egenskaper i relasjon til sykdom har lenge vært kontroversielt, mye fordi mange mener at man da implisitt sier noe i retning av ”blir du syk er det din egen feil”.

Forklaringsmodeller som tar utgangspunkt i at det kan være sammenhenger mellom personlige egenskaper og sykdom er i ferd med å bli mer akseptert. Det kan virke som om noen mennesker ikke har robusthet nok til å håndtere det stresset de utsettes for, og dermed ender det ofte i helseplager (53). Eriksen og Ursin (2002) foreslår teorien om aktivering og sensitisering som en forklaringsmodell på kroniske plager (55). Denne teorien benyttes også av Wilhelmsen (43) som en mulig forklaring på varige sammensatte plager. Modellen forklares av både Ursin og Wilhelmsen med at varig og ofte konstant belastning på det sympatiske nervesystem etter hvert kan skape subjektive plager og uro.

De senere år har forskningen hatt økt fokus på kognitive faktorerens betydning for smerte (56). Ursin & Eriksen (2007) har forsøkt å forklare vedvarende eller kroniske smertepilager gjennom Cognitive Activation Theory of Stress (CATS) (57). Her brukes begrepet stress som stress stimuli, stressende opplevelser og respons på stress. Stressrespons beskrives i utgangspunktet som en naturlig, menneskelig og sunn respons, men dersom responsen vedvarer kan den føre til varige plager og sykdom. Denne responsen er også forklart med begrepet sentral sensitisering, der man antar at en person opplever veldig mange situasjoner i hverdagen som truende eller stressende og danner et aktiveringsmønster som igjen skaper smerter (55).

En nyere studie av Jacobsen m fl (2014) har undersøkt respons på stress i form av kortisol respons blant langtidssykemeldte. Resultatene fra studien viser en svak kortisol respons hos langtidssykemeldte og antyder at det kan være en mulig sammenheng mellom et vedvarende aktiveringsmønster, stress og langvarig sykemelding (58).

I det norske samfunnet er det en utbredt oppfatning at arbeidslivet krever stadig mer av arbeidstakerne, for eksempel når det gjelder omstillingsevne og fagutvikling, faktorer som kan bidra til å skape stress. Videre er det en utbredt oppfatning at det stadig spares inn på ressurser samtidig som det stilles krav om at arbeidsoppgaver skal gjøres raskere og mer effektivt. Hellevik stiller spørsmålstejn ved om dette er en riktig oppfatning i boken «Jakten på den norske lykken» fra 2008. Han skriver at det finnes få tejn til at folk har opplevd økt press/tidspress siden 1989 (59). Mange etterstreber å ”være alt” og opplever at ingenting er tilstrekkelig; vi skal være bedre venner, bedre elskere, mere kunnskapsrike, bedre utdannet, mer veltrent, strekke oss lenger. Fugelli (2010), Øiestad (2009) og Larsen (1996) støtter

ovenstående på forskjellige måter. Per Fugelli maner til å sette grenser i form av bevisstgjøring omkring når det er nok og hva som er bra nok (60). Øiestad beskriver den enorme viktigheten av aksept av våre svakheter og mangler og å akseptere at omstendighetene er som de er og at man ikke nødvendigvis kan forandre på ting (61). Larsen beskriver viktigheten av å sette seg mål for skape struktur og forhindre forvirring og kaos, og ikke minst viktigheten av å sette grenser (54).

Endokrinologen Hans Selye (1907-1982) utviklet begrepene eustress (positivt stress) og distress (negativt stress). Stress ansees ikke som noe entydig negativt. Stress kan skape positive eller negative effekter avhengig av hvordan det håndteres og hva stresset resulterer i, seier og mestring eller mislykkethet og frustrasjon (62). Selyes teorier om stress har vært satt i forbindelse med Aron Antonovskys teorier om stress knyttet til salutogenesen (63). Nærmere beskrivelse av hvordan Antonovsky behandler begrepet stress gis i kapittel 3.

Som en oppsummering kan ovenstående forskning tyde på at det ikke er strukturene eller kravene i våre omgivelser som bestemmer grad av stress. Stress kan se ut til å være avhengig av den enkeltes evne til å sette grenser eller håndtere de krav som stilles. Dette er i tråd med Antonovskys betraktninger på stress som omtales i neste kapittel.

3 Salutogenesen og Sense of coherence

3.1 Salutogenesens opprinnelse og innhold

Aron Antonovsky (1923-1994) var en israelsk-amerikansk medisinsk sosiolog og akademiker. Hans mangeårige virke som forsker og nysgjerrigheten omkring helsens opprinnelse har gjort ham kjent som opphavsmann til forståelsesmodellen om salutogenesen. Antonovskys salutogenesen har blitt beskrevet som den første kjente modell og teori som systematisk utforsker utvikling av helse på et helse- uhelse kontinuum (64). Begrepet salutogenesen er en sammensetning av det latinske saluto som betyr helse og genese som betyr opprinnelse eller tilblivelse (65). Utviklingen av modellen begynte med Aron Antonovskys undring over resultatene han fikk etter en undersøkelse av kvinner fra forskjellige etniske grupper i Israel, der overraskende mange hadde god psykisk helse på tross av å ha vært i konsentrasjonsleir (53). Teorien om salutogenesen fokuserer på menneskets ressurser, egenskaper og kapasitet til å skape helse fremfor å fokusere på risikofaktorer og sykdom (21). I stedet for å fokusere på hva som er problemet eller utfordringen (e) setter salutogenesen fokus på ressurser som kan bidra til en løsning eller forbedring av helse (51). De senere år har salutogenesen vært satt i forbindelse med begrepet helsefremming (64, 66).

Helsekontinuumet



I et biomedisinsk perspektiv tenker man på begrepene syk og frisk som en dikotomi eller et enten/eller. Antonovsky setter fokus på viktigheten av å anskue helse og sykdom som et kontinuum heller enn en dikotomi. Man er ikke enten frisk eller syk, men befinner seg til enhver tid et sted derimellom. Han understreker at den "helseorienterte metode" i like stor grad som den tradisjonelle medisinske sykdomsorienterte baserer seg på en dikotomi (53). I en livssituasjon der man opplever store helsemessige utfordringer og plager, kan det virke uoverkommelig å skulle bli frisk. Da kan det å mobilisere ressurser for å bevege seg noen skritt i retning av frisk på helsekontinuumet virke mer overkommelig og realistisk.

Antonovsky betrakter livet og den menneskelige organisme som en heterostatisk ubalanse snarere enn en homeostatisk tilstand (21, 53). Denne holdningen står som en kontrast til det han kaller en patogen orientering om at ellers selvregulerende homeostatiske prosesser fra tid til annen forstyrres (53). Med andre ord kan denne holdningen forklares med at han ikke anser kroppen og helsen som en balansert tilstand som med jevne mellomrom tas ut av balanse når vi angripes av sykdom, men at vi til en hver tid beveger oss på helsekontinuumet og stadig håndterer de faktorer som trekker en mot uhelse og faktorer som trekker i retning av helse. Det er viktig å understreke at Antonovsky ikke må misforstås som en motstander av patogen tenkning. Han mente at patogenesen og salutogenesen helst bør utgjøre et komplementært forhold (53).

Generelle motstandsressurser

Aron Antonovskys sier at en persons respons på en stressfylt situasjon kan lede til patogen stress eller salutogen stress håndtering. Han har definert stressfaktorer som «krav som det ikke finnes noen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på» (67) s. 72. Han anser ikke stressfaktorer som noe entydig negativt eller sykdomsfremkallende. Effekten av stress avhenger av evnen til håndtering av det. Stressfaktorer kan ha en sykdomsfremkallende, nøytral eller en helsefremmende effekt (53). Han oppfatter det slik at vi omgir oss med større eller mindre grader av stressfaktorer til enhver tid, og at deres primære virkning er at de skaper en spenningstilstand (53). En slik spenningstilstand må håndteres og evnen til å håndtere dette stresset kommer an på våre generelle motstandsressurser (GMR). GMR inkluderer karakteristika hos en person eller samfunn som styrker evnen til å håndtere spenning (20). En GMR kan være en av mange ressurser som bidrar til å nøytralisere den negative effekten av krevende livssituasjoner som mennesker støter på med jevne mellomrom i løpet av sitt liv (68). Eksempler på GMR hos et individ kan være fysiske, biokjemiske, kognitive eller relasjonelle egenskaper som styrker ens evne til å unngå eller imøtegå utfordringer eller stressfaktorer (67). Mer presist kan det være kunnskap eller intelligens, materielle ressurser, mestringsstrategier, verdier og overbevisning eller genetisk betingede ressurser (53, 68, 69). Antonovsky mener at et eventuelt fravær av enkelte motstandsressurser kan utvikle seg til en stressfaktor i seg selv (53). Som en motsetning til GMR bruker han begrepet generelle motstandsbrister (GMB). GMB kan være svak eller manglende utvikling av ressursene beskrevet over. Med en salutogen forståelse vil man tenke at disse svakhetene i mange tilfeller kan utvikles og endres til GMR. I denne studien undersøkes enkeltstående

faktorer knyttet til GMR og GMB, for eksempel grad av avslapningsevne, mestringstro og optimisme. Faktorene som er undersøkt i denne studien er satt i sammenheng med SOC i tidligere studier (20, 51) og beskrives nærmere i kapittelet Materiale og Metode.

3.2 Sense of Coherence

På bakgrunn av teoriene om GMR og GMB utviklet Antonovsky begrepet Sense of coherence (SOC). Sosiokulturell og historisk kontekst utgjør en betydelig del av grunnlaget for utvikling av SOC og GMR (69). SOC dannes på bakgrunn av hvordan en persons GMR fungerer i møte med belastninger og utfordringer fra omgivelsene. En sterk SOC oppnås ved at en persons GMR er tilstrekkelig sterke i håndteringen av disse utfordringene og belastningene (20). Forholdet mellom SOC og GMR/GMB kan sees som dynamisk og gjensidig avhengig (68). Opplevelsen av å ha GMR tilgjengelig vil styrke en persons SOC samtidig som en sterk SOC styrker mulighetene for å mobilisere tilgjengelige GMR (53) (68).

Antonovsky har skrevet at SOC typisk vil stabilisere seg ved omkring 30 års alder (69, 70). Han skiller mellom stress som skapes av kroniske fenomener som i betydelig grad kan innvirke på SOC og stressende livsbegivenheter som f eks familieførøkelse eller skilsmisse. De sistnevnte trenger ikke nødvendigvis å ha innvirkning på SOC (53).

SOC defineres som:

«...en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, stabil, men også dynamisk følelse av tillit til (1) at de stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet for å håndtere de krav disse stimuli stiller, og (3) at disse krav er utfordringer det er verdt å engasjere seg i» (53) s. 37

Antonovsky legger vekt på at SOC ikke må sees som et personlighetstrekk (53). SOC kan sees som en ressurs som kan gjøre mennesker i stand til å håndtere stress, å reflektere rundt egne interne og eksterne ressurser, å identifisere og mobilisere disse ressursene. Videre kan man dermed styrke effektiv håndtering av stress og finne helsefremmende løsninger (21). En persons SOC er dels relatert til personlighet, men SOC har også mer dynamiske aspekter. SOC inneholder både bevegelige og mindre forandringsvillige komponenter. Den vil variere

avhengig av for eksempel kontekst, fase i livet og antall stressfaktorer på det gitte tidspunkt (53).

For måling av SOC utviklet Antonovsky opprinnelig «the Orientation to Life Questionnaire» som bestod av 29 spørsmål (SOC- 29). Spørreskjemaet tok for seg tre dimensjoner ved helse; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. De tre dimensjonene gir en sum hver for seg og til slutt en samlet SOC sum (53). Senere utviklet Antonovsky den forkortede versjonen SOC- 13. Det er utviklet flere versjoner av SOC skjemaet, men SOC- 29 og SOC- 13 er de originale utviklet av Antonovsky selv (64). SOC brukes som forkortelse for Sense of coherence i denne studien.

Forholdet mellom komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet

Mange forfattere har undersøkt de tre komponentene i SOC, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet hver for seg (71, 72). Antonovsky ser det imidlertid som vesentlig å bruke SOC som et samlet begrep og anbefaler av tekniske årsaker ikke å bruke score fra en av komponentene for seg selv (73). Han skriver at det er «...god teoretisk grunn til å forvente at de tre komponenter er uløselig forbundet», samtidig som han ser meningsfullhet som den komponent med den mest sentrale betydning (53). Med det mener han at det å oppleve livet eller deler av livet som meningsfylt er svært vesentlig for et menneske. Hvis det ikke er tilfelle er det liten sannsynlighet for at vedkommende har en sterk SOC (53).

Betydning av styrken på SOC

Det er beskrevet som en utfordring for anvendeligheten av SOC, at Antonovsky selv ikke definerte hva han anså som svak, normal og sterk SOC (21). For å undersøke relasjonen mellom SOC og andre helserelaterte faktorer samt betydningen av styrken på SOC, kan det synes viktig å kunne skille svak, normal eller middels og sterk SOC. Flere forfattere har laget avgrensninger og rangeringer, både for SOC- 29 (74) og for SOC- 13 (74) (75) (21).

Inndelingene og kategoriene beskriver lavt score som svak SOC og høyt score som sterk SOC. Feldts (2000) doktorgradsavhandling «Sense of coherence. Structure, stability and health promoting role in workinglife» er ansett som en betydningsfull studie på SOC og arbeidsliv (75). Her blir SOC delt inn i fire kategorier (gruppe 1-4), men gruppene har ikke

fått navn som antyder styrken på SOC (75). En oversikt over tidligere studier der SOC er kategorisert er presentert i en metastudie av Eriksson (21) s. 168.

Salutogenesen og Sense of Coherence kan i litteraturen ofte oppfattes som overlappende konsepter. Lindström og Eriksson (2010) understreker at salutogenesen er et bredere konsept enn måling av Sense of Coherence (SOC) (64). Salutogenesen er en helsefremmende måte å tenke og være på, samt en innstilling å møte mennesker med. Den ser ikke fagprofesjonelle grenser som relevant, men er tenkt som en interdisiplinær innfallsvinkel (21).

3.3 Tidligere SOC studier

3.3.1 SOC hos «friske» voksne

For å kunne vurdere betydningen av SOC hos langtidssykemeldte vil være naturlig å se den i forhold til SOC hos arbeidstakere i jobb. Flere studier har sett signifikant forskjell i SOC ved sammenligning av arbeidstakere i jobb og hos sykemeldte, der SOC er høyere hos de som er i jobb (35, 76, 77).

I tabell 1 presenteres studier som har benyttet SOC-13 for følgende grupper; arbeidstakere, normalbefolkning og friske. Studiene er hovedsakelig gjort i perioden 1992-2003 og er hentet fra Erikssons metastudie (2007) (21). Tre studier er gjort senere og er funnet gjennom systematiske litteratursøk; Hansen m fl (2005) (36), Engström m fl (2009) (78) og Lindmark (2010) (79)

Tabell 1. Tidligere studier på SOC hos normalbefolkning, frisk kontrollgruppe og arbeidstakere

Land Utvalg (N)	SOC- 13 Gjennomsnitt	Første forfatter
Normalbefolkning		
Danmark (2352)	65.00	Due E.P. 1998 (80)
Sverige (2003)	Women 64.02 Men 65.04	Larsson G. 1996 (81)
Sverige (526)	70	Lindmark U. 2010 (79)
<i>Tabellen fortsetter på neste side</i>		

Sverige (1802)	Women 70.80 Men 70.50	Nilsson B. 2000 (82)
Australia (439)	60.80	Pallant J. 2002 (83)
Finland (20101)	Good health 67.08 Fairly good health 62.91 Mediocre health 59.84 Fairly poor health 56.34 Poor health 52.92	Suominen S. 2002 (84)
Canada (17626)	59.00	Wolff A. C. 1999 (68)
Frisk kontrollgruppe		
Sverige (94)	73.60	Ekman I. 2002 (71)
Sverige (1835)	69.70	Engström L.G. (78)
Australia (166)	67.10	Germano D. 2001 (85)
Sverige (1802)	70.70	Hansen A. 2005 (36)
Sverige (268)*	65.70	Klang B. 1996 (86)
Sverige (102)	75.00	Klevsgård R. 1999 (87)
Sverige (268)*	66.00	Langius A. 1996 (74)
Sverige (268)*	66.00	Mendel B. 2001 (88)
USA (89)	67.36	Motzer S. 2003 (89)
Sverige (282)	63.73	Räty L. 2003 (90)
Sverige (268)*	66.00	Söderman A. C. 2001 (91)
Arbeidstakere		
Finland (219)	63.90-64.50	Feldt T. 2000 (75)
USA (728)	62.50	Mackie K. S. 2001 (92)
Sør Afrika (152)	60.02	Strümpfer D. 2001 (93)

* Disse studiene har brukt det samme materialet

3.3.2 SOC hos langtidssykemeldte

SOC kan sees som overlappende i forhold til andre mål for helse. I en oversiktsstudie av Eriksson fremgår det at helse har vist seg å være sterkt relatert til SOC (21). SOC har vist seg å være tett korrelert med faktorer som måler positive aspekter ved helse som robusthet og optimisme, samt negative eller sykdomsorienterte aspekter ved helse som angst og depresjon (21). Det er tidligere nevnt at det er usikkerhet knyttet til relasjonen mellom SOC og fysisk helse.

SOC har tidligere vist seg å være positivt korrelert til psykisk velvære, stressmestring og negativt korrelert til angst og depresjon (94). Nilsson m fl (2003) har vist at SOC er assosiert med helse, sykdom og psykososiale faktorer (95). Volanen m fl (2004) finner at psyko-emosjonelle ressurser er sterkere assosiert til SOC enn sosio- økonomiske (96). Av de nevnte studiene ser vi at SOC har vist seg å være relatert til plager som ofte beskrives hos langtidssykemeldte.

I tabell 2 presenteres studier der sammenhenger mellom SOC og langtidssykemelding er undersøkt. I studiene er langtidssykemeldte inkludert enten uavhengig av diagnose eller på bakgrunn av muskel- og skjelettplager.

Tabell 2. Tidligere studier på SOC og langtidssykemeldte.

Beskrivelse av studie/hensikt	Utvalg (N)	Resultater knyttet til SOC	Første forfatter Land
Undersøke om og i hvilken grad helsestatus og SOC kan predikere langvarig sykemelding blant pasienter i primærhelsetjeneste med muskel-skjelettplager.	Pasienter med muskel-skjelettplager 17-64 år (189)	SOC gjennomsnitt LTSL: 140* Langtidssykemeldte hadde signifikant svakere SOC v baseline enn ikke sykemeldte	Atroschi I. (2002) Sverige
Undersøke prediktive faktorer for langtidssykemelding (SM) og uførepensjon (UP) blant «gjengangere» og de som sees med normal hyppighet i primærhelsetjenesten.	Gjengangere (G) (n=132), Normal hyppighet (NH) (n=531)	SOC median G:LTSM & LTUP: 69.5 NH: LTSM <UP: 75.5	Bergh H. (2007) Sverige
<i>Tabellen fortsetter på neste side</i>			

Undersøke assosiasjoner mellom fysiske og psykologiske stress faktorer i og utenfor jobb, sykefravær, kardiovaskulær sykdom samt muskel-skjelett sykdommer.		Lav SOC ga signifikant økning av risiko for sykefravær og muskel- skjelett sykdommer.	Bildt C. (2006) Sverige
Identifisere faktorer som forhindrer kortvarig og langvarig sykefravær	Ikke syke (IS)(1835) Kortvarig sykefravær (KS) (927) Langvarig sykefravær (LS) (361)	SOC gjennomsnitt IS: 69.7 KS: 66.7 LS: 63	Engström L-G. (2009) Sverige
Utforske viktige faktorer i sykefraværprosessen ved dybdeintervjuer	15, Kvinner (10), Menn (5).	SOC er en av flere viktige ressurser som sees som en viktig prediktor for å komme tilbake i jobb	Falkdal A.H. (2006) Sverige
Sammenligning av SOC hos sykemeldte tidlig i sykemeldingsforløpet med frisk kontrollgruppe.	Sykemeldte (SM) (135) Frisk kontrollgruppe (FK) (1802)	SOC gjennomsnitt SM: 65.5 FK: 70.7	Hansen A. (2005) Sweden
Undersøke psykososiale faktorer som prediktorer for endring i sykefravær ved økonomiske nedgangstider.	Lokale offentlige ansatte (763)	SOC gjennomsnitt Kvinner 46.1** Menn: 47.3**	Kivimäki M. (1997) Finland
Undersøke sammenhenger mellom SOC og sykefravær. 1 års oppfølging, kvantitative og kvalitative mål for helse.	Offentlig ansatte (1300)	SOC gjennomsnitt Kvinner 53.1 Menn 54.7 Lav SOC er assosiert med økt sykefravær	Nasermoaddeli A. (2003) Japan
Skape økt kunnskap om viktige faktorer for langtidssykemeldte kvinner	Kvinner (82)	SOC spiller en sentral rolle for kvinner som er langtidssykemeldt	Ockander M. (2003) Sverige

*SOC-29 er brukt i denne studien

** En 9 punkts versjon av SOC er brukt i denne studien

3.3.3 Behovet for salutogenesen

Det er påpekt at den salutogene modellen er lite anvendt både i sykefraværrelatert praksis og i forskning på sykefravær. Forskning på sykefravær setter ofte fokus på risikofaktorer (78).

En salutogen helseundersøkelse kan bidra til å avdekke ressurser samt områder der det er potensiale for forbedring. En slik undersøkelse søker ikke en konklusjon eller et resultat

knyttet til sykdom eller diagnose, men er fremadrettet og avdekker hvilke områder den enkelte kan fokusere på for å styrke sine mestringsstrategier og forbedre sin helse. Positive mestringsstrategier er som tidligere nevnt beskrevet som viktig for å forebygge psykologiske plager ved langvarig sykemelding (24, 47).

Hollnagel & Malterud (1995) har tidligere beskrevet salutogenesen som en ledende modell i arbeidet med å bevege seg vekk fra sykdomsorientering og fokus på risikofaktorer og over mot empowerment og ressurstenkning (18). Eriksson og Lindström (2005) foreslår økt bruk av salutogen tenkning i helserelatert praksis, spesielt i møte med pasienter med psykiske lidelser og i arbeidet med å forebygge disse plagene (97).

Det å være sykemeldt kan utfordre opplevelsen av egen identitet og mestringsevner (24). I møte med pasienter med sammensatte plager vil det ofte være vesentlig å unngå å skape eller forsterke en identitet som er sterkt knyttet til sykdom og plager. For mange slike pasienter kan en sykemelding virke forsterkende på plagene. En studie har vist at det å få en diagnose og sykemelding kan være bekreftelse på mangel på mestring og gi utfordringer knyttet til selvtillit (37).

Aamland m fl (2013) har undersøkt mestring hos langtidssykemeldte, med medisinsk uforklarte fysiske symptomer, med fokus på marginaliseringsaspektet eller opplevelsen av ekskludering. Deres resultater viser at det å ha plager uten en medisinsk forklaring er en ekstra byrde i tillegg til det å være sykemeldt. Langtidssykemeldte med store plager uten objektive funn kan fortelle om opplevelsen av å være «en vanskelig pasient». De beskriver videre hvordan det å «bli trodd» ved å få sykemelding først opplevdes som lettende og anerkjennende, men etter hvert utvikles følelsen av irritasjon, depressivitet og rastløshet. En følelse som kunne gi forsterket sykdomsidentitet og forlenge sykefraværsperioden. Deltakerne i studien ville heller være i arbeid og gjøre nytte for seg. Enkelte beskrev at de ville begynne å jobbe igjen, på tross av manglende bedring av symptomene, men lurte på hvor lenge de ville klare å stå i jobb. (24).

I en studie med fokus på lidelse og salutogenesen skriver Oliveira (2014) at det er viktig å ha fokus på helse i tillegg til sykdom når helsepersonell jobber med lidelse og plager (98).

Videre peker forfatteren på at Antonovskys salutogenesen tar innover seg hvordan menneskelig lidelse kan ha positive effekter, spesielt hvis man opplever lidelse i kombinasjon med en sterk SOC (98).

Systematiske søk etter norske studier på langtidssykemeldte og SOC gjort i forbindelse med denne studien har ikke resultert i noen funn. Det har heller ikke søk etter norske studier på langtidssykemeldte og egenvurdert helse og ressurser.

3.4 Friskgården

De siste om lag 20 årene har man i Norge hatt et paradigmeskift fra medisinsk behandling til rehabilitering og fokus på mestring for pasienter med smerteplager eller sammensatte lidelser (15). Friskgården er en privat institusjon med spesialistkompetanse på fagfeltet arbeidshelse. Friskgårdens hovedsakelige virke pr 2014 er arbeidsrettet rehabilitering med en salutogen tilnærming, og en stor del av deltakerne/klientene er langtidssykemeldte. Deltakerne er først og fremst henvist av NAV eller lege i tiltaket arbeidsrettet rehabilitering (23), men noen er henvist til andre tiltak (vedlegg1). Deltakere har også mulighet til å delta på arbeidsgivers eller privat initiativ. Sykemeldte som henvises til Friskgården har i all hovedsak sammensatte plager som det ofte er vanskelig å finne riktig behandling til, og mange har en kombinasjon av smerteplager og lettere psykiske plager. Friskgården tilbyr ikke behandling, men rehabilitering for sykemeldte. Størstedelen av de langtidssykemeldte på Friskgården har ikke et spesifikt fokusområde eller åpenbar diagnose. Friskgården tar utgangspunkt i en utvidet forståelse av helse og faktorer som ofte ikke sees som en del av helse tas med i betraktningen. Rehabilitering på Friskgården er rettet mot flere dimensjoner ved helse (fysisk funksjon, bevegelse og trening, kognitiv veiledning, kommunikasjon og gruppedynamikk etc). En vesentlig faktor ved det å være i et tiltak hos Friskgården er at man har en veileder. Veilederen fungerer som en flokeløser og tillitsperson som bidrar til å identifisere hva som oppleves som de viktigste utfordringer og GMB for deltakeren. Videre er det veileders oppgave å utfordre og støtte deltaker i arbeidet med å mobilisere GMR på veien mot å utvikle en mer robust arbeidshelse. Friskgårdens visjon er at det skal finnes en plass i arbeidslivet til alle som vil og kan jobbe.

Friskgården har flere frittstående enheter (lokale Friskgårder) i Norge, og felles for rehabiliteringen ved alle enheter er at det benyttes en salutogen innfallsvinkel.

4 Materiale og metode

4.1 Design

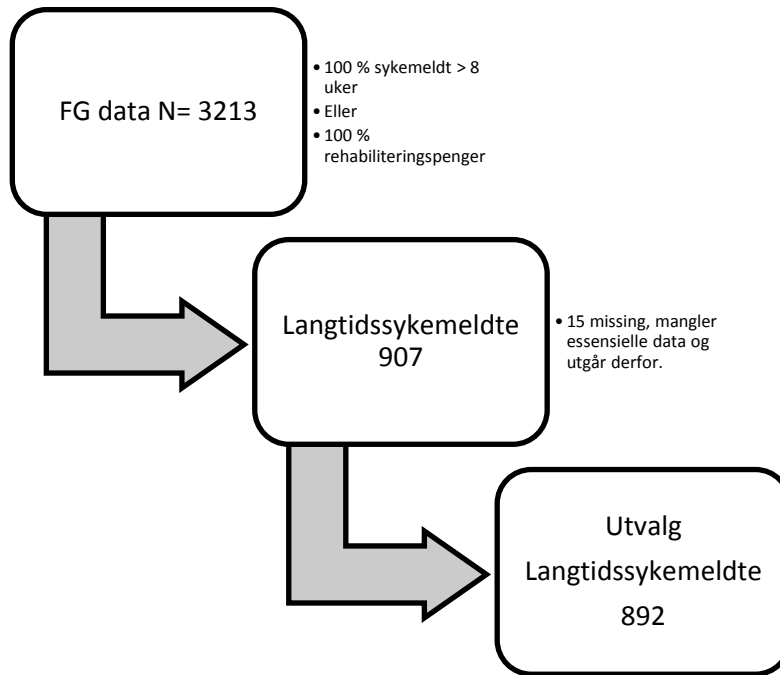
Studien er en retrospektiv tverrsnittstudie som benytter spørreskjemaer.

4.2 Materiale

Studien inkluderer personer som er henvist til kurs/ tiltak i regi av Friskgården i perioden 1994-2011. Deltakerne er henvist til Friskgården av lege eller NAV. Flertallet av deltakerne henvises på bakgrunn av sammensatte plager uten betydelige objektive funn. Datamaterialet er Friskgården databank (FG data), en datasamling med godkjent konsesjon fra Datatilsynet (99) (Vedlegg 2). Databanken består av data fra egenkartleggingsskjema. Skjemaet fylles ut i forkant av intervensjon, stort sett første dag en deltaker er i møte med en veileder på Friskgården.

Databasen består av i alt 3213 deltakere.

Inklusjonskriteriene i denne studien er at deltakeren har vært 100 % sykemeldt i 8 uker eller mer, definert som langtidssykemeldte. 907 deltakere ble vurdert til å være langtidssykemeldte. 892 av disse ble inkludert i studien. Se flytskjema.



Figur 1. Flyttdiagram over inklusjonsprosessen.

4.3 Spørreskjemaet/ egenkartlegging

Alle som deltar i tiltak eller kurs ved Friskgården fyller ut et spørreskjema ved oppstart. Hensikten med spørreskjemaet er å gi god og bred informasjon av deltakerens helse og arbeidsliv. Skjemaet består av 7 deler; del 1- ”Personinformasjon”, del 2- ”Hvordan du vurderer deg?”, del 3- ”Livsstil”, del 4- ”Hvordan du føler deg”, del 5- ”OAS (SOC)”, del 6- ”Funksjonsmåling/ COOP/WONKA”, del 7- ”Arbeidsmiljøet ditt”. I denne studien har jeg benyttet data fra del 1, 2, 4 og 5.

4.3.1 Sense of coherence

Sense of coherence (SOC) er undersøkt med spørreskjemaet SOC-13 som er den avhengige variabelen i studien. Spørreskjemaet består av 13 spørsmål som besvares på en 7 punkts skala og gir et samlet SOC score mellom 13 og 91 (vedlegg 3). Spørsmål relatert til begripelighet gir maks 35 poeng og spørsmål relatert til håndterbarhet og meningsfullhet gir maks 28 poeng i hver av kategoriene (79).

En systematisk oversiktsstudie av Eriksson og Lindström (2005) har funnet SOC-13 skalaen til å være et reliabelt og valid instrument til å måle menneskers evne til å håndtere stress og å

holde seg friske (100). I oversiktsstudien har forfatterne har undersøkt både SOC-29 og det forkortede skjemaet SOC- 13 (100).

4.3.2 Angst og depresjon

Symptomer knyttet til angst og depresjon er undersøkt med HADS (Hospital anxiety and depression scale) (101). HADS består av 14 spørsmål- 7 rettet mot angst og 7 mot depresjon. Spørsmålene besvares på en 4 punkts skala, 0-3 eller 3-0. Svarene summeres og et høyt score indikerer høy grad av angst/depresjon (vedlegg 4). Snaith (2003) har utviklet skalaen og beskriver score på 1-7 som å være innenfor normalfeltet, 8-10 som sannsynlig tilstedeværelse av den respektive tilstand og 11 eller mer indikerer sannsynlig sykdom knyttet til respektive tilstand (102). Boken "Measuring health: a review of quality of life measurement scales" viser til flere studier der denne inndelingen er brukt (103). En norsk validitetsstudie av HADS skalaen av Bjelland m fl (2002) støtter denne måten å dele inn skalaen på mht alvorlighetsgrad av symptomer knyttet til angst og depresjon og for definering av "caseness"(104).

4.3.3 Smerteplager

Undersøkes ved hjelp av et spørsmål: Hvor mye plager de fysiske smertene deg? Spørsmålet besvares på en numerisk rangerings skala (NRS) fra 0-10 hvor 0= ikke noe plaget og 10= svært mye plaget (vedlegg 5). Svarene gir kategorisk ordinale data, men brukes som kontinuerlige variabler i analysene.

Spørsmålet om smerteplager er et oppfølgingsspørsmål til spørsmålene «Hvor mye fysiske smerter har du når smertene er på det verste» og «Hvor mye fysiske smerter har du når smertene er på det svakeste?» Jeg har bare benyttet spørsmålet om smerteplager i mine analyser. En tidligere masterstudie av Ramberg (2008) har brukt FG data men på et mindre antall deltakere (N=58) (51). Studien fant en sterk assosiasjon mellom smerteintensitet og smerteplager ($r=0.73$). Variabelen smerteplager ble benyttet i videre analyser.

På basis av ovennevnte funn fra Rambergs studie er variabelen smerteplager valgt som uavhengig variabel i denne studien.

4.3.4 Egenvurderte faktorer relatert til GMR/GMB

Spørsmålene nedenfor er i likhet med ovenstående hentet fra del 2- «Hvordan du vurderer deg?» (vedlegg 6). Spørsmålene besvares på en numerisk skala 0-10, men også disse brukes som kontinuerlige variabler. Variablene som benyttes baserer seg på tidligere innsamlede data og er valgt på bakgrunn av hva tidligere forskning beskriver som betydningsfulle faktorer eller utbredt problematikk blant mennesker med sammensatte plager (9, 42-44, 51, 54, 60, 61, 105). Faktorene vil kunne knyttes til angst og depresjon, men baserer seg ikke på diagnoser og er ikke nødvendigvis relatert til sykdom. Et «sterkt jeg» eller «ego styrke» er beskrevet av Antonovsky som en GMR (53, 73) og kan knyttes til selvbilde eller egenverd som er en av de uavhengige variablene i denne studien.

Faktorene er forslag til nyansering av langtidssykemeldtes helsebilde og forslag til viktige GMR/GMB hos langtidssykemeldte med sammensatte plager.

Søvnkvalitet. Hvordan vurderer du din søvnkvalitet? (0 = svært dårlig søvnkvalitet 10 = svært god søvnkvalitet)

Avslapningsevne. Hvordan vurderer du din evne til å slappe av? (0 = svært dårlig avslapningsevne 10 = svært god avslapningsevne)

Mestringstro. Har du tro på at du kan mestre hverdagen bedre i framtida enn i dag? (0 = ikke noe bedre 10 = svært mye bedre)

Livsstyring. Mener du at du har styring eller innflytelse over ditt eget liv? (0 = svært lite styring / innflytelse 10 = svært mye styring/ innflytelse)

Egenverd. Ser du på deg selv som et verdifullt menneske? (0 = svært lite verdifull 10 = svært verdifull)

Optimisme. Er du som regel optimistisk eller pessimistisk? (0 = svært pessimistisk 10 = svært optimistisk)

Bekymring. Bekymrer du deg ofte? (0 = svært sjelden 10 = svært ofte)

4.3.5 Sosiodemografiske variabler

Deltakerne blir spurt om kjønn, alder og utdanning. Utdanning er delt inn i fire kategorier; grunnskole, videregående utdanning, fagbrev/fagutdanning og høyskole/universitet. Spørsmål om utdanning er besvart i samme rubrikk som spørsmål om varighet og omfang på sykemeldingen (vedlegg 7).

4.4 Statistisk metode

4.4.1 Analyser

SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) for Windows, version 21 er brukt til statistisk analyse av data.

Det gjøres deskriptive analyser av alle variabler, vist med frekvens og prosent for kategoriske variabler og gjennomsnitt og standarddeviasjon for kontinuerlige variabler.

Eventuelle sammenhenger mellom variablene undersøkes med korrelasjonsanalyse. Pearsons r brukes som korrelasjonskoeffisient siden avhengig variabel (SOC) er normalfordelt, ikke inneholder ekstremverdier og det er uavhengighet mellom observasjonene. Pearsons r viser om det er en sammenheng mellom SOC og de uavhengige samt mellom de uavhengige variablene.

Hvilke variabler som tas med i videre analyser, baserer seg på funn fra korrelasjonsanalysen.

Lineær regresjon viser hvilke sammenhenger det er mellom SOC og de uavhengige variablene (106). Denne undersøkelsesmetoden er beskrevet som svært passende for å besvare komplekse menneskelige forskningsspørsmål (106) En lineær regresjon tar utgangspunkt i at det finnes en lineær sammenheng mellom variablene. Usikkerhet knyttet til den lineære sammenhengen vil uttrykkes med forklart varians (R^2). Først gjøres bivariate eller enkle lineære regresjoner.

Multipel regresjonsanalyse baserer seg på sammenhengene som er funnet mellom variablene ved enkle lineære regresjoner. Alle aktuelle variabler settes inn i modellen. Deretter fjernes variablene med lavest signifikans (P verdi) for modellen en etter en, til man står igjen med en endelig modell inneholdende signifikante variabler. Den endelige modellen beskriver

assosiasjonen mellom SOC og de uavhengige variablene, samtidig som det kontrolleres for de andre signifikante variablene i modellen. Dersom en uavhengig variabel er sterkt assosiert med SOC, men har for lavt signifikansnivå for å inkluderes i modellen, kan den forsøkes inkludert i den endelige modellen i ettertid. Hensikten med dette vil være å undersøke hvordan det påvirker øvrige variabler i modellen og om forklart varians endres.

4.4.2 Behandling av data

SOC

Ved presentasjon av resultater (neste kapittel) har jeg laget kategorier for SOC basert på Feldts inndeling (presentert tidligere s 20). Som et forsøk på å gjøre dette mer oversiktlig for leseren, har jeg tillat meg å gi gruppene navn som indikerer styrken på SOC. Gruppene er gitt følgende navn:

Gruppe 1 (SOC 22-39)= Svak

Gruppe 2 (SOC 40-56)= Svak-middels

Gruppe 3 (SOC 57-73)= Middels-sterk

Gruppe 4 (SOC 74-91)= Sterk

Navn på gruppene er i tråd med benevnelser fra tidligere studier (21) s. 168. I mitt materiale varierer SOC fra 22 og 91, men i Feldts studie er laveste verdi 23 og høyeste 90.

HADS

HADS skalaen måler angst og depresjon hver for seg. Som tidligere nevnt deler den hver av de to kategoriene i tre på følgende måte: 0-7: ansees for å være innenfor normalfeltet («regarded as being in the normal range», 8-10: sannsynlig tilstedeværelse av symptomer knyttet til den respektive tilstand («suggestive of the presence of the respective state») og >11: indikerer sannsynlig sykdom knyttet til respektive tilstand («indicating probable presence («caseness») of the mood disorder») (102). Som en forkortet beskrivelse på gruppene, er de i denne studien kalt følgende:

0-7: Normal

8-10: Symptomer

>11: Sykdom

4.5 Etikk

Samtlige pasienter som deltok fikk muntlig og skriftlig informasjon og undertegnet erklæring om frivillig samtykke til at egenkartleggingen kan brukes i forskning (vedlegg 8). Det informeres om at data blir oppbevart i en databank hos Friskgården med konsesjon fra Datatilsynet og at personopplysninger blir behandlet i tråd med gjeldende krav til personvern.

Materialet som er brukt i denne oppgaven er aidentifisert og forfatteren har ingen tilgang til noen koblingsnøkkel med identitet.

Forskningsprotokollen er godkjent av regional etisk komite (REK) (vedlegg 9).

Godkjenningen er basert på prosjektendring av et tidligere godkjent prosjekt med tittelen «Opplevelse av sammenheng hos arbeidstakere med fysiske smerter - en tverrsnittstudie». I dette prosjektet ble også FG data anvendt.

5 Resultater

Her presenteres resultater som er vurdert til å være vesentlige for å besvare oppgavens problemstillinger. Avsnitt 5.1 innledes med en presentasjon av demografiske data, deretter presenteres resultater knyttet til følgende problemstillinger:

- **Hvordan er langtidssykemeldtes Sense of Coherence?**
- **I hvilken grad forekommer angst og depresjon hos langtidssykemeldte?**
- **Hvilke egenvurderinger gjør langtidssykemeldte av følgende faktorer; smerteplager, søvnkvalitet, avslapningsevne, mestringstro, livsstyring, egenverd, optimisme og bekymring?**
- **Hvilke sammenhenger er det mellom de ovenfor nevnte faktorer hos langtidssykemeldte?**

5.1 Karakteristikk av utvalget

5.1.1 Demografi

Totalt er det 892 deltakere i studien hvorav 69.5 % er kvinner. Aldersgjennomsnittet er på 49 år. 59.8 % har ikke utdanning utover videregående skole.

Tabell 3. Demografiske data for utvalget langtidssykemeldte (n=892)

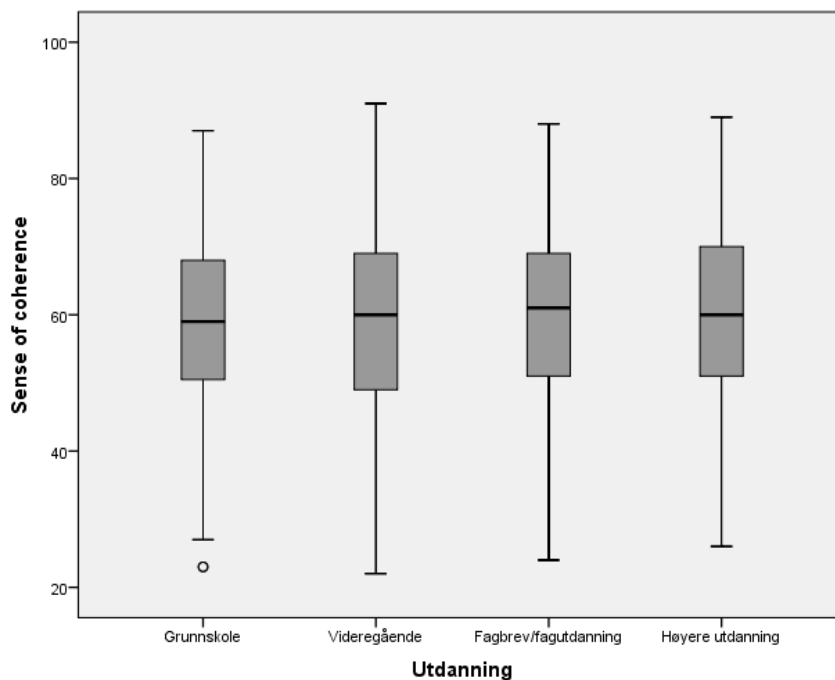
N= 892	Antall %	Gjennomsnitt ± SD (range)
Kjønn Missing 1		
Menn	272 (30.5)	
Kvinner	619 (69.5)	
Alder		49 ± 10.1 (22-70)
Utdanning		
Grunnskole	212 (23.8)	
Videregående skole	322 (36)	
Fagbrev/fagutdanning	184 (20.6)	
Høyskole/univeritetsutdanning	174 (19.5)	

5.1.1 Sense of coherence

Utvalget har et gjennomsnittlig SOC score på 59.4.

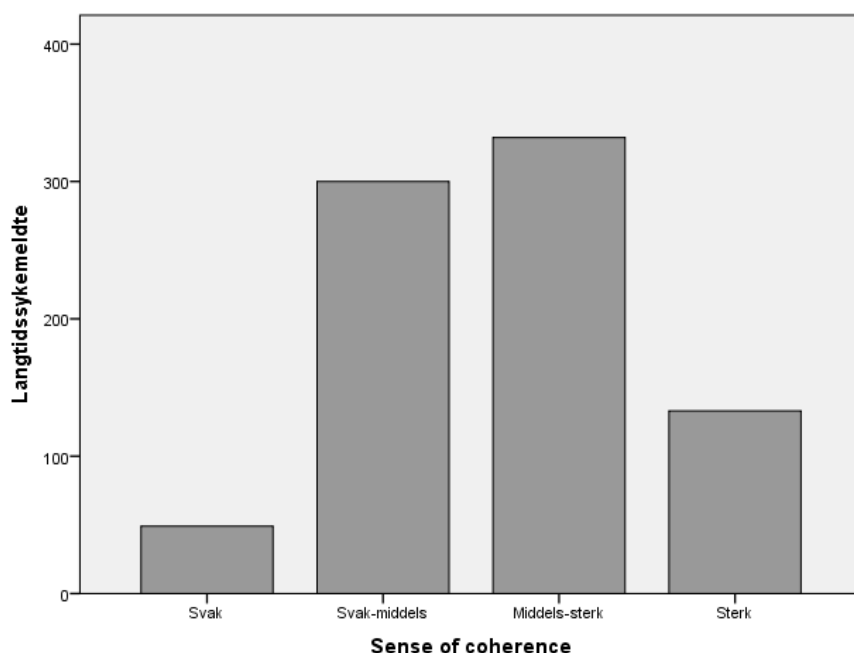
Betydning av utdanningslengde for SOC

Resultatene tyder på at lengden på utdanning ikke har betydning for SOC i denne studien. Enkel lineær regresjonsanalyse bekrefter at det er ingen signifikant sammenheng mellom utdanning og SOC ($\beta = 0.7$ $p = 0.1$).



Figur 2. Box plot for SOC fordelt på de fire utdanningsnivåene

I metodekapittelet er det beskrevet hvilke kategorier som presenteres for å beskrive hvordan utvalget fordeler seg med hensyn til styrken på SOC. For utvalget i denne studien fordeler majoriteten seg omtrent likt i gruppene svak- middels og middels- sterk (36.9 og 37.2 %). Gruppen svak utgjør 5.5 % og gruppen sterk utgjør 14.9 %.



Figur 3. Søylediagrammet viser SOC fordelt i gruppene svak, svak-middels, middels-sterk og sterk.

5.1.2 Forekomst av angst og depresjon

Angst og depresjon er som tidligere nevnt undersøkt med HADS (Hospital anxiety and depression scale). Utvalget har et gjennomsnitt (SD) på 8.7 (4.4) for angst og 6.2 (3.8) for depresjon, altså noe lavere for depresjon enn for angst.

Ut fra tidligere beskrivelse av hvilke sumscore som defineres som «normal», «symptomer» og «sykdom» (se side 33) så ligger 41.1 % av deltakerne i gruppen «Normal», mens 24 % har «Symptomer» og 34.5 % har «Sykdom» relatert til angst. For depresjon er fordelingen 64.3 % «Normal», 20.4 % «Symptomer» og 15.2 % «Sykdom».

5.1.3 Smerteplager

Gjennomsnitt (SD) for smerteplager undersøkt med NRS 0-10 er 6.5 (2.7) for utvalget i denne studien.

5.1.4 Egenvurderte faktorer relatert til GMR/GMB

Utvalget har et gjennomsnitt (SD) på 4.2 for søvnkvalitet (2.6) og avslapningsevne (2.4). For øvrige variabler (mestringstro, livsstyring, egenverd, optimisme og bekymring) ligger gjennomsnittet mellom 5.8 og 6.5.

5.2 SOC og assosierte faktorer

5.2.1 Korrelasjonsanalyser

Se korrelasjonstabell på neste side.

Tabell 4. Korrelasjonstabell for avhengig variabel (SOC) og alle uavhengige variabler vist med Pearson's korrelasjonskoeffisient (r).

	SOC	Kjønn	Alder	Utdanning	Angst sum	Depresjon sum	Smerteplager	Søvnkvalitet	Avslapningsevne	Mestringsstro	Skyring og innflytelse	Egenverd	Optimisme	Bekymring
SOC ⁴⁾	1													
Kjønn (k=1)	0.02	1												
Alder (23-69)	0.22**	0.04	1											
Utdanning ¹⁾	0.05	-0.06	-0.03	1										
Angst sum ²⁾	-0.70**	-0.05	-0.10**	-0.07*	1									
Depresjon sum ²⁾	-0.61**	0.02	0.03	0.02	0.63**	1								
Smerteplager ³⁾	0.11**	0.01	0.1**	-0.19**	-0.04	-0.07*	1							
Søvnkvalitet ⁵⁾	0.28**	-0.03	-0.04	0.11**	-0.35**	-0.34**	-0.20**	1						
Avslapningsevne	0.45**	0.05	0.05	0.10**	-0.58**	-0.45**	-0.11**	0.58**	1					
Mestringsstro ⁵⁾	0.04	-0.16**	-0.26**	0.17**	-0.04	-0.08*	-0.19**	0.20**	0.12**	1				
Livsstyring ⁵⁾	0.55**	-0.06	0.02	0.03	-0.46**	-0.53**	0.04	0.31**	0.45**	0.23**	1			
Egenverd ⁵⁾	0.58**	-0.04	0.09**	0.06	-0.47**	-0.49**	0.08*	0.26**	0.38**	0.24**	0.62**	1		
Optimisme ⁵⁾	0.52**	-0.03	0.07*	0.02	-0.44**	-0.42**	0.09**	0.23**	0.38**	0.19**	0.5**	0.54**	1	
Bekymring ³⁾	-0.49**	-0.12**	-0.14**	-0.04	0.57**	0.37**	0.02	-0.27**	-0.40**	0.09**	-0.31**	-0.30**	-0.38**	1

1=grunnskole, 2=videregående, 3=fagbrev/fagutdanning, 4=høyere utdanning, 5) 11 pkt skala (0-10) 0 = 😊 13 spm m 7 pkt skala (1-7) min 13 maks 91, 91 = 😊⁵⁾ 11 pkt skala (0-10) 10 = 😊 ☺= beste score ** Signifikansnivå 0.01 *Signifikansnivå 0.05

5.2.2 Regresjonsanalyser

Det er gjort bivariate lineære regresjoner for SOC og alle uavhengige variabler. Enkle lineære regresjoner gir en beskrivelse av hvilken sammenheng det er mellom avhengig variabel (SOC) og de uavhengige variablene hver for seg. Multippel lineær regresjonsanalyse beskriver hvordan variablene er assosiert til SOC når de er samlet i en modell og det er kontrollert for de andre variablene i modellen. Ved multippel lineær regresjon tas de uavhengige variablene ut av modellen en etter en, med den minst signifikante først. Når en og en variabel er tatt ut av modellen frem til bare variabler som er signifikant assosiert med SOC står igjen med får vi endelig modell. Tabell 5 viser til venstre bivariate lineære regresjoner for SOC. Til høyre presenteres to endelige modeller. Bakgrunnen for at to endelige modeller er valgt beskrives senere i dette avsnittet.

Tabell 5. Bivariate lineære regresjoner for SOC og uavhengige variabler (t.v) og multipl linear regresjon (t.h). Standardisert beta er brukt. To endelige modeller er presentert. Lengst til høyre er angst tatt ut av modellen.

	Enkel lineær regresjon (ujusterte estimater)				Multipl linear regresjon (justerte estimater)					
	β	95% CI	p		β	95% CI	p	β	95% CI	p
Kjønn (k=1, m=2)	0.67	-1.32, 2.65	0.51		0.30	-0.92, 1.52	0.63	0.62	-0.70, 1.93	0.36
Alder (21-68)	0.30	0.21, 0.38	<0.001		0.21	0.16, 0.27	<0.001	0.23	0.17, 0.29	<0.001
Utdanning ¹⁾	0.70	-0.18, 1.57	0.12		-	-	-	-	-	-
HADS										
Angst ²⁾	-2.15	-2.30, -2.00	<0.001		-	-1.27, -0.89	<0.001	-	-	-
Depresjon ²⁾	-2.12	-2.31, -1.93	<0.001		-	-0.82, -0.41	<0.001	-1.13	-1.33, -0.93	<0.001
Smerter										
Smerteplager ³⁾	0.51	0.18, 0.84	0.003		-	-	-	-	-	-
Restitusjon										
Søvnkvalitet	1.41	1.07, 1.74	<0.001		-	-	-	-	-	-
Avslapningsevne	2.45	2.12, 2.79	<0.001		-	-	-	-	-	-
Egenrapporterte mestingsressurser og personlighetstrekk										
Mestringsstro ⁵⁾	0.23	-0.14, 0.61	0.23		-	-	-	-	-	-
Styring og innflytelse ⁵⁾	3.29	2.95, 3.63	<0.001		0.70	0.36, 1.04	<0.001	0.78	0.42, 1.15	<0.001
Egenverd ⁵⁾	3.39	3.06, 3.72	<0.001		0.97	0.63, 1.31	<0.001	1.18	0.81, 1.54	<0.001
Optimisme ⁵⁾	3.18	2.82, 3.55	<0.001		0.56	0.24, 0.89	<0.005	0.70	0.35, 1.05	<0.001
Bekymring ³⁾	-2.65	-2.97, -2.33	<0.001		0.42	-0.70, -0.14	<0.005	-1.09	-1.36, -0.81	<0.001
					$R^2 = 0.64$			$R^2 = 0.58$		

¹⁾ 1=grunnskole, 2=videregående, 3=fagbrev/fagutdanning, 4=høyere utdanning ²⁾ 7 spm m 4 pkt skala (0-3) maks 21, 0 = ☹ ³⁾ 11 pkt skala (0-10) 0 = ☹
⁴⁾ 13 spm m 7 pkt skala (1-7) min 13 maks 91, 91 = ☺ ⁵⁾ 11 pkt skala (0-10) 10 = ☺ ☺= beste score ** Signifikansnivå 0.01 * Signifikansnivå 0.05

Det er flest kvinner i materialet, men kjønn hadde ikke signifikant sammenheng med SOC i bivariate analyser. På tross av dette ble variabelen vurdert som relevant å inkludere i endelig modell. Analysene tyder ikke på at kjønn har signifikant betydning for SOC i dette materialet.

Analysene viser at alder, angst, depresjon, styring og innflytelse, egenverd, optimisme og bekymring er signifikant assosiert til SOC.

Jeg har valgt å presentere to endelige modeller etter multippel lineær regresjonsanalyse (se tabell 5). Denne vurderingen baserer seg på at korrelasjonen mellom angst og SOC er på 0.7. En korrelasjon på 0.7 grenser opp mot det litteraturen omtaler som sammenfallende eller for sterk assosiasjon mellom variabler på den måten at de måler det samme (106). Den ene modellen inkluderer angst (i midten) og i den andre (helt til høyre) er angst tatt ut. Forklart varians i modellen endres noe når angst tas ut (fra $R^2 = 0.64$ til $R^2 = 0.58$). Med andre ord kan henholdsvis 64 og 58 % av variasjonen i SOC relateres til modellen ut fra denne analysen. Angst bidrar til å styrke denne modellens forklarte varians i SOC.

Endelig modell tyder på at SOC stiger med alderen når det er kontrollert for de andre uavhengige variablene i modellen (se tabell 5).

Det er ingen signifikant sammenheng mellom SOC og de uavhengige variablene kjønn, utdanning, smertelager og mestringstro i en multivariabel modell.

På bakgrunn av den høysignifikante assosiasjonen mellom SOC og søvnkvalitet og SOC og avslapningsevne ved de bivariate regresjonsanalysene, forsøkte jeg å ta disse variablene inn den endelige modellen igjen. Søvnkvalitet var fortsatt ikke signifikant, men for avslapningsevne får man en β verdi på 0.3 med signifikansnivå 0.05 dvs grensesignifikant. Denne modellen er vist i tabell 6.

Tabell 6. *Multipel lineær regresjon for SOC og uavhengige variabler etter at avslapningsevne er tatt inn i modellen.*

	Multipel lineær regresjon		
	β	95 % CI	p
Kjønn (k=1, m=2)	0.53	-0.78, 1.85	0.43
Alder (21-68)	0.23	0.17, 0.29	<0.001
Utdanning ¹⁾	-	-	-
HADS			
Angst ²⁾	-	-	-
Depresjon ⁴⁾	-1.09	-1.29, -0.89	<0.001
Smertes			
Smerteplager ³⁾	-	-	-
Restitusjon			
Søvnkvalitet	-	-	-
Avslapningsevne	0.30	0.00, 0.59	0.05
Motstandsressurser			
Mestringstro ⁵⁾	-	-	-
Livsstyring ⁵⁾	0.72	0.35, 1.10	<0.001
Egenverd ⁵⁾	1.16	0.80, 1.53	<0.001
Optimisme ⁵⁾	0.68	0.32, 1.03	<0.005
Bekymring ³⁾	-1.03	-1.31, -0.75	<0.005
	$R^2 = 0.59$		

6 Diskusjon

Diskusjonen er delt i to, en om resultater og en om metode.

6.1 Diskusjon resultater

Diskusjonsavsnittet innledes med en oppsummering av de viktigste resultatene presentert i forrige kapittel.

Resultatene i denne studien viser at utvalget har en gjennomsnittlig SOC på 59.4.

Demografi: Analysene viser at alder er assosiert med SOC, men at kjønn og utdanning ikke har signifikant betydning for SOC i dette utvalget.

Multipel lineær regresjonsanalyse viste at variablene alder, angst, depresjon, livsstyring, egenverd, optimisme og bekymring er signifikant assosiert til SOC når det er kontrollert for de andre variablene i modellen.

Resultater knyttet til HADS viser at utvalget har et gjennomsnitt (SD) på 8.7 (4.4) når det gjelder angst og 6.2 (3.8) når det gjelder depresjon. For angst ligger 41.1 % i gruppen «Normal», mens 24 % har «Symptomer» og 34.5 % har «Sykdom». For depresjon er fordelingen 64.3 % «Normal», 20.4 % «Symptomer» og 15.2 % «Sykdom».

6.1.1 Sense of coherence

SOC hos utvalget i denne studien sammenlignet med tidligere studier

Utvalget i vår studie har gjennomsnittlig SOC på 59.4. I tabell 1 ble studier på SOC og normalbefolkning og SOC hos frisk kontrollgruppe presentert. Majoriteten av disse studiene viser at frisk kontrollgruppe har SOC mellom 66 og 75 (36, 78, 85, 87, 89, 91, 94). SOC for utvalget i vår studie kan tyde på at utvalget har helse tilsvarende finsk normalbefolkning med «mediocre health» (84). I Suominens studie (2002) har denne gruppen SOC på 59.84.

Resultater fra to studier viser at sykemeldte tidlig i sykemeldingsforløpet har SOC på nivå med friske. De to studiene finner SOC hos korttidssykemeldte på henholdsvis 66.7 (78) og 65.5 (36). Engström & Jansons (2009) studie viser at langtidssykemeldte har svakere SOC

(63) enn korttidssykemeldte (66.7) (78). En studie av Atroshi m fl (2002) har også funnet lavere SOC hos langtidssykemeldte enn hos ikke sykemeldte (107).

Dette tyder på at SOC hos vårt utvalg er svakere enn SOC funnet hos frisk kontrollgruppe i sammenlignbare studier. Videre kan det se ut til at korttidssykemeldte har SOC på nivå med friske men at langtidssykemeldte har svakere SOC enn både frisk kontrollgruppe og korttidssykemeldte. Langtidssykemeldte i vår studie har lavere SOC enn langtidssykemeldte i studien av Engström & Janson. Dette kan tenkes å ha med lengden på sykemeldingen å gjøre. I Engström og Jansons studie hadde de langtidssykemeldte vært sykemeldt i >28 dager. I vår studie har de vært sykemeldt i 8 uker eller mer. Vi har ikke data for maksimal lengde på sykemeldingen hos deltakerne i vårt utvalg, men av de 892 inkluderte var 602 deltakere mottakere av rehabiliteringspenger, dvs at de har vært sykemeldt i over 1 år. Jeg har tidligere vist til Arbeid og Velferd Rapport Nr. 2- 2008 der det går frem at risikoen for ikke å komme tilbake i arbeidslivet øker med lengden på sykemeldingen. Resultater fra flere studier er i tråd med dette (16, 108). Ramberg (2008) har gjort sin studie på FG data med et mindre antall deltakere enn i vår studie (N=58). Hennes resultater viser at deltakerne har gjennomsnittlig SOC på 59.6 ved baseline, altså i overensstemmelse med våre resultater. Hun undersøkte en gruppe langtidssykemeldte som kom tilbake i arbeid etter rehabilitering i forhold til en gruppe langtidssykemeldte som ikke kom tilbake i arbeid. Arbeids gruppen hadde SOC på 60.3 ved baseline og 66.2 ved avslutning. Ikke- arbeid gruppen hadde reduksjon i SOC etter tiltak fra 58 ved baseline til 54.4 ved avslutning (51).

Resultatene fra vår studie tyder på at vårt utvalg langtidssykemeldte har svakere SOC enn frisk kontrollgruppe og at SOC er på nivå med det som i Suominens studie defineres som normalbefolkning med «mediocre health» (84). SOC i vårt utvalg er i overensstemmelse med en tidligere studie på FG data (51), men svakere enn SOC blant langtidssykemeldte i en svensk studie (78). Dette kan være knyttet til lengden på sykemeldingen.

Har kulturelle forskjeller betydning for SOC?

To studier vist i tabell 1 har funnet gjennomsnittlig SOC i normalbefolkningen på samme nivå som utvalget langtidssykemeldte i vår studie (68, 83). Wolfs studie (1999) på canadisk normalbefolkning finner gjennomsnittlig SOC på 59 (68) og Pallants studie (2002) på australsk normalbefolkning finner en gjennomsnittlig SOC på 60.8 (83). Studier på canadisk og australsk normalbefolkning vil antakelig ikke ansees som helt sammenlignbart med en

studie på et norsk utvalg. Imidlertid er SOC vist til som et gyldig og reliabelt mål på helse som også kan brukes på tvers av kulturer (21). Med utgangspunkt i dette kan man undre seg over at SOC i australsk og canadisk normalbefolkning skiller seg så vidt mye fra nordisk normalbefolkning.

Uklarheter i funn fra tidligere studier på SOC

Resultatene fra vår studie viser at kjønn ikke har signifikant betydning for SOC. Dette er i overensstemmelse med funn fra en svensk studie som har undersøkt SOC hos både menn og kvinner i normalbefolkningen (82). I studien til Nilsson (2000) har kvinner gjennomsnittlig SOC på 70.8 og menn 70.5. En annen svensk studie gjort bare fire år tidligere fant en gjennomsnittlig SOC for kvinner på 64 og for menn på 65.5 (81). Selv om det kan være forskjeller i utvalgene i disse to studiene kan man undre seg litt over at resultatene har endret seg såpass på fire år. Begge studier er gjort på normalbefolkning og antall deltakere gjør studiene sammenlignbare (1802 og 2003 deltakere). I tillegg til at gjennomsnittlig SOC er høyere i 2000 enn i 1996, har kvinner sterkere SOC enn menn i 2000, mens i 1996 har menn sterkest SOC. Det kan være grunn til å undre seg over variasjonen i ovenstående resultater, men eventuelle forklaringer kan muligens finnes i utvalgs og inklusjonskriterier for gruppene.

SOC og demografiske faktorer

Resultatene fra vår studie tyder på at SOC stiger med alderen. Dette er i tråd med funn fra tidligere studier (21, 79, 109).

Kjønn er ikke assosiert til SOC i våre resultater. Dette skiller seg fra resultatene fra en studie av Lindmark (2010) (79) som har vist at kjønn har betydning for SOC. En mulig forklaring på dette er at vi har valgt variabler som tidligere studier ikke har benyttet. Disse variablene kan se ut til å være sterkere assosiert til SOC enn kjønn i en multivariabel modell.

Utdanningsnivå er heller ikke assosiert med SOC i endelig modell i vår studie. Resultater fra Nilssons studie (2000) (82) viste at utdanningsnivå hadde betydning for SOC i normalbefolkningen. En forklaringsmulighet på at resultatene ikke er i samsvar med hverandre er at det er et stort antall deltakere med lav utdanning i vårt utvalg. De øvrige

variabler kan se ut til å være sterkere assosiert til SOC enn utdanning i en multivariabel modell.

Sammenhenger mellom SOC og utvalgte helserelaterte faktorer

Ønsket om å bidra til økt kunnskap om og mer nyansert forståelse for helse og sykdom hos langtidssykemeldte med sammensatte plager er tidligere beskrevet som overordnet hensikt med studien. Det er forsøkt gjort ved hjelp av SOC på bakgrunn av at SOC er beskrevet som tett assosiert til helse (21). Flere studier har i tillegg vist at SOC er tett assosiert til helseplager og utfordringer som ofte er beskrevet hos langtidssykemeldte med sammensatte plager (21, 94, 95).

Antonovsky beskriver salutogenesen som en *«teoretisk modell designet til å gi utvidet forståelse for relasjonene mellom stressorer, mestring og helse»* (73) s 725.

De to endelige modellene presentert for multippel lineær regresjon viste at variablene alder, angst, depresjon, livsstyring, egenverd, optimisme og bekymring er signifikant assosiert til SOC med en forklart varians på 64 % og at forklart varians endres til 58 % dersom angst tas ut av modellen.

Våre resultater er i overenstemmelse med resultater fra en metastudie av Eriksson og Lindstrøm (2006) som har vist at SOC er sterkt assosiert med flere faktorer knyttet til mental helse, som optimisme, robusthet, mestring og selvverd. Videre viser den samme metastudien at SOC er sterkt negativt assosiert med for eksempel angst, depresjon, sinne, utbrenthet og håpløshet (110).

Jeg har tidligere henvist til Lie (2014) som skriver at selv om vi etterhvert vet en del om hvilke diagnoser som ofte oppgis som årsak til langtidsfravær, som f eks muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser, vet vi lite om hva som ligger bakenfor disse diagnosene (31). Dette påpekes også av Woivalin m fl (2004) som skriver at bakenfor såkalte medisinsk uforklarte symptomer (MUS) ligger ofte en persons psykologiske eller emosjonelle reaksjoner på hendelser og situasjoner i livet i sin helhet (44). Vår studie stiller spørsmål ved om salutogenesen og SOC kan tas i bruk i økt grad for å forklare de bakenforliggende årsakene til langtidssykemeldte med sammensatte plager. Kivimäki m fl har undersøkt forholdet mellom SOC og helse og konkluderer at svak SOC er assosiert med helse, men ikke sterk SOC (111). Funn fra Eriksson og Lindstrøms metastudie (2006) tyder i følge forfatterne

på at SOC delvis kan forklare helse. Resten av variasjonen er relatert til faktorer som alder, sosial støtte og utdanning (110).

I teorikapittelet er det vist til studier som har funnet sterk assosiasjon mellom SOC og helse, spesielt mental helse (21, 95). Resultatene fra vår studie tyder på at langtidssykemeldte har svakere SOC og muligens dårligere helse sammenlignet med data fra friske kontrollgrupper i andre studier (36, 78). SOC for utvalget i vår studie kan som tidligere nevnt tyde på at utvalget har helse tilsvarende finsk normalbefolkning med «mediocre health» (84). I Suominens studie (2002) har denne gruppen SOC på 59.84.

Jeg har tidligere referert til Oses rapport fra 2010 som beskriver at langtidssykefravær i liten grad kan forklares ut fra helsemessige årsaker (8). Markussen m fl stiller spørsmålsteget ved om utviklingen i sykefraværet delvis skyldes ikke- medisinske årsaker (3). Resultatene fra vår studie kan tyde på at langtidssykefravær som skyldes sammensatte plager kan være relatert til helse samtidig som årsakene er ikke- medisinske. De uavhengige variablene som er signifikant assosiert til SOC i endelig modell forklarer 64 % av variasjonen i SOC. Variablene er ikke knyttet til sykdom og kan kalles ikke- medisinske.

I hvilken grad er det mulig å endre SOC?

Denne studien har undersøkt SOC hos langtidssykemeldte ved oppstart i et arbeidsrettet tiltak. Våre funn tyder på at langtidssykemeldte har lavere SOC enn friske. Dette kan det være behov for å undersøke nærmere i senere studier. Samtidig vil det være relevant å spørre seg om SOC kan forbedres hos langtidssykemeldte. Utvikling av SOC og i hvor stor grad SOC kan styrkes er et omdiskutert tema. Antonovsky har beskrevet SOC som noe som stabiliserer seg tidlig i voksen alder, men at strategier som tas i bruk i møte med motgang også formes i løpet av voksen alder (53). Han mente videre at SOC kunne forsterkes kun i begrenset grad ved hjelp av terapi. Han skriver at det vil være urealistisk å tro at møter mellom en klient og behandler kan medføre en vesentlig endring i SOC, uten betydelige forandringer i institusjonelle, sosiale eller kulturelle rammer (53) s 40. Erikssons metastudie har funnet at SOC er mindre stabil enn tidligere antatt, spesielt når det gjelder sterk SOC (21). Langeland m fl (2007) konkluderer at det å styrke SOC hos mennesker med psykiske helseplager kan gi muligheter for forbedring av livskvalitet (112). Ramberg skriver at deres resultater bidrar til å argumentere for at SOC kan endres hos langtidssykemeldte. I Rambergs hadde de langtidssykemeldte deltatt i rehabilitering på Friskgården med et salutogent fokus (51).

Ramberg's resultater viste at deltakere som kom i jobb etter rehabilitering hadde styrket sin SOC i løpet av tiltaket fra på 60.3 ved baseline og 66.2 ved avslutning. Ikke- arbeid gruppen hadde reduksjon i SOC etter tiltak fra 58 ved baseline til 54.4 ved avslutning. Den sterke sammenhengen som er mellom SOC og mental helse (21) gjør det også legitimt å spørre seg om en eventuell forbedring i SOC samtidig ville bety en bedre helse som igjen kunne gi bedre forutsetninger for å stå i jobb. Nilsson m fl (2010) skriver at GMR som inntekt, sosialt nettverk og inntekt kan styrke SOC (109). De stiller spørsmålsteget ved om en sterk assosiasjon mellom SOC og alder delvis kan forklares ved at mennesker typisk styrker sine samlede motstandsressurser inntil de når en høy alder. Med utgangspunkt i at våre resultater som viser at alder, angst, depresjon, livsstyring, egenverd, optimisme og bekymring er assosiert til SOC når man har kontrollert for de andre variablene, kan det være mulig at deltakerne i Ramberg studie i løpet av tiltaket kan ha styrket sine motstandsressurser knyttet til disse faktorene. Hvis man ser Ramberg's resultater i sammenheng med våre resultater kan det tenkes at langtidssykemeldte deltakere på Friskgården gjennom å styrke eller forbedre faktorene angst, depresjon, livsstyring, egenverd, optimisme og bekymring kan få sterkere SOC og bedre helse og dermed se seg mer rustet til å stå i jobb. Våre resultater tyder på at mestringstro ikke er assosiert med SOC. Dette skiller seg fra Ramberg's resultater. Dette kan ha en sammenheng med at Ramberg's studie har et lavere antall deltakere (N=58) (51). Basert på dette kan det tyde på at fremtidige studier bør undersøke om SOC kan styrkes gjennom tiltak med fokus på salutogenesen og ressursutvikling.

6.1.1 Angst og depresjon

Innledning

Erfaringsmessig blir angst og depresjon ofte brukt av henvisende lege eller NAV veileder for å beskrive plagene til langtidssykemeldte som henvises til Friskgården. Imidlertid viser det seg ofte gjennom veiledningssamtaler og ved egenkartlegging av HADS at deltakeren har mindre uttalte plager knyttet til psykiske plager eller psykisk sykdom enn først antatt. Ønsket om å undersøke forekomst av symptomer knyttet til angst og depresjon ved HADS i denne studien baserer seg delvis på dette. Ofte viser det seg at store helserelaterte utfordringer og det som hindrer deltakeren i å være i jobb kan være representert av motstandsbrister eller mangel på ressurser knyttet til for eksempel de uavhengige variablene som er valgt i vår studie. Dette baserer seg igjen på erfaring. I disse tilfellene kan man spørre seg om det mest

hensiktsmessige for pasienten er å få anerkjennelse for sykdom og en diagnose eller å simpelthen bli møtt med forståelse og støtte til å styrke sine GMR. Å få identifisert sine ressurser og svakheter eller GMR/GMB kan virke løsningsorientert. Det oppleves av mange deltakere som forståelig og håndterbart og for eksempel jobbe med å styrke sin evne til å tenke optimistisk eller å utvikle strategier for å bekymre seg mindre. Dette er mye av grunnen til at man på Friskgården identifiserer en rekke andre faktorer knyttet til GMR/GMB i tillegg til symptomer knyttet til angst og depresjon.

HADS

Av resultatene knyttet til HADS i denne studien fremgår det at for utvalget har et gjennomsnitt (SD) på 8.7 (4.4) når det gjelder angst og 6.2 (3.8) når det gjelder depresjon. For angst og depresjon ligger henholdsvis 41.1 % og 64.3 % innenfor gruppene som er definert som «normal». Når det gjelder angst ligger 24 % i gruppen som er definert til å ha «symptomer» og 34.5 % ligger i gruppen definert som «sykdom» knyttet til den respektive tilstand. For depresjon er fordelingen 20.4 % i gruppen «symptomer» og 15.2 % i gruppen «sykdom».

Innledningsvis henvises det til flere studier som beskriver at ca 50 % av langtidssykemeldingene i Norge skyldes lettere psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med andre plager (13-15). Ose (2010) beskriver en tendens til at muskel- og skjelettplager som fraværsårsak synker mens psykiske plager stiger (8). Av Hedlunds studie fra 2005 fremgår det at blant deres utvalg var 37.7 % mottakere av rehabiliteringspenger på grunnlag av psykisk primærdiagnose (10). Beskrivelse av sykdom knyttet til lettere psykiske lidelser hos langtidssykemeldte i tidligere studier (8, 13-15) er mer omfattende og et større problem enn det vår studie tyder på. Våre resultater tyder på at 34.5 % har sykdom knyttet til angst og 15.2 % har sykdom knyttet til depresjon. Dette kan være knyttet til at vi har satt cut off ved HADS på >11 i motsetning til en del tidligere studier som har satt cut off på >8. I en validitetsstudie av HADS skriver Bjelland (2002) m fl at HADS gir en tilfredsstillende vurdering av symptomer og alvorlighetsgrad av angst og depresjon for både somatiske og psykiatriske pasienter så vel som pasienter i primær helsetjeneste og generell populasjon (104). Optimal balanse mellom spesifisitet og sensitivitet ble oppnådd ved at cut off for «caseness» eller sykdom ble satt til 8 eller høyere (104). Hedlund (2005) har brukt cut off på 8 eller høyere slik Bjelland anbefaler (10). Vår oppfattelse er at en cut off på >11 er i tråd med Snaiths beskrivelse av hvordan

skalaen kan brukes. Snaith som har utviklet skalaen har beskrevet et score på >11 som «caseness» (102). Man kan dermed diskutere hva som vil være det mest hensiktsmessige cut off til langtidssykemeldte med sammensatte lidelser. Hvis man tar utgangspunkt i Bjellands anbefalinger bør disse gruppene som i vår studie er definert som «symptomer» innlemmes i gruppen «caseness» eller «sykdom». Dermed ville resultatene fra vår studie ha vist at 58.5 % hadde angstsykdom og 35.7 % ville ha hatt depresjonssykdom. Kan det sees som hensiktsmessig for de 24 % med symptomer knyttet til angst og 20 % med symptomer knyttet til depresjon i vår studie at helsepersonell tar utgangspunkt i deres symptomer og ikke at de har sykdom? Jeg har beskrevet tidligere i studien at det å få bekreftelse på sykdom eller å få en diagnose kan føre til mangel på mestring og gi utfordringer knyttet til selvtillit (37). I møte med pasienter med sammensatte plager vil det ofte være vesentlig å unngå å skape eller forsterke en identitet som er sterkt knyttet til sykdom. Det er nærliggende å tenke at økt fokus på å styrke GMR og håndteringsevne av plager og symptomer, snarere enn plager og sykdom, kan være hensiktsmessig for mange med sammensatte plager. Det kan potensielt sett gi økt mestringsopplevelse, motvirke sykdomsidentitet og forkorte sykefraværsperioden.

Det kan virke relevant å diskutere er hva de for psykiske plager hos langtidssykemeldte baserer seg på. Baserer det seg på hva fastlegen har angitt som primærdiagnose? Tidligere i vår studie er det henvist til en oppfatning om at diagnose ofte bare hentes vilkårlig fra en liste, i tilfeller av sammensatte årsaker og uklare sykdomsbilder (32). I teorikapittelet vises det til en studie der det fremgår at 61 % av alle tilfeller i primær helsetjeneste er diagnostisert på bakgrunn av godt definert sykdom, mens 21 % diagnostiseres på bakgrunn av symptomer eller plager uten objektive funn eller klar årsak (30). Berge og Repål (2013) skriver at diagnostisering gjøres på bakgrunn av antall depressive plager, hvor hyppige og sterke de er og i hvilken grad de begrenser sosial funksjon, privat og i arbeidslivet. Samtidig beskriver forfatterne uklarhet, uenighet og stadig endring når det gjelder diagnostiske kriterier for psykiske lidelser (37).

Man kan stille spørsmålsteget ved om angst og depresjon oppleves av helsepersonell som de mest almene og best tilgjengelige begrepene for å beskrive symptomer knyttet til svekket mental helse, på tross av at man tviler på om det egentlig er snakk om psykisk sykdom. Er det disse tilfellene Lie (2009) snakker om når han skriver at primær diagnose eller spesifikk årsak til sykemeldingen kan være vanskelig å fastslå, samtidig som det er en kjensgjerning at det må settes en diagnose for at personen skal få rettigheter til sykelønn (31)? Man kan spørre

seg om det i en del tilfeller dreier seg om plager som nedstemthet, mangel på mening, uro eller bekymring uten at pasienten har sykdom. I disse tilfellene kan det være tale om plager som har oppstått i mangel på tilstrekkelig GMR. Med andre ord mangel på evne til å nøytralisere den negative effekten av krevende livssituasjoner som mennesker støter på med jevne mellomrom i løpet av sitt liv, slik Wolff (1999) beskriver det (68).

Resultatene sett i sammenheng med tidligere studier kan tyde på at i hvilken grad man finner symptomer på angst og depresjon ved egenkartlegging med bruke av HADS har sammenheng med hvilken cut off man velger. I forskning og teori så vel som i praksis vil det være viktig å være tydelig på hvilke refleksjoner og vurderinger man velger å lene seg på ved valg av cut off. Når man tar den potensielle negative effekten av sykeliggjøring som beskrevet av Berge og Repål (2013) (37) i betraktning kan man stille spørsmål til om selvrapporing som SOC og ressursfokusert undersøkelse av enkeltstående GMR/GMB med fordel kan brukes komplementært til for eksempel HADS. (Ved milde eller svake symptomer knyttet til angst eller depresjon, kan man spørre seg om det også vil være relevant å bruke ressursorienterte verktøy som SOC eller undersøkelse av faktorer studert i denne studien). På den måten kan prosessen mot bedre helse bli mer løsningsorientert for den sykemeldte. Man kan jobbe mot å styrke ressurser som egenverd og opplevelse av styring i eget liv i stedet for å jobbe som en slags «motstander mot angst»

Korrelasjon mellom SOC og angst/depresjon.

Resultatene fra vår studie viser en sterk korrelasjon mellom SOC og angst (0.70) og SOC og depresjon (0.61). Litteraturen beskriver at ved de fleste psykososiale variabler vil en Pearsons r på 0.7 være høy, og samvariasjonen mellom denne typen variabler vil typisk være mellom 0.2 og 0.4 (106). Enkelte vil spørre seg om angst bør tas ut av modellen for multippel lineær regresjon og om variablene er det man kaller «confounding» eller at de beskriver det samme. Litteraturen opererer med grenser på 0.7 eller 0.9 (106). Basert på at angst grenser opp mot nedre verdi for hva som kan tolkes som konfunderende, har vi i denne studien valgt ikke valgt å tolke resultatene dithen at angst uttrykker det samme som SOC. I vår studie tyder resultatene på at variabelen angst bidrar til å styrke forklart varians for SOC når det er kontrollert for de andre uavhengige variablene.

Forskere har stilt spørsmål ved om SOC simpelthen er et annet uttrykk for mental helse eller at SOC konfunderer med emosjonell helse (21). Eriksson og Lindström (2006) understreker at

en sterk assosiasjon mellom SOC og angst/depresjon ikke nødvendigvis betyr at SOC bare er et uttrykk for fravær av disse plagene. Deres funn viser at SOC og mental helse er to uavhengige men tett korrelerte fenomener (110). Hvis man ser på spørsmålsformuleringene i SOC (vedlegg 3) og spørsmål knyttet til angst i HADS (vedlegg 4) vil man se at spørsmålene er uttrykt ganske forskjellig. Samtidig kan det at variablene er tett assosiert tyde på at de fanger opp noen av de samme symptomene eller tendensene hos deltakerne. Man kan imidlertid argumentere et totalskår for angst eller depresjon ved HADS og ved SOC uttrykker vesentlig forskjellige fenomener. Selv om skalaene kanskje fanger opp lignende helhetsinntrykk eller helhetsbilder av en persons helse, fokuserer HADS på sykdom og plager mens SOC har fokus på ressurser og utfordringer eller brister. Denne forskjellen vil være et vesentlig poeng i et salutogent perspektiv.

6.2 Diskusjon metode

Utvalg:

Størrelsen på utvalget i denne studien (892) kan anses som en styrke. Sammenlignet med andre studier på langtidssykemeldte er dette et stort utvalg (20, 35, 51, 76, 107). Et stort utvalg gir en større sannsynlighet for å representere populasjonen man ønsker og utforske enn et lite utvalg (113). Med et stort og robust materiale økes sannsynligheten for at studien fører til riktige konklusjoner.

Det er viktig å understreke at dette utvalget med stor sannsynlighet er representativt for langtidssykemeldte ved oppstart hos Friskgården, ikke nødvendigvis for hele populasjonen langtidssykemeldte. Samtidig er det mulig å tenke seg at resultatene kan gjelde for en større gruppe langtidssykemeldte som er henvist til et tiltak der det er gjort en vurdering på at den sykemeldte trenger støtte for å komme tilbake i jobb.

Under avsnitt om «Matariale» s. 28 er det beskrevet at flertallet av deltakere på Friskgården er henvist på bakgrunn av sammensatte plager uten betydelige objektive funn. Det er altså ikke definert skriftlig at deltakerne har sammensatte plager. Kunnskapen om at flertallet av deltakerne på Friskgården har sammensatte plager baserer seg på de ansattes erfaring. Dette har vi ikke tilgjengelige data for. Sammensatte plager er innledningsvis beskrevet som en

kombinasjon av lettere psykiske plager og smerteplager og kombinasjon av disse plagene beskrives som bakgrunn for om lag 50 % av det langvarige fraværet (13-15).

Inklusjonskriteriene for utvalget er at de har vært sykemeldt i 8 uker eller mer. Det går imidlertid ikke frem om dette er første sykemelding eller om respondenten har vært sykemeldt tidligere. Mangel på informasjon om tidligere sykemeldingsforløp kan sees som en svakhet ved studien.

Design

Denne studien hadde som formål å undersøke SOC, HADS, GMR/GMB og assosiasjoner mellom variablene hos langtidssykemeldte i oppstartsfasen i tiltak på Friskgården, og et tversnittstudie ble da ansett som riktig design. Laake (2007) beskriver tversnittstudier som hensiktsmessig når man vil undersøke et fenomen på et måletidspunkt.

Datainnsamling

Hvilken metode man velger for datainnsamling er beskrevet som viktig for resultatenes gyldighet og pålitelighet (114). Resultatene fra vår studie baserer seg på data innsamlet ved hjelp av selvrapporing eller spørreskjema. Selvrapporert helse brukes i økende grad i helserelevanter forskning og flere skjemaer er utviklet de senere år (115).

En del av spørsmålene som er besvart i vår studie henvender seg til en subjektiv opplevelse og forståelse av spørsmålet. Data innsamlet med spørreskjema bør ikke ha som mål å gi objektiv kunnskap (116). Alle mennesker, forskere så vel som deltakere i et forskningsprosjekt, har forskjellig ståsted og bakgrunn, ideer og følelser som vil gi elementer av subjektivitet som igjen vil påvirke resultatene (116). Videre kan det sees som en svakhet ved selvrapporing eller en kilde til usikkerhet at deltakerne kan oppfatte spørsmålene forskjellig (114). Imidlertid vil selvrapporing være best egnet til å få kunnskap om deltakernes egen oppfattelse av sin helse i denne sammenhengen.

En potensiell vurderings- skjevhet ved bruk av spørreskjema er deltakernes varierende motivasjon eller hensikt med å fylle ut skjemaet. Det kan være knyttet til et ønske om å hjelpe, kjedsomhet/ «vil bare bli ferdig» eller følelse av å bli presset til å fylle ut på en viss måte (116). I de fleste tilfeller er det deltakerens veileder som ber deltakeren om å fullføre egenkartleggingen. Veilederen oppfattes av mange deltakere som en viktig tillitsperson, og

fullføringen av egenkartleggingen kan potensielt sett bære preg av en følelse press eller plikt. Det er også en mulighet at deltakeren føler plikt til å gi en «tilfredsstillende» eller god egenkartlegging «i bytte» mot støtte fra veileder. Egenkartleggingen er på 24 sider og krever en del innlevelse og tid. Muligheten for at deltakerens engasjement og innlevelse synker underveis i prosessen bør overveies.

Smerteplager, søvnkvalitet, avslapningsevne, mestringstro, livsstyring, egenverd, optimisme og bekymring er undersøkt ved hjelp av numerisk rangerings skala (NRS). Variablene er utviklet av Friskgården og er ikke standardisert eller undersøkt for validitet. Imidlertid var det disse instrumentene som var tilgjengelig for denne studien.

Utvalgets gjennomsnitt ligger noe over midten i positiv retning på mestringstro, livsstyring, egenverd og optimisme, mens når det gjelder bekymring ligger de noe over midten i negativ retning. Man kan diskutere om dette kan være et resultat av manglende motivasjon for å fylle ut skjemaet. Resultatene kan muligens basere seg på mangel på motivasjon eller en følelse av forpliktelse hos noen. Størrelsen på materialet indikerer imidlertid denne effekten ikke bør være noen betydelig feilkilde

6.3 Betydning for videre forskning og praksis.

Økt fokus på SOC og ressurser hos langtidssykemeldte.

Jeg har tidligere henvist til Eriksson og Lindström (2005) som foreslår økt bruk av salutogen tenkning i helserelatert praksis, spesielt i møte med pasienter med psykiske lidelser og i arbeidet med å forebygge disse plagene (97). De skriver at salutogenesen er en verdifull innfallsvinkel og metode for å fremme helse. Det er behov for mer forskning på forholdet mellom SOC og helse og om SOC kan gi mer kunnskap om helse hos langtidssykemeldte. Med utgangspunkt i at SOC hos vårt utvalg langtidssykemeldte var svakere enn funn fra studier på friskkontrollgruppe og at noe forskning tyder på at SOC kan styrkes, bør dette undersøkes nærmere. Det er behov for mer forskning på mulighetene for å styrke SOC og om dette i så fall vil styrke langtidssykemeldtes evne til å stå i jobb. I senere studier vil det være viktig å ha kunnskap om tidligere sykefraværperioder. Det er tidligere vist til en studie av Hansen m fl (2005) som viser at i tillegg til framtidstro og egenvurderte symptomer, var tidligere sykefraværforløp en vesentlig faktor for langtidssykemeldte som ikke kom tilbake i

jobb (36). I våre data foreligger ikke informasjon om tidligere sykemeldingsforløp. Det foreligger heller ikke data på nøyaktig hvor lenge deltakerne har vært sykemeldt. Dette vil være viktig informasjon for økt kunnskap om SOC og helse hos langtidssykemeldte i senere studier. Det vil også være interessant å undersøke om SOC synker med lengden på sykemeldingen.

Noe av kritikken som er rettet mot Antonovsky og SOC er at anvendeligheten av SOC er begrenset når man ikke har noen definisjon av hva som kan anses som normal SOC og heller ikke hva som ansees som svak eller sterk SOC (21). Variasjonene av gjennomsnittlig SOC blant normalbefolkning, frisk kontrollgruppe, arbeidstakere og langtidssykemeldte kan tyde på at det er behov for mer forskning for å forstå forholdet mellom SOC og helse og hva styrken i SOC er et uttrykk for. Et viktig utgangspunkt vil naturligvis være sammenlignbare grupper.

7 Konklusjon

Overordnet hensikt med studien er å bidra til økt kunnskap om og mer nyansert forståelse for helse og sykdom hos langtidssykemeldte med sammensatte plager. Resultatene tyder på at vårt utvalg langtidssykemeldte har svakere SOC enn det som er funnet hos friske voksne og langtidssykemeldte i sammenlignbare studier. Videre kan det tyde på at symptomer knyttet til angst og depresjon målt ved HADS er mindre uttalt hos vårt utvalg enn det som er vist i tidligere studier på langtidssykemeldte. De uavhengige variablene alder, angst, depresjon, livsstyring, egenverd, optimisme og bekymring forklarer 64 % av variasjonen i SOC i vår studie. Resultatene tyder på at SOC kan bidra til økt og mer nyansert forståelse av helse hos langtidssykemeldte, men det er behov for mer forskning på dette området.

Litteraturliste

1. Regjeringen og partene i arbeidslivet, IA avtalen. 2014.
2. Uni helse, Forskningscenter for sykefravær og rehabilitering 2014. Available from: <http://www.helse.uni.no/ContentItem.aspx?site=40&ci=3539&lg=1>.
3. Markussen S, Rogeberg O. [Sickness absence associated with major life events]. Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2012;132(10):1231-4.
4. Knudsen AK, Harvey SB, Mykletun A, Overland S. Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. Acta psychiatrica Scandinavica. 2013;127(4):287-97.
5. Proba s. Internasjonal sammenligning av sykefravær. Arbeids- og sosialdepartementet: Regjeringen, 2014.
6. Allebeck P, Mastekaasa A. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 3. Causes of sickness absence: research approaches and explanatory models. Scandinavian journal of public health Supplement. 2004;63:36-43.
7. NOU. 2010:13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. 2010.
8. Ose OS. SINTEF-rapport. Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag. SINTEF, 2010.
9. Svensson T, Mussener U, Alexanderson K. Sickness absence, social relations, and self-esteem: a qualitative study of the importance of relationships with family, workmates, and friends among persons initially long-term sickness absent due to back diagnoses. Work (Reading, Mass). 2010;37(2):187-97.
10. Hedlund M WC, Brataas H, Landstad B. Gått ut på dato? Årsaker til at så få mottakere av rehabiliteringspenger kommer tilbake i arbeidslivet. Nord-Trøndelagsforskning 2005: 2005.
11. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. International journal of epidemiology. 2002;31(6):1183-91.
12. Liliefjell M. Gender differences in psychosocial influence and rehabilitation outcomes for work-disabled individuals with chronic musculoskeletal pain. Journal of occupational rehabilitation. 2006;16(4):659-74.
13. Liliefjell M, Jakobsen K, Ernsten L. The impact of a sense of coherence in employees with chronic pain. Work (Reading, Mass). 2014.
14. Aamland A, Malterud K, Werner EL. Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: a systematic review. Scandinavian journal of primary health care. 2012;30(3):147-55.
15. Fimland MS, Vasseljen O, Gismervik S, Rise MB, Halsteinli V, Jacobsen HB, et al. Occupational rehabilitation programs for musculoskeletal pain and common mental health disorders: study protocol of a randomized controlled trial. BMC public health. 2014;14(1):368.
16. Hay L. The cost of mental ill health to employers. Perspectives in public health. 2010;130(2):56.
17. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. British medical bulletin. 2006;77-78:55-69.
18. Hollnagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: a clinical model for general practice. Family practice. 1995;12(4):423-9.

19. Hollnagel H, Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. *Medicine, health care, and philosophy*. 2000;3(3):257-64.
20. Lillefjell M. Function and work ability following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2008. 1 b. (flere pag.) : ill. p.
21. Eriksson M. Unravelling the mystery of salutogenesis: the evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's sense of coherence scale. Åbo: Åbo akademi; 2007. 272 s. : ill. p.
22. Folketrygdloven, Del IV. Ytelser ved sykdom m.m.
23. NAV. Arbeidsrettede tiltak NAV2014 [cited 2014 14.05]. Available from: <https://www.nav.no/Arbeid/Arbeidsrettede+tiltak/Arbeidsrettet+rehabilitering>.
24. Aamland A, Werner EL, Malterud K. Sickness absence, marginality, and medically unexplained physical symptoms: a focus-group study of patients' experiences. *Scandinavian journal of primary health care*. 2013;31(2):95-100.
25. B. H. On the concepts of disease, illness and sickness. In: Halvor Nordby R RaGT, editor. *Social aspects of illness, disease and sickness absence* Oslo: Unipub; 2011:. p. 19-46.
26. Kåss E. Store medisinske leksikon2009, 13. februar.
27. Kierulf P. Store medisinske leksikon2009, 13. februar.
28. Espnes GA, Smedslund G. Helsepsykologi. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 445 s. : ill. p.
29. helse U. Sykefraværprosjektet: Stress, helse og rehabilitering, Uni helse; 2014 [cited 2014 16.05]. Available from: <http://helse.uni.no/default.aspx?site=43>.
30. Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T, Nygard JF, Tellnes G. ICPC as a standard classification in Norway. *Family practice*. 1996;13(4):391-6.
31. Lie SA. Evaluering av tiltak for å redusere sykefravær. *Norwegian journal of epidemiology*. 2009;19(2):153-60.
32. Reinertsen MB. Den nye slitenheten. *Morgenbladet*. 2014 21-27.03.2014.
33. Bruusgaard D, Claussen B. [Different types of sick leave]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2010;130(18):1834-6.
34. NAV. Arbeid og velferd 2- 2008. 2008.
35. Hansen A, Edlund C, Henningsson M. Factors relevant to a return to work: a multivariate approach. *Work (Reading, Mass)*. 2006;26(2):179-90.
36. Hansen A, Edlund C, Branholm IB. Significant resources needed for return to work after sick leave. *Work (Reading, Mass)*. 2005;25(3):231-40.
37. Berge T, Repål A. *Lykketyvene: hvordan overkomme depresjon*. Oslo: Aschehoug; 2013. 364 s. p.
38. Berge T, Repål A. *Den indre samtalen: lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010. 306 s. : fig. p.
39. Berge T. *Trange rom og åpne plasser: hjelp til mestring av angst, panikk og fobier*. Oslo: Aschehoug; 2012. 275 s. p.
40. Ihlebaek C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian journal of public health*. 2002;30(1):20-9.
41. Mæland JG. *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.; 2010. 234 s. : ill. p.
42. Roness A. *Jobben og det gode liv*. [Oslo]: Genesis; 2004. 155 s. p.
43. Wilhelmsen I. *Livet er et usikkert prosjekt*. Oslo: Pax; 2014. 159 s. p.

44. Woivalin T, Krantz G, Mantyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Family practice*. 2004;21(2):199-203.
45. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social science & medicine* (1982). 2008;66(1):182-8.
46. Ugedal R. Det er ikke hvordan du har det men hvordan du tar det. [Nyhetsbrev]. In press 2008.
47. Batt-Rawden KB, Tellnes G. Social Factors of Sickness Absences and the Significance of the Nature-culture Interplay in Coping. *Materia socio-medica*. 2013;25(2):127-30.
48. Ringsberg KC, Krantz G. Coping with patients with medically unexplained symptoms: work-related strategies of physicians in primary health care. *Journal of health psychology*. 2006;11(1):107-16.
49. Bergh H, Baigi A, Mansson J, Mattsson B, Marklund B. Predictive factors for long-term sick leave and disability pension among frequent and normal attenders in primary health care over 5 years. *Public health*. 2007;121(1):25-33.
50. Helsedirektoratet. Gradientutfordringen - Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. 2005.
51. Ramberg A. Langtidssykemeldte med kronisk smerte i muskel-skjelettsystemet; mestringsressurser og arbeidsdeltakelse. . [Masteroppgave i helsevitenskap,]. In press 2008.
52. Kivimaki M, Vahtera J, Thomson L, Griffiths A, Cox T, Pentti J. Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. *The Journal of applied psychology*. 1997;82(6):858-72.
53. Antonovsky A. *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. Lev A, editor. København: Hans Reitzel Forlag; 2000. book p.
54. Larsen R-P. *Stress og mestring av stress*. Oslo: Universitetsforl.; 1996. 201 s. : ill. p.
55. Eriksen HR, Ursin H. Sensitization and subjective health complaints. *Scandinavian journal of psychology*. 2002;43(2):189-96.
56. Knardahl S. [Chronic pain--is everything we do wrong?]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2001;121(22):2620-3.
57. Ursin H, Eriksen H. Cognitive activation theory of stress, sensitization, and common health complaints. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2007;1113:304-10.
58. Jacobsen HB, Bjorngaard JH, Hara KW, Borchgrevink PC, Woodhouse A, Landro NI, et al. The role of stress in absenteeism: cortisol responsiveness among patients on long-term sick leave. *PloS one*. 2014;9(5):e96048.
59. Hellevik O. *Jakten på den norske lykken: Norsk monitor 1985-2007*. Oslo: Universitetsforl.; 2008. 301 s. : ill. p.
60. Fugelli P. *Nokpunktet: essays om helse og verdighet*. Oslo: Universitetsforl.; 2010. 195 s. p.
61. Øiestad G. *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal; 2009. 243 s. p.
62. Selye H. Stress and distress. *Comprehensive therapy*. 1975;1(8):9-13.
63. Delgado C. Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*. 2007;39(3):229-34.
64. Lindström B, Eriksson M. *The hitchhiker's guide to salutogenesis: salutogenic pathways to health promotion*. Helsinki: Folkhälsan; 2010. 76 s. : ill. p.
65. Lønne A. *Salutogenese*. Store medisinske leksikon 2014.
66. ANTONOVSKY A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*. 1996;11(1):11-8.
67. A. A. *Health, stress and coping*. San Fransisco: Jossey-Bass; 1979.

68. Wolff AC, Ratner PA. Stress, social support, and sense of coherence. *Western journal of nursing research*. 1999;21(2):182-97.
69. Sullivan GC. Towards clarification of convergent concepts: sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of advanced nursing*. 1993;18(11):1772-8.
70. Special issue in memory of Professor Aaron Antonovsky. The social and behavioral sciences in medicine. *Israel journal of medical sciences*. 1996;32(3-4):i-iii, 163-269.
71. Ekman I, Fagerberg B, Lundman B. Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *Heart & lung : the journal of critical care*. 2002;31(2):94-101.
72. Abrahamsson A, Ejlertsson G. A salutogenic perspective could be of practical relevance for the prevention of smoking amongst pregnant women. *Midwifery*. 2002;18(4):323-31.
73. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine (1982)*. 1993;36(6):725-33.
74. Langius A, Bjorvell H. [Salutogenic model and utilization of the KASAM form (Sense of Coherence) in nursing research--a methodological report]. *Vard i Norden*. 1996;16(1):28-32.
75. Feldt T. Sense of coherence. Structure, stability and health promoting role in workinglife. [Doctoral thesis]. In press 2000.
76. Lydell M, Marklund B, Baigi A, Mattsson B, Mansson J. Return or no return--psychosocial factors related to sick leave in persons with musculoskeletal disorders: a prospective cohort study. *Disability and rehabilitation*. 2011;33(8):661-6.
77. Bergh H, Baigi A, Fridlund B, Marklund B. Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care. *Public health*. 2006;120(3):229-36.
78. Engstrom LG, Janson S. Predictors of work presence--sickness absence in a salutogenic perspective. *Work (Reading, Mass)*. 2009;33(3):287-95.
79. Lindmark U, Stenstrom U, Gerdin EW, Hugoson A. The distribution of "sense of coherence" among Swedish adults: a quantitative cross-sectional population study. *Scandinavian journal of public health*. 2010;38(1):1-8.
80. Due EP, Holstein BE. ["Sense of coherence", social class and health in a Danish population study]. *Ugeskrift for laeger*. 1998;160(51):7424-9.
81. LARSSON G, KALLENBERG KO. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health: Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *The European Journal of Public Health*. 1996;6(3):175-80.
82. Nilsson B, Holmgren L, Westman G. Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden--gender and psychosocial differences. *Scandinavian journal of primary health care*. 2000;18(1):14-20.
83. Pallant JFLL. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*. 2002;33(1):39-48.
84. Suominen S, Ahvenainen J., Mattila K., Rautava P., Koskenvuo M. Sense of Coherence (SOC) and visits to doctors in the publicly and privately funded primary health care. *Journal of social medicine*. 2002;39(4):296-303.
85. Germano D, Misajon R, Cummins RA. Quality of Life and Sense of Coherence in People with Arthritis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2001;8(4):253-61.
86. Klang B, Bjorvell H, Clyne N. Quality of life in predialytic uremic patients. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 1996;5(1):109-16.

87. Klevsgard R, Hallberg IR, Risberg B, Thomsen MB. Quality of life associated with varying degrees of chronic lower limb ischaemia: comparison with a healthy sample. *European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery*. 1999;17(4):319-25.
88. Mendel B, Bergenius J, Langius A. The sense of coherence: a tool for evaluating patients with peripheral vestibular disorders. *Clinical otolaryngology and allied sciences*. 2001;26(1):19-24.
89. Motzer SA, Hertig V, Jarrett M, Heitkemper MM. Sense of coherence and quality of life in women with and without irritable bowel syndrome. *Nursing research*. 2003;52(5):329-37.
90. Raty LK, Wilde Larsson BM, Soderfeldt BA. Health-related quality of life in youth: a comparison between adolescents and young adults with uncomplicated epilepsy and healthy controls. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2003;33(4):252-8.
91. Soderman AC, Bergenius J, Bagger-Sjoberg D, Tjell C, Langius A. Patients' subjective evaluations of quality of life related to disease-specific symptoms, sense of coherence, and treatment in Meniere's disease. *Otology & neurotology : official publication of the American Otological Society, American Neurotology Society [and] European Academy of Otology and Neurotology*. 2001;22(4):526-33.
92. Mackie KS, Holahan CK, Gottlieb NH. Employee Involvement Management Practices, Work Stress, and Depression in Employees of a Human Services Residential Care Facility. *Human Relations*. 2001;54(8):1065-92.
93. Strumpfer DJW. Psychometric properties of an instrument to measure resilience in adults 2001; 31(1):[p.36-44 pp.]. Available from: http://reference.sabinet.co.za/webx/access/electronic_journals/sapsyc/sapsyc_v31_n1_a7.pdf.
94. Siber G, Endler PC, Mesenholl E, Lothaller H, Muller-Breidenbach E, Haug TM, et al. [The sense of coherence among general practitioners]. *Wiener medizinische Wochenschrift (1946)*. 2009;159(7-8):192-5.
95. Nilsson B, Holmgren L, Stegmayr B, Westman G. Sense of coherence--stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: a longitudinal study. *Scandinavian journal of public health*. 2003;31(4):297-304.
96. Volanen SM, Lahelma E, Silventoinen K, Suominen S. Factors contributing to sense of coherence among men and women. *European journal of public health*. 2004;14(3):322-30.
97. Lindstrom B, Eriksson M. Salutogenesis. *Journal of epidemiology and community health*. 2005;59(6):440-2.
98. Oliveira CC. Suffering and salutogenesis. *Health promotion international*. 2014.
99. Friskgården. Spesialist i arbeidshelse [cited 2014 10 Februar]. Available from: <http://www.frisknett.no/forskning/fg-databank/>.
100. Eriksson M, Lindstrom B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*. 2005;59(6):460-6.
101. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-70.
102. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and quality of life outcomes*. 2003;1:29.
103. Bowling A. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press; 1997. XI, 159 s. p.
104. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of psychosomatic research*. 2002;52(2):69-77.

105. Ockander MK, Timpka T. Women's experiences of long term sickness absence: implications for rehabilitation practice and theory. *Scandinavian journal of public health*. 2003;31(2):143-8.
106. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health; 2012. XIV, 802 s. : ill. p.
107. Atroshi I, Andersson IH, Gummesson C, Leden I, Odenbring S, Ornstein E. Primary care patients with musculoskeletal pain. Value of health-status and sense-of-coherence measures in predicting long-term work disability. *Scandinavian journal of rheumatology*. 2002;31(4):239-44.
108. Falkdal AH, Edlund C, Dahlgren L. Experiences within the process of sick leave. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2006;13(3):170-82.
109. Nilsson KW, Leppert J, Simonsson B, Starrin B. Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. *Journal of epidemiology and community health*. 2010;64(4):347-52.
110. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*. 2006;60(5):376-81.
111. Kivimaki M, Feldt T, Vahtera J, Nurmi JE. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social science & medicine (1982)*. 2000;50(4):583-97.
112. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Nortvedt MW, Hanestad BR. Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living residents in the community with mental health problems: a 1-year follow-up study. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2007;16(6):939-46.
113. Domholdt E. *Rehabilitation research : Principles and Applications*. 4th ed ed: Elsevier Saunders; 2011.
114. Laake Pr. *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
115. Post M, Krol B, Groothoff JW. Self-rated health as a predictor of return to work among employees on long-term sickness absence. *Disability and rehabilitation*. 2006;28(5):289-97.
116. Boynton PM. Administering, analysing, and reporting your questionnaire. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;328(7452):1372-5.
117. C J. Work presence and "Sense of coherence" among employees with pain. [Master thesis]. In press 2012.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv om Friskgården og deres database

Vedlegg 2: Konesjon frå datatilsynet

Vedlegg 3: SOC- 13

Vedlegg 4: HADS

Vedlegg 5: Spørsmål om smerteplager

Vedlegg 6: Spørsmål om egenvurderte faktorer knyttet til GMR/GMB

Vedlegg 7: Spørsmål om utdanning og sykemeldingens omfang og varighet

Vedlegg 8: Informasjon om deltakelse og frivillig samtykke

Vedlegg 1: Informasjonsskriv om Friskgården og deres database

A. FRISKGÅRDENS TILBUD

B. SPESIFIKT OM FRISKGÅRDENS TILTAK

- a) Generelt om Friskgården og Friskdatabasen
- b) De ulike tiltakene.

Tiltakskode

01=Kjøp av helsetjenester i NT

02=Yrkesrettet attføring/arbeidskvalifisering

05=Arbeidsrettet rehabilitering

07=KSA (Kroppens serviceavtale)

08=Frisk Bedrift

09=FG-kurs

10=Livsmestring

A) Om Friskgården og FriskDatabasen

Friskgårdene har utviklet metodikk som bygger på en helsefremmende (salutogen) tilnærming. Tilbudene henvender seg mot voksne mennesker; enkeltindivider, grupper og miljøer; ledere, arbeidsmiljøer og enkeltindivider for å styrke robusthet i et langtidsfriskperspektiv, ungdom og voksne som er i risiko for å bli sykmeldt, sykmeldte arbeidstakere, mennesker i en rehabiliterings- og kvalifiseringssituasjon og mennesker som av ulike årsaker ikke har greid å kvalifisere seg for et arbeidsliv.

Målsettingen er å fremme robusthet hos friske mennesker, mennesker som er i risiko for eller sliter med sammensatte problemstillinger. Å styrke menneskers robusthet til å mestre et arbeidsliv er sentralt.

Friskgårdens tilbud gjennomføres som kurs, opplæring og opptrening, rehabilitering, kvalifisering og inkludering. Det betyr at tilbudene utøves på ulike arena; Friskgården, kursarenaer i lokalmiljøer og arbeidsplassene.

Gjennom systematisk kartlegging av individ- og arbeidsmiljø er det etablert registerdata - FriskData. Fortløpende registreringer legges inn i databasen.

B) De ulike tiltakene

01= Kjøp av helsetjenester i Nord-Trøndelag 2003-2007

Friskgårdens multidisiplinære rehabiliteringsprogram bygger på en salutogen forståelse av sykdom, helse og mestring. Den salutogene forståelsesrammen innebærer at både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer påvirker hverandre og gir et sammensatt og komplekst bilde av helse og sykdom. Målgruppen i programmet er sykmeldte; både sykmeldte som er sykmeldte fra en definert jobb og sykmeldte som ikke er i et definert arbeidsforhold men har uavklart forhold til helse og arbeid arbeidstakere og arbeidstakere.

Deltakerne i rehabiliteringsprogrammet henvises fra fastlege, saksbehandler i NAV og arbeidsgiver basert på intervju, observasjon og kliniske tester. Programmet består av 5-ukers utredning hvor deltakerne tar del i et 6-timers poliklinisk tilbud tre dager i uka, og en oppfølging på ett år. I løpet av utredningen lages en individuell plan for rehabiliteringsoppfølginga. Planen involverer både fastlege, arbeidsgiver og NAV. Det multidisiplinære rehabiliteringstilbudet inneholder tiltak for å styrke den enkeltes mestringferdigheter med tanke på arbeidsdeltakelse. Dette gjennom undervisning i helse-og arbeidsrelaterte tema og tilrettelegging i arbeid for å styrke tilbakeføring til arbeid. En læringsmodell som bygger på empowerment står sentralt både i det gruppebaserte og individuelle tilbudet. Det er vektlagt at både arena, organisering og metode understøtter dette. Deltaker, pårørende, arbeidsgiver og arbeidskolleger tar del i opplæringen.

Oppfølging foregår både som dagtilbud på Friskgården, i egne grupper i lokalmiljøet, på arbeidsplassen og som egenaktivitet/-trening i heimen. Omfang i oppfølginga skreddersys for den enkelte. Det betyr at deltakerne i løpet av oppfølginga kan være 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 deltakerne har sin egen personlige veileder. Den personlige veilederen har en brobyggerfunksjon mellom bruker, helsetjeneste, NAV og arbeidsgiver. Målet er å komme fram til hensiktsmessige løsninger når det gjelder arbeidsdeltakelse; både for bruker og arbeidsgiver.

02=YRKESRETTET ATTFØRING / ARBEIDSKVALIFISERING

Friskgårdens multidisiplinære rehabiliterings- og kvalifiseringsprogram bygger på en salutogen forståelse av sykdom, helse og mestring. Den salutogene forståelsesrammen innebærer at både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer påvirker hverandre og gir et sammensatt og komplekst bilde av helse og sykdom. Målgruppen i programmet er deltakere

som sliter med sammensatte helseproblemer og på grunn av det har avsluttet sitt tidligere arbeidsforhold og står i en situasjon der de både har behov for å styrke arbeidsevne, ny tilpasses jobb og avklart arbeidsevne. Deltakerne henvises fra NAV.

Programmet er bygd på moduler. Modul 1: 4-6 uker Kartlegging av arbeidspotensial, motivering og handlingsplan. Modul 2: 12-24 uker. Arbeidsutprøving og styrking av arbeidsevne på Friskgården. Finne egnet arbeid i ordinært arbeidsliv. Modul 3: 12-24 uker. Arbeid / arbeidsutprøving i ordinært arbeidsliv. Oppfølging, tilrettelegging og dokumentasjon av arbeidsevne.

Alle oppfølging innebærer samarbeid med fastlege, arbeidsgiver og NAV. Det multidisiplinære rehabiliterings- og kvalifiseringstilbudet inneholder tiltak for å styrke den enkeltes mestringsferdigheter med tanke på arbeidsdeltakelse. Dette gjennom undervisning i helse-og arbeidsrelaterte tema, samarbeids med ordinært arbeidsliv og tilrettelegging i arbeid for å styrke tilbakeføring til arbeid. En læringsmodell som bygger på empowerment står sentralt både i det gruppebaserte og individuelle tilbudet. Det er vektlagt at både arena, organisering og metode understøtter dette. Deltaker, pårørende, arbeidsgiver og arbeidskolleger tar del i opplæringen.

Oppfølging foregår både som dagtilbud på Friskgården, i egne grupper i lokalmiljøet, på arbeidsplassen og som egenaktivitet/-trening i heimen. Omfang i oppfølginga skreddersys for den enkelte. Det betyr at deltakerne i løpet av oppfølginga er i tilpasset arbeidsrelatert virksomhet eller lønnet arbeid i ordinært arbeidsliv eller de kan være i utdanning. Alle deltakerne har sin egen personlige veileder. Den personlige veilederen har en brobyggerfunksjon mellom bruker, helsetjeneste, NAV og arbeidsgiver. Målet er å komme fram til hensiktsmessige løsninger når det gjelder arbeidsdeltakelse.

05=ARBEIDSRETTET REHABILITERING

Siden 2007 har NAV konkurranseutsatt tre tiltak innenfor såkalte arbeidsrettete tiltak. Dette er avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging. Friskgårdene i Akershus, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Oppland har vært og er i ulikt omfang NAV's leverandør av arbeidsrettet rehabilitering og avklaring - her omtalt som "arbeidsrettet rehabilitering".

Målgruppen for tiltaket er sykmeldte; både sykmeldte som er sykmeldt fra en definert jobb og sykmeldte som ikke er i et definert arbeidsforhold men har uavklart forhold til helse og arbeid arbeidstakere og arbeidstakere.

Tiltaket innebærer en individuelt tilpasset lengde på intervensjon fra 4-20 uker. Sykmeldte og/eller personer med reduserte arbeidsevne på grunn av med sammensatte problemstillinger er målgruppen. Arbeidsrettet rehabilitering bygger på forståelsen om integrerte helse-og arbeidsrettede tjenester.

Friskgårdens tilbud bygger på multidisiplinær rehabilitering. Det multidisiplinære rehabiliteringsprogrammet bygger på en salutogen forståelse av sykdom, helse og mestring. Den salutogene forståelsesrammen innebærer at både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer påvirker hverandre og gir et sammensatt og komplekst sykdomsbilde.

Deltakerne i arbeidsrettet rehabilitering henvises fra saksbehandler i NAV, ofte initiert fra fastlege og / eller arbeidsgiver basert på intervju, observasjon og kliniske tester. Ved oppstart lages en individuell plan. Planen innbefatter både individuelle aktiviteter, gruppeaktiviteter og arbeidsrelaterte aktiviteter. Aktivitetene gjennomføres både på Friskgården og på arbeidsplassen. Planen involverer både fastlege, arbeidsgiver og NAV. Det multidisiplinære rehabiliteringstilbudet inneholder tiltak for å styrke den enkeltes mestringsferdigheter i hverdagsliv og arbeidsliv. Dette gjennom undervisning i helse-og arbeidsrelaterte tema og tilrettelegging i arbeid for å styrke tilbakeføring til arbeid. En læringsmodell som bygger på empowerment står sentralt både i det gruppebaserte og individuelle tilbudet. Det er vektlagt at både arena, organisering og metode understøtter dette. Deltaker, pårørende, arbeidsgiver og arbeidskolleger tar del i opplæringen.

I tillegg til Friskgården er arbeidsplassen en sentral arena for arbeidsrelatert trening og læring. Arbeidsrettet bistand bygger på kunnskap om supported employment.

Alle deltakerne har sin egen personlige veileder (flokkeløser). Den personlige veilederen har en brobyggerfunksjon mellom deltaker, helsetjeneste, NAV og arbeidsgiver. Målet er å komme fram til hensiktsmessige løsninger når det gjelder arbeidsdeltakelse; både for bruker og arbeidsgiver.

07= KROPPENS SERVICEAVTALE (KSA)

Friskgården leverer KSA som tilbud i bedrifter til arbeidstakere som er i risiko for å bli sykmeldt på grunn av sammensatte problemstillinger; muskel-skjellett-problemer og/eller psykiske helseplager. KSA er et 40-timers kurs over 20 uker og gjennomføres på arbeidsplassen.

Kurset bygger på en helsefremmende (salutogen) tilnærming. Målsettingen er å styrke robusthet og lære mer hensiktsmessige teknikker for å mestre arbeidslivet.

I kurset inngår opplæring og trening i helse-og arbeidsrelaterte tema, opptrening i fysisk funksjon, ergonomi, avspenning og mental trening. En læringsmodell som bygger på

empowerment står sentralt. Kurset starter med kartlegging og testing og avsluttes med framtidswerksted; en gruppebasert metodikk for å utvikle "min handlingsplan".

08=FRISKBEDRIFT

Friskgården leverer opplæringsprogrammet FriskBedrift til bedrifter. Målsettingen er å styrke ledere, arbeidstakere og arbeidsmiljøer i et lantidsfriskperspektiv. Programmet består av:

- * Grunnkurs arbeidshelse. Lederopplæring bygd på helsefremmende ledelse.
- * Kartlegging og rapporter for individhelse og arbeidsmiljø.
- * Lederstøtte
- * Tilleggstjenester; oppfølging av sykmeldte.

09=FRISKGÅRDSKURS (FG-KURS)

Friskgården leverer åpne FG-kurs som tilbud til bedrifter og grupper av enkeltindivider

Kursene leveres som 10-timers-kurs eller 40-timers-kurs. Kursarena kan være Friskgården, egnet arena i lokalmiljøet eller på arbeidsplass.

Kursene bygger på en helsefremmende (salutogen) tilnærming. Målsettingen er å styrke robusthet og lære mer hensiktsmessige teknikker og kunnskap for å mestre livet og arbeidslivet spesielt. 10-timers-kurset gir deltakerne kunnskap og verktøy i lærings- og endringsprosessen og organiseres som weekendkurs eller over 3 kvelder / dager. 40-timers-kurset gir deltakerne kunnskap, verktøy og praksis / trening i lærings- og endringsprosessen.

Læringsmodellen bygger på empowerment. Kursene har fokus på kommunikasjon, mental trening, stressmestring, livsstil og fysisk aktivitet.

10=LIVSMESTRING

Livsmestring er et fleksibelt oppfølgingstilbud til deltakere som sikrer oppfølging over tid. Tilbudet er et multidisiplinært rehabiliteringsprogram som bygger på en salutogen forståelse av sykdom, helse og mestring. Den salutogene forståelsesrammen innebærer at både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer påvirker hverandre og gir et sammensatt og komplekst bilde av helse og sykdom. Målgruppen i tilbudet er sykmeldte; både sykmeldte

som er sykmeldte fra en definert jobb og sykmeldte som ikke er i et definert arbeidsforhold men har uavklart forhold til helse og arbeid arbeidstakere og arbeidstakere.

Deltakerne henvises fra fastlege, arbeidsgiver eller de kan selv ta initiativ. Tilbudet består av utredning (4-6 uker) hvor deltakerne tar del i et poliklinisk tilbud. Etter dette inngås avtale om "abonnement" i ett år. I løpet av utredningen lages en individuell plan for oppfølginga. Planen involverer både fastlege, arbeidsgiver og NAV. Det multidisiplinære rehabiliteringstilbudet inneholder tiltak for å styrke den enkeltes mestningsferdigheter med tanke på arbeidsdeltakelse. Dette gjennom undervisning i helse-og arbeidsrelaterte tema og tilrettelegging i arbeid for å styrke tilbakeføring til arbeid. En læringsmodell som bygger på empowerment står sentralt både i det gruppebaserte og individuelle tilbudet. Det er vektlagt at både arena, organisering og metode understøtter dette. Deltaker, pårørende, arbeidsgiver og arbeidskolleger tar del i opplæringen.

Oppfølging foregår både som dagtilbud på Friskgården, i egne grupper i lokalmiljøet, på arbeidsplassen og som egenaktivitet/-trening i heimen. Omfang i oppfølginga skreddersys for den enkelte. Det betyr at deltakerne i løpet av oppfølginga kan være 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 deltakerne har sin egen personlige veileder. Den personlige veilederen har en brobyggerfunksjon mellom bruker, helsetjeneste, NAV og arbeidsgiver. Målet er å komme fram til hensiktsmessige løsninger når det gjelder arbeidsdeltakelse; både for bruker og arbeidsgiver.

Vedlegg 2: Konesisjon fra Datatilsynet



Frisknett AS
Stod

7717 STEINKJER

Deres referanse

Vår referanse (hus oppgitt ved svar)
09/00017-3 /MIIN

Dato

1. september 2009

Konesisjon til behandling av personopplysninger - Frisknett AS

Datatilsynet viser til Deres søknad av 5. januar 2009, om konesisjon 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 arbeidssevne, samt å tilgjengeliggjøre opplysningene for forskning. Personopplysningene innhentes fra den registrerte selv, ved at vedkommende fyller ut et egenkartleggingskjema. 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 evidensfisert.

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

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

Konesisjonen 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 konesisjonspliktig til RIK 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 konesisjonsøknad.

Postboks 8177 Dep
0504 OSLO

Kontoradresse:
Telbuget

Telefon:
22 36 69 00

Telefax:
22 42 25 50

Organ:
094 761 467

Hjemmeside:
www.datatilsynet.no

Vedlegg 3: SOC- 13

OAS (Opplevelsen av sammenheng) spørreskjema – 13 punkts kortversjon

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

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

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veldig sjelden						Veldig
eller aldri						ofte

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

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det har aldri						Det hender
hendt						alltid

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

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det har aldri hendt			Det hender alltid			

5.4 Inntil nå har livet mitt:

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært helt uten mål og mening			Hatt mål og mening			

5.5 Føler du deg urettferdig behandlet?

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veldig ofte			Svært sjelden eller aldri			

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

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veldig ofte			Svært sjelden eller aldri			

5.7 Er dine dagligdagse aktiviteter en kilde til:

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glede og tilfredsstillelse				Smerte og kjedsommelighet		

5.8 Har du veldig motstridende tanker og følelser?

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veldig ofte				Svært sjelden eller aldri		

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

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veldig ofte				Svært sjelden eller aldri		

5.10 Selv mennesker med en sterk personlighet føler seg som tapere innimellom. Hvor ofte føler du deg slik?

1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veldig ofte			Svært 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veldig ofte			Svært sjelden eller aldri			

Vedlegg 4: HADS



Internt notat

DEL 4

HVORDAN DU FØLER DEG

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

<p>4.1 Jeg føler meg nervøs og urolig</p> <p><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</p>	<p>4.5 Jeg har hodet fullt av bekymringer</p> <p><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</p>
<p>4.2 Jeg gleder meg fortsatt over tingene slik jeg pleide før</p> <p><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</p>	<p>4.6 Jeg er i godt humør</p> <p><input type="checkbox"/> 3 – Aldri <input type="checkbox"/> 2 – Noen ganger <input type="checkbox"/> 1 – Ganske ofte <input type="checkbox"/> 0 – For det meste</p>
<p>4.3 Jeg har en urofølelse, som om noe forferdelig skulle skje</p> <p><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</p>	<p>4.7 Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet</p> <p><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</p>
<p>4.4 Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner</p> <p><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</p>	<p>4.8 Jeg føler meg som om alt går langsommere</p> <p><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</p>

<p>4.9 Jeg føler meg urolig, som om jeg har sommerfugler i magen</p> <p><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</p>	<p>4.12 Jeg ser med glede fram til hendelser og ting</p> <p><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</p>
<p>4.10 Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut</p> <p><input type="checkbox"/> 3 – Ja, jeg har sluttet å bry meg <input type="checkbox"/> 2 – Ikke som jeg burde <input type="checkbox"/> 1 – Kan hende ikke nok <input type="checkbox"/> 0 – Bryr meg som før</p>	<p>4.13 Jeg kan plutselig få en følelse av panikk</p> <p><input type="checkbox"/> 3 – Uten tvil svært ofte <input type="checkbox"/> 2 – Ganske ofte <input type="checkbox"/> 1 – Ikke så veldig ofte <input type="checkbox"/> 0 – Ikke i det hele tatt</p>
<p>4.11 Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv</p> <p><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</p>	<p>4.14 Jeg kan glede meg over gode bøker, radio, TV</p> <p><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</p>

Vedlegg 5: Spørsmål om smerteplager

Hvor mye plager de fysiske smertene deg?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ikke noe plaget

Svært mye plaget

Vedlegg 6: Spørsmål om egenvurderte faktorer knyttet til GMR/GMB

Hvordan vurderer du din søvnkvalitet?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Svært dårlig søvnkvalitet

Svært god søvnkvalitet

Hvordan vurderer du din evne til å slappe av?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Svært dårlig avslapningsevne

Svært god avslapningsevne

Har du tro på at du kan mestre hverdagen bedre i framtida enn i dag?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ikke noe bedre

Svært mye bedre

Mener du at du har styring eller innflytelse over ditt eget liv?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Svært lite styring og/eller innflytelse

Svært mye styring og/eller innflytelse

Ser du på deg selv som et verdifullt menneske?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Svært lite verdifull

Svært verdifull

Er du som regel optimistisk eller pessimistisk?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Svært pessimistisk

Svært optimistisk

Bekymrer du deg ofte?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Svært ofte

Svært sjelden

Vedlegg 7: Spørsmål om utdanning og sykemeldingens omfang og varighet

1.1.2 Utdanning

Kryss av for høyeste fullførte utdanning.

Grunnskole..... Videregående skole.....
Fagbrev/fagutdanning Høyskole/universitet inntil 4 år
Høyskole/universitet mer enn 4 år Annet..... Ev.hva: _____

1.2.6 Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt sykefravær

	Ja	nei
med egenmelding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
med sykmelding fra lege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2.7 Hvis ja, hvor lenge til sammen

	Ja	nei
2 uker eller mindre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – 8 uker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mer enn 8 uker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vedlegg 8: Skriftlig informasjon om deltakelse og frivillig samtykke

FRISKGÅRDEN DATABANK

Hva er Friskgården Databank

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

Databanken har godkjent konsesjon fra Datatilsynet. En slik godkjenning sørger for at personopplysninger behandles i tråd med gjeldende krav til personvern.

Forskning

Forskningsarbeid kan bidra til økt kunnskap omkring noen av våre største folkehelseproblemer; smerter i muskel-skjelett-systemet, ubrenthetsproblematikk, lettere psykiske lidelser og ulike forhold omkring dette.

Eksempler på forskningsområder kan være:

- * forebygging
- * rehabilitering: herunder læring og mestring, kvalifisering
- * velferd, arbeidsliv og livskvalitet

I arbeidet med kunnskapsutvikling samarbeider Friskgården med offentlige og private utdannings- og forskningsinstitusjoner.

Hvem kan delta og hva innebærer deltakelse

Vi ber om å få benytte informasjon framkommet gjennom vedlagt spørreskjema.

Opplysningene oidentifiseres og legges inn i datafiler for oppbevaring i databanken. Kobling med navn og fødselsnummer oppbevares sikkerhetsmessig og i tråd med godkjenning fra datatilsynet. I forskningsprosjekt som innebærer behov for oppfølgingsstudier vil ansvarlig forsker få tilgang på nødvendige personopplysninger gjennom FoU-ansvarlig i Friskgården Databank.

Frivillighet og samtykke

Det er frivillig å samtykke i at personlige opplysninger legges i databanken.

Du kan når som helst trekke tilbake samtykke om at data skal oppbevares i databanken og be om at data om deg slettes.

Deltakere som har samtykket til å bidra med opplysninger til Friskgården Databank vil fortløpende kunne følge planlagte forskningsprosjekter på www.frisknett.no og derigjennom til enhver tid kunne reservere seg fra deltakelse.

Hvis du har spørsmål eller ønsker å få dine data slettet fra databanken kan du kontakte FoU-ansvarlig Aud Ramberg, tlf. 98246068 eller mail: aud.ramberg@frisknett.no

Vedlegg 9: Godkjenning fra REK



REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISIN OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Øyvind Strømseth	77620753	28.05.2014	2011/1698/REK nord
			Dens dato:	Dens referanse:
			13.05.2014	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

hans stiftoss-hanssen
Senter for diakoni og profesjonell praksis, Postboks 184 Vindern

2011/1698 Opplevelse av sammenheng hos arbeidstakere med fysiske smerter - en tverrsnittstudie

Forskningsansvarlig: Diakonhjemmet Høgskole
Prosjektleder: hans stiftoss-hanssen

Vi viser til søknad om prosjektendring av 13.5.2014, vedlagt revidert protokoll. Søknaden er behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) på fullmakt.

Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 11, jf. forskningsetikklovens § 4.

Etter fullmakt er det fattet slikt

Vedtak

Med hjemmel i helseforskningsloven § 11 og forskningsetikkloven § 4 godkjennes prosjektendringene.

Klageadgang

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

Med vennlig hilsen

May Britt Røssvoll
sekretariatsleder

Øyvind Strømseth
seniorrådgiver

Kopi til: hans.stiftoss-hanssen@diakonhjemmet.no

Besøksadresse:
MF-bygget LTJ Norges arktiske
universitet 9057 Tromsø

Telefon: 7760140
E-post: rek-nord@ap.uio.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

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

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
nord, not to individual staff