

Mestringsressurser og arbeidsevne for personer med varierende tilknytning til arbeidslivet

*En kvantitativ studie av mestringsressurser
og opplevd arbeidsevne før og inntil 3
måneder etter kurs i mestring av
belastning(KIB)*

Nina Elisenberg



Masteroppgave
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15/11-16

Mestringsressurser og arbeidsevne for personer med varierende tilknytning til arbeidslivet

*En kvantitativ studie av mestringsressurser
og opplevd arbeidsevne før og inntil 3
måneder etter kurs i mestring av
belastning(KIB)*

Nina Elisenberg



Masteroppgave
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15/11-16

© Nina Elisenberg

2016

«Mestringsressurser og arbeidsevne for personer med varierende tilknytning til arbeidslivet»

Nina Elisenberg

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Forkortelser

SOC: Sense of coherence.

OAS: Opplevelse av sammenheng.

SOC- 13: Sense of coherence scale. Selvrapporteringskjema med 13 spørsmål om opplevelse av sammenheng.

KIB: Kurs i mestring av belastning.

AEI: Arbeidsevneindeks.

Sammendrag

Formål: Beskrive og utforske mestringsressurser (SOC-13) og opplevd arbeidsevne for personer med varierende tilknytning til arbeidslivet og ulike helseutfordringer, som har deltatt på et kurs i mestring av belastning (KIB).

Teoretisk forankring: Det er både et folkehelsepolitisk og velferdspolitisk mål med størst mulig grad av sysselsetting, og både helsesektoren og velferdsetaten tilbyr ulike arbeidsrettede tiltak på system- og individnivå. Salutogenese kan brukes som en teoretisk modell for utvikling av helse på begge disse nivåene, og sense of coherence (SOC)/ opplevelse av sammenheng (OAS), kan brukes som et mål på personens mestringsressurser.

Metode: Studien er deskriptiv med en prospektiv longitudinell design uten kontrollgruppe og randomisering. Spørsmål om demografiske data, SOC-13 og opplevd arbeidsevne ble innhentet fra 51 kursdeltakere ved oppstart av kurset (T1). 51 deltakere svarte på SOC-13 og opplevd arbeidsevne etter 8 uker/ kursslutt (T2), og 31 kursdeltakere svarte på SOC-13 og opplevd arbeidsevne 3 måneder etter kursslutt (T3).

Resultater: Studien viser at SOC-13 og opplevd arbeidsevne økte statistisk signifikant for utvalget fra kursstart (T1) og inntil 3 mnd etter kursslutt (T3). Endring av SOC-13 assosieres signifikant med endring av opplevd arbeidsevne. Ingen av de valgte demografiske variablene kan forklare endringen av SOC-13. SOC-13 fordelt på demografiske variabler viser forskjeller mellom de ulike kategoriene, men kun en signifikant forskjell mellom høy (45- 62 år) og lav (26- 44 år) alder ved kursstart (T1).

Konklusjon: KIB er et mestringskurs som kan bidra til å øke mestringsressurser og opplevd arbeidsevne. Kurset kan anbefales for personer med moderate psykiske lidelser og muskel- / skjelettplager, ved behov for bedre mestring av belastninger enten privat eller knyttet til jobb. KIB kan bidra til å forbedre arbeidsevne.

Nøkkelord: Stress, mestring, folkehelse, arbeidsrehabilitering, arbeidsevne, velferd, NAV, arbeidsrettede tiltak, mestringskurs, KIB, kognitiv atferdsterapi, salutogenese, SOC-13.

Abstract

Purpose: To describe and explore coping resources with (SOC-13) and self- reported work ability for people with different degrees of disability and employee status, who has been participating on a course in coping with strain (CWS/ KIB).

Theoretical framework: It is a goal in both the public health and in the social welfare policy that most people are working. The healthcare and welfare systems are contributing to occupational rehabilitation on both a system and individual level. Salutogenesis can be obtained as a theoretical framework for change towards health on both these levels, and sense of coherence (SOC), can be used as a measure for individual coping.

Method: The study is descriptive with a prospective and longitudinal design without a control group and randomizing. Demographical data, SOC-13 and self- reported work ability were gathered from 51 participants in the beginning of the course (T1). 51 participants answered the SOC-13 and self- reported work ability after eight weeks, at the end of the course (T2), and 31 participants answered the SOC-13 and self- reported work ability three months after the end of the course (T3).

Results: The study shows that SOC- 13 and self- reported work ability increased significantly for the population from the beginning of the course (T1) until three months after the end of the course (T3). Change in SOC- 13 is associated with significant change in self- reported work ability. None of the chosen demographic variables can explain the changes in SOC- 13. SOC- 13 distributed on the demographic variables show differences between the diverse categories, but only a significant difference between high (45-62 years) and low (26-44 years) age at start of course (T1).

Conclusion: KIB is a course that may provide increased resources for coping and self- reported work ability. The course can be of benefit for people with musculoskeletal disorders and mental health problems who need improved coping abilities in private or working life. KIB may facilitate return to work.

Keywords: Strain, coping, public health, occupational rehabilitation, self- reported work ability, social welfare, coping with strain course, cognitive therapy, salutogenesis, SOC-13.

Forord

Jeg har lenge vært nysgjerrig på hva mennesker løper til og fra. Ja, hvorfor vi i det hele tatt løper. I min jobb som veileder og kursholder ved to ulike arbeidsmarkedsbedrifter, har jeg fått god bruk for min faglige bakgrunn som fysioterapeut med etterutdanning i kognitiv terapi. Ved hjelp av kognitiv veiledning og mestringskurs, har målet vært å bistå mennesker tilbake til arbeidslivet. I dette arbeidet har jeg hatt gleden av å oppleve hva det kan bety for mennesker å forstå mer om seg selv og egen livssituasjon, men jeg har ofte undret meg over arbeidsfordelingen mellom helsevesenet og NAV i de tiltakene som tilbys. Mitt kritiske blikk og behov for å forstå, inspirerte meg derfor til å søke på masterstudiet i helsefag ved UIO.

Store deler av livet har jeg vært svært konkurranseorientert. Jeg har løpt fort, og tenkt at jeg er flinkest når jeg er selvstendig og sterk. I løpet av arbeidet med masteren har jeg imidlertid fått erfare at det finnes en grense for hvor mye jeg klarer på egenhånd, og jeg har fått god trening i å be om hjelp når min egen kapasitet har skrantet. Da jeg fant syltetøyet i skapet sammen med OMO Color og Jif, forstod jeg at det var på tide å bli ferdig. Jeg hadde ikke klart dette uten hjelp og inspirasjon fra andre, og min daglige lattè på Kaffebrenneriet Sagene!

Takk til Liv Haugli, som sa ja til å være veileder på et tidspunkt jeg var nær ved å gi opp. Din kunnskap om arbeidsrettet rehabilitering og betydningen av selvforståelse i dette arbeidet, har inspirert meg og løftet denne oppgaven til siste slutt. Takk til Hilde Stendal Robinson for akutt statistisk førstehjelp da jeg stod fast i en bratt læringskurve. Takk til Hilde Bondevik, Kari N. Solbrække, Lill K. Løvendahl og medstudenter for inspirerende studieuke ved University of York. En spesiell takk til Katrine for fellesskap og heiarop i innspurten. Takk til min tidligere arbeidsgiver Fretex og min nåværende Sens, for tilrettelegging, velvilje og forståelsesfulle kollegaer. Takk til kursinstruktørene og deres deltakere som sa ja til å delta i denne studien. Takk til mine gode venner for oppløftende fellesskap og støtte. En spesiell takk til Karine som med sine kloke refleksjoner og tips løftet både meg og oppgaven, og til Wivi for akademisk kunnskap og humoristiske skråblikk på studietilværelsen og livet forøvrig. Takk til min kjære familie mamma, Anja og Tonje som alltid er der med varme hjerter. Til slutt vil jeg takke min egen nysgjerrighet for at jeg søkte på dette studiet. Jeg har fått ny innsikt, kjærkommen kunnskap og gode minner med fine mennesker. Nå er jeg gla` og skal feire med cava! Og neste helg skal tante Nina endelig ha overnattingsbesøk av Kaia (5 år) og Isac (9 år), for da har jeg levert oppgaven og et nytt kapittel kan begynne.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
	1.1 Bakgrunn for studien.....	1
	1.2 Formålet og problemstilling	3
2	Teori	5
	2.1 Helse, stress, og mestring.....	5
	2.1.1 Helse.....	5
	2.1.2 Stress.....	7
	2.1.3 Mestring.....	8
	2.2 Salutogenese- helsens opprinnelse.....	10
	2.3 Arbeidsevne og tiltak.....	13
	2.3.1 Arbeid.....	13
	2.3.2 Arbeidsevne og helse.....	14
	2.3.3 Arbeidsrettede tiltak innenfor NAV og helsevesenet	18
3	Metode	22
	3.1 Studiedesign	22
	3.2 Intervensjonen- KIB.....	22
	3.3 Utvalg og rekruttering.....	25
	3.4 Måleinstrument.....	27
	3.4.1 SOC-13- mål på mestringsressurser.....	27
	3.4.2 AEI- mål på arbeidsevne.....	28
	3.4.3 Reliabilitet og validitet.....	29
	3.5 Datainnsamling- praktisk gjennomføring.....	30
	3.6 Statistisk analyse.....	31
	3.7 Litteratursøk	33

3.8	Forskningsetiske vurderinger.....	33
4	Resultater	34
5	Diskusjon.....	48
6	Konklusjon.....	61
	Referanseliste.....	63
	Vedlegg.....	71
	1) Godkjenning NSD	
	2) Samtykke, informasjonsskriv og spørreskjema	
	3) Spørreskjema og informasjonsskriv	
	4) Spørreskjema og informasjonsskriv	

No table of figures entries found.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for studien

” *Nasjonaløkonomien har godt av arbeid til flest mulig. Det samme har folkehelsen.* ” (1).

I Norge har vi hatt lav arbeidsledighet gjennom flere år. Kontrasten til våre lave ledighetstall er den internasjonalt sett store andelen som mottar helserelaterte ytelser. Nesten hver femte person i arbeidsdyktig alder står utenfor arbeidslivet (2, 66). Norge er ifølge OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), det landet som har den høyeste andelen av befolkningen utenfor arbeidslivet grunnet sykdom og uførhet. De har derfor oppfordret Norge til kraftige tiltak for å mobilisere underrepresenterte grupper på arbeidsmarkedet, og til en arbeidsretting av sosial- og velferdspolitikken (3).

På oppdrag fra det britiske Arbeids- og pensjonsdepartementet, ble det i 2006 gjort en gjennomgang av det vitenskapelige grunnlaget for å svare på spørsmålet: Er arbeid bra for helse og velvære? Forskerne fant sterk evidens for at syke mennesker og personer med funksjonsnedsettelse bør gis bistand til å få eller beholde arbeid av følgende grunner: Arbeid virker terapeutisk, helende og rehabiliterende. Arbeid gir bedre helse, reduserer sannsynligheten for varige funksjonsnedsettelse og forbedrer livskvalitet og velvære (4).

Aktiviteter som styrker eller fremmer vår helse, er av den israelske sosiologen Aaron Antonovsky gitt begrepet *salutogenese*. Dette begrepet står i motsetning til *patogenese* som beskriver hvilke faktorer som gjør oss syke (5, 6). Antonovsky sammenholdt studier om individuelle forskjeller i stresstoleranse og sannsynliggjorde at de samme elementene *motstandsressursene*, også kalt *mestringsressursene*, har betydning for hvordan vi takler sykdom og for sykdomsutvikling. Med andre ord vil en person med tilgang til mange personlige og kollektive mestringsressurser, oppleve bedre helse. Gode mestringsressurser kan for eksempel være god økonomi, sosialt nettverk med sterk grad av tilhørighet, høy egostyrke og religion (27, 29).

Arbeidslinja er i dag et hovedprinsipp i norsk velferdspolitik og utgangspunkt for de fleste nyere tiltak i arbeids- og trygdepolitikken. Arbeidslinja har ført til en rekke tiltak for å hjelpe stønadsmottakere med å beholde jobben eller komme tilbake i arbeid (7).

Det finnes i dag en mengde ulike tiltak for å hjelpe mennesker med å fungere i arbeidslivet, både innenfor helsesektoren og velferdsetaten. Helsevesenet retter grovt sagt oppmerksomheten mot diagnose, utredning og behandling (patogenese), mens arbeids- og velferdsetaten skal ha fokus på arbeidsevnen og ressursene (salutogenese). Studier innen arbeidsrettet rehabilitering, peker på at et samarbeid mellom helse- og velferdsetaten er en av flere viktige faktorer for å lykkes med å hjelpe mennesker ut i jobb (8- 12).

Det kan fortsatt synes som om de to etatene har en vei å gå med tanke på å utvikle dette samarbeidet, men høsten 2016 inngikk de to departementene en ny strategiplan for samarbeid. Strategiplanen «Arbeid og helse- et tettere virke», bygger på kunnskapen om at arbeid er bra for helsa til de aller fleste. Målet er at personer i yrkesaktiv alder skal få nødvendig, helhetlig og koordinert hjelp til å delta i arbeidslivet (32).

Innenfor NAV og helsevesenet, finnes både individrettede tiltak og tiltak på systemnivå for å bistå mennesker til å beholde eller komme tilbake i jobb. Det er begrenset dokumentasjon på hvilke virkemidler som fungerer best for å bistå mennesker ut i arbeidslivet, og det er behov for systematisk kunnskap om temaet. Det brukes allikevel mye ressurser på ulike tiltak som skal hjelpe ulike grupper ut i det norske arbeidslivet (2).

I en studie fra Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering (AIR), uttrykte informantene etter et 4- ukers opphold med arbeidsrettet rehabilitering, at endring i arbeidsevnen ble påvirket av fire viktige faktorer: 1) Selvforståelse og mestringsevne, 2) samspill med arbeidsplassen, 3) støtte eller mangel på støtte fra Nav, helsetjenesten og familien og 4) regelverk knyttet til økonomiske støtteordninger. Økt selvforståelse innebar i denne studien, økt oppmerksomhet på sammenhenger mellom egne tanker, følelser og kroppslige reaksjoner samt økt oppmerksomhet på egne ressurser og verdier (13).

Flere andre studier har også vist at viktige faktorer for å komme tilbake til arbeid er å få mulighet til økt selvforståelse, støtte fra omgivelsene og bruk av gruppesetting i rehabiliteringsprosessen. (14, 15, 33, 85).

Både Haugli et. al, Fjellmann et al og Haugstvedt et.al beskriver rehabiliteringsprosessen som en prosess hvor det å ”bli kjent med seg selv”, hvem er jeg og hva er viktig for meg i livet mitt, er en viktig del av prosessen tilbake til arbeid.

KIB (Kurs i mestring av belastning), er et diagnoseuavhengig mestringskurs som blant annet blir gitt ved ulike arbeidsmarkedsbedrifter, frisklivssentraler og IA senter ved Nav. Hensikten er å øke mestringsevnen til deltakerne ved at de blant annet skal få økt forståelse for sammenhengen mellom egne tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd. KIB retter seg mot personer som har behov for og som ønsker å bedre sin evne til å mestre belastninger knyttet til arbeidsliv og privatliv. Helsedirektoratet anbefaler dette kurset som tilbud ved frisklivssentralene, og har gitt økonomisk støtte til utdanning av instruktører (16).

Gry Anette Sælid avsluttet våren 2016 sin doktorgrad ved Folkehelseinstituttet med å evaluere effekten av KIB på arbeidsplassen. Resultatene viste en signifikant nedgang i depressive symptomer, og nedgangen holdt seg over en periode på fire år etter kurset. Studien målte ikke arbeidsgrad (17).

KIB er ikke evaluert med hensyn til påvirkning av mestringsressurer og opplevd arbeidsevne for personer med varierende tilknytning til det ordinære arbeidslivet, og det er derfor behov for økt kunnskap om dette.

1.2 Formålet og problemstilling

Formålet med studien er å måle deltageres mestringsressurser og opplevd arbeidsevne før og etter deltagelse på KIB. Studien har en prospektiv longitudinell design uten kontrollgruppe og randomisering, og det kan derfor ikke slås fast om det er selve intervensjonen som har en innvirkning på disse målene. Resultatene kan eventuelt legges til grunn for en randomisert kontrollert studie på et senere tidspunkt. Resultatene vil uansett være av interesse for de aktuelle kursstedenes evaluering av eget arbeid, og gi en pekepinn på om KIB er et tilbud som det fortsatt vil være av verdi å tilby.

«Kan kurs i mestring av belastning (KIB) gi en økning i mestringsressurser og opplevd arbeidsevne for personer som har ulik tilknytning til det ordinære arbeidslivet? Er det en sammenheng mellom endring i mestringsressurser og opplevd arbeidsevne ved kursstart? Er det en sammenheng mellom endring i mestringsressurser og endring i opplevd arbeidsevne? Er det forskjeller i mestringsressurser med tanke på alder, kjønn, utdanning, sivilstatus, kurssted og arbeidssituasjon ved oppstart av kurset?»

Forskningsspørsmål med nullhypoteser:

- I. Gir deltagelse på KIB endring i mestringsressurser?
Ho: Deltagelse på KIB gir ingen endring i mestringsressurser.
- II. Gir deltagelse på KIB endring i opplevd arbeidsevne?
Ho: Deltagelse på KIB gir ingen endring i opplevd arbeidsevne.
- III. Er det en sammenheng mellom endring i mestringsressurser og opplevd arbeidsevne ved kursstart?
Ho: Det er ingen sammenheng mellom endring i mestringsressurser og opplevd arbeidsevne ved kursstart.
- IV. Er det en sammenheng mellom endring i mestringsressurser og endring i opplevd arbeidsevne?
Ho: Det er ingen sammenheng mellom endring i mestringsressurser og endring i opplevd arbeidsevne.
- V. Er det forskjeller i mestringsressurser med tanke på alder, kjønn, utdanning, sivilstatus, kurssted og arbeidssituasjon ved oppstart av kurset?
Ho: Det er ingen forskjell i mestringsressurser med tanke på alder, kjønn, utdanning, sivilstatus, kurssted og arbeidssituasjon ved oppstart av kurset.

2 Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg gå i dybden på begreper jeg mener er sentrale for denne besvarelsen. Først vil jeg undersøke begrepene *helse*, *stress* og *mestring* for å se på sammenhengen mellom disse. I lys av dette, vil jeg se nærmere på begrepet *salutogenese* som en teoretisk modell for utvikling av helse. Videre vil jeg kort beskrive *arbeid* i et historisk perspektiv, før jeg gjør noen betraktninger rundt sammenhengen mellom *helse* og *arbeidsevne*. Jeg avslutter teoridelen med å undersøke hva som finnes av ulike *arbeidsrettede tiltak* i dag og hva som kjennetegner disse.

2.1 Helse, stress og mestring

2.1.1 Helse

Hva betyr det å ha god helse? Er det viktigste med helse å leve lengst mulig, eller mest mulig vitalt så lenge vi lever? Begrepene helse og helsearbeid ble for et halvt århundre siden definert av medisinerne som arbeidet innenfor den biomedisinske sykdomsmodellen. Helse ble da definert som fravær av sykdom. Siden midten av 1940- tallet har helsedefinisjonen vært under stadig diskusjon, og forståelsen av hva som er dårlig og god helse er i dag langt mer omfattende enn dimensjonen syk/ ikke syk (34).

Den biomedisinske sykdomsmodellen som definerte helse som fravær av sykdom, oppsto på det tidspunktet da man oppdaget årsakene til de store infeksjonssykdommene. Denne sykdomsforståelsen ble videre understøttet ved oppdagelsen av penicillin som kunne behandle ulike infeksjoner som følge av bakterier. En av kritikerne til denne modellen var William Osler (1849-1919). Sammen med flere andre vitenskapsmenn hevdet han å ha holdepunkter for at mange sykdommers utvikling hadde både psykiske, sosiale og biologiske årsaksfaktorer.

Dette var starten på en erkjennelse innenfor konservative skolemedisinkretser, av utilstrekkeligheten til den biomedisinske modellen. Dette førte til en bevegelse mot det som etterhvert ble kalt den biopsykososiale modellen (36, 39).

George Stone mener de ulike definisjonene av helse kan deles i to kategorier: helse som en ideell tilstand eller helse som bevegelse i en positiv retning (35). Under den første kategorien finner vi definisjonen til WHO fra 1946:

“Helse er en tilstand av komplett fysisk mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte.” (36).

Selv om denne definisjonen åpner opp for de mentale og sosiale dimensjonene ved helse, har den blitt utsatt for mye kritikk. Dette skyldes nok i stor grad at den forutsetter at mennesker som har skader og lyter, ikke kan ha god helse (36). En norsk studie har vist at omtrent 75% av befolkningen til enhver tid opplever subjektive symptomer på helseplager. Hvis det samme utvalget blir undersøkt seks måneder senere, vil andelen med helseplager være den samme, men helseplagene vil i mange tilfeller finnes hos andre personer (37).

Verdens helseorganisasjon utviklet etterhvert et mer inkluderende syn på helse, og i arbeidet med Ottawa- charteret (Ottawa Charter for Health Promotion), jobbet man med å skissere tiltak som ville gi “helse til alle” innen år 2000. Dette charteret, eller visjonen, var et resultat av en konferanse i Ottawa i november 1986. Sentralt i denne visjonen var synet på helse som en prosess. Helsebegrepet ble gjort klarere og mer anvendelig for helsearbeidere og forskning, ved å spesifisere hvilke forhold som må være tilstede for at en person skal kunne oppnå eller beholde god helse: *Helse er en ressurs i dagliglivet og ikke tilværelsens mål. Helse er et positivt begrep som legger vekt på sosiale og personlige, såvel som på fysiske ressurser.* Med denne nye beskrivelsen som tar for seg forutsetninger for god helse i en befolkning, skjer det med andre ord en vridning fra individ- til samfunnsnivå (36, 38). Et begrep som kan forklare belastninger som påvirker vår helse er *stress*, og jeg vil derfor se nærmere på utviklingen og forståelsen av dette begrepet.

2.1.2 Stress

Stress har historisk sett blitt definert på tre måter. Enten som ytre påvirkning, reaksjonen på disse ytre påvirkningene eller som samspillet mellom de ytre påvirkningene og reaksjonene på dem. Walter Cannon var blant de første i moderne forskningssammenheng som ble interessert i de ytre påvirkningene vi utsettes for. Disse beskrev han som enten fysiologiske eller følelsesmessige stimuli, som truet en persons likevekt. Dette kunne være tilstander i omgivelsene som ulykker eller naturkatastrofer, skremmende livshendelser som en skilsmisse eller kroniske tilstander som sykdom eller fattigdom (56).

Hans Selye var den første som populariserte ordet *stress* på 1950- tallet, og som begynte å bruke begrepet *stressorer* om de ytre påvirkningene. Han var i likhet med Cannon opptatt av trusselen om likevekt/ homeostase, men var i tillegg mer opptatt av personens følelsesmessige og fysiske responser på stressorene som han kalte *strain*. Ordet *stress* brukes i dagligtale som en samlebetegnelse på de ulike formene for press og belastninger vi opplever i livet, men skiller ikke på om stress er stimuli eller respons. Når vi sier “jeg er stresset”, så viser det til at vi opplever stress som en respons. Når vi imidlertid sier at “jeg har så mye stress i livet mitt”, så sier dette noe om ytre stimuli. Selye valgte å definere stress som en respons på en stressor, altså stressresponsen. Hans definisjon på stress ble: *Organismens uspesifikke respons på ethvert press eller krav*. Det spesielle med denne definisjonen var at han fremhevet stressresponsens ubestemmelige karakter, og han hevdet at det fundamentale ved stress er hvordan organismen gir en generell fysiologisk respons i sitt forsøk på å tilpasse seg belastningene den møter. Denne responsen kalte han *det generelle adaptasjonssyndromet (GAS)* som han mente rommer tre stadier: 1) Alarm, 2) Motstand og 3) Utmattelse. Selye anså denne responsen som en måte organismen forsøkte å opprettholde sin funksjon på når den opplevde trusler, traumer eller forandringer. Han understreket samtidig at stress er en naturlig del av livet som ikke kan unngås (40, 57, 58).

Lazarus slo på mange måter sammen Cannons og Selyes teorier, ved at han tok i betraktning samspillet mellom de ytre påvirkningene og indre reaksjonene. Han hevdet med andre ord at opplevelsen av stress en person har, handler mer om personens følelse av trussel, sårbarhet og mulighet for å mestre situasjonen enn på den stressende hendelsen i seg selv.

Det er med andre ord ikke stresspåvirkningen i seg selv, men hvordan man oppfatter den og håndterer den som avgjør i hvilken grad det vil resultere i stress eller ikke (36, 40- 42). Negativ tenkning og forestillinger om smerter og andre livshendelser påvirker følelser, atferd og smerteopplevelse som kan medføre muskelspenninger og vedvarende stressaktivering (94, 95). Vi antar at for mye stress spiller en rolle i utviklingen av mange ulike sykdommer, og det er to måter vi kan tenke oss denne sammenhengen. Den ene er direkte ved fysiologiske reaksjoner som høyt blodtrykk og nedsatt immunforsvar, og den andre er endringer i en persons atferd. Det er uansett viktig å påpeke at de fleste mennesker som lever i stressende situasjoner ikke blir syke, men allikevel er det viktige funn som tyder på at stress sammen med andre faktorer spiller en rolle ved sykdomsutvikling (36). Hvordan vi *mestrer* stress ser med andre ord ut til å være viktig for vår helse, og jeg vil derfor se nærmere på dette begrepet.

2.1.3 Mestring

Et annet viktig begrep i Lazarus' modell er *mestring*. Mens ressurser beskriver hvilket potensiale en person har til å klare seg gjennom en situasjon, så handler mestring om evnen til å hankses med en gitt situasjon eller benytte seg av disse ressursene (36). Lazarus og Folkmann definerer mestring som:

“Et kontinuerlig skifte av kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke ytre og/ eller indre krav som vurderes til å beslaglegge eller utarme ressursene til personen.” (42).

Denne definisjonen av mestring understreker at mestring er en stadig skiftende prosess mellom individet og hans eller hennes miljø. Det er en innlært måte å forholde seg til stressende situasjoner på, og mestring krever anstrengelser. Betydningen av å fortolke situasjoner for å kunne treffe bevisste valg, er derfor viktig for opplevelsen av stress (36, 40). Lazarus og Folkman mener at evnen mennesker har til å mestre avhenger av flere faktorer som kan samles i seks hovedgrupper av ressurser: 1. Helse og energi, 2. Positiv holdning, 3. Evne til problemløsning, 4. Sosiale evner, 5. Sosial støtte og 6. Materielle ressurser. Lazarus og Folkman mener de materielle og sosiale ressursene ikke er like viktige som vi ofte tror.

De påstår at de to viktigste elementene i det å mestre stress er å oppleve at du kan hantes med stressfylte hendelser, og at dette gir en selvsikkerhet som styrker din tro på at du kan regulere din egen følelse av ubehag (42).

Jon Kabat-Zinn startet stressreduksjonsklinikken ved University of Massachusetts Medical Center på 70- tallet, og utviklet det mindfulness- baserte stressreduksjonsprogrammet, MBSR. Han har gjennomført studier på stress, og blant annet bidratt til å forstå hvilke biologiske mekanismer som påvirkes av mindfulness ved stressreduksjon (86). Han påpeker i forlengelsen av Lazarus tanker, at vi i mange tilfeller kan være uvitende om i hvor stor grad forholdet til vårt indre eller ytre miljø belaster ressursene våre fordi vi går på autopilot. Livsstilen vår kan påvirke helsen vår og gjøre oss fysisk og psykisk slitne uten at vi selv er klar over hvorfor, og vi kan ha negative tanker om oss selv og andre vi ikke alltid er bevisste. Nettopp fordi vår oppfatnings- og vurderingsevne spiller en så stor rolle for vår evne til å tilpasse oss våre omgivelser, er den viktigste måten å mestre stress på å forstå hva vi opplever (40).

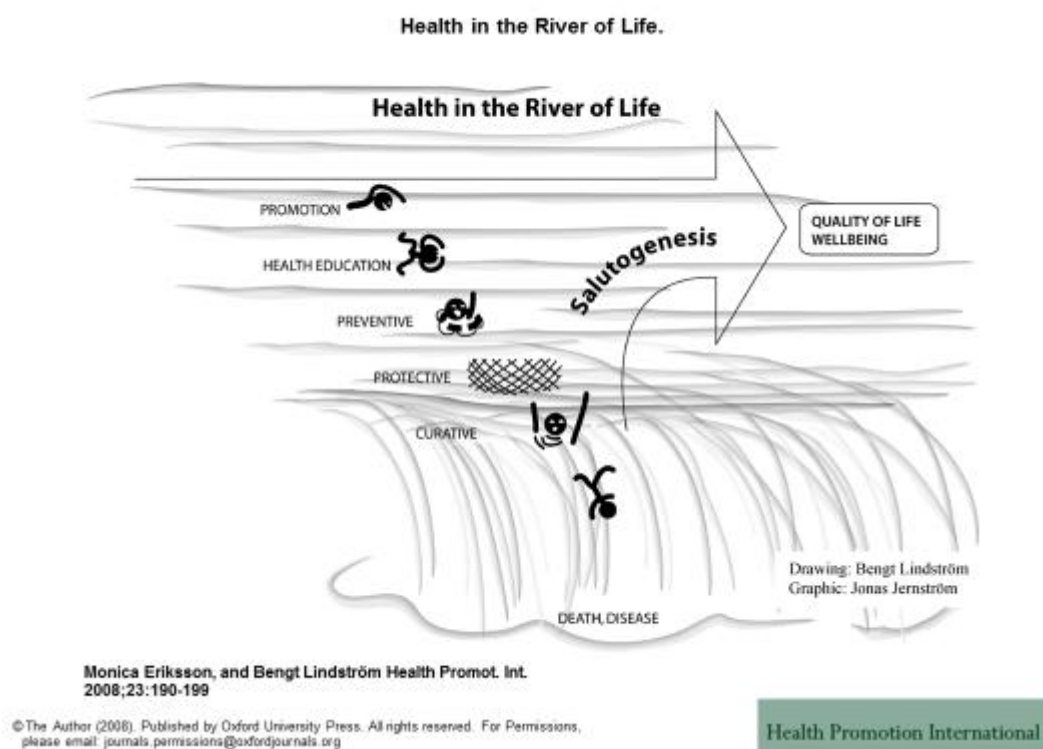
Mestring er nært knyttet opp til graden av optimisme/ pessimisme. Hvis man gjentatte ganger opplever å mislykkes, vil man kunne utvikle *lært hjelpeløshet* (43). Et annet viktig begrep i forhold til mestring er *kontrollplassering*. På den ene siden finnes de som ikke tror de har noen kontroll over eget liv og plasserer kanskje det som skjer eksternt hos en gud eller skjebne. På den andre siden er de som i stor grad tror de har evnen til å påvirke livet sitt (44). *Mestringstro (self- efficacy)* er et begrep som ble lansert på 1970- tallet av Albert Bandura, og har fått en svært stor utbredelse innenfor helsepsykologien. Hvis man har tro på at man vil klare å mestre en oppgave, så medfører dette mange positive konsekvenser. Man vil blant annet forsøke hardere og holde på lenger selv om man møter motstand. Det er en sammenheng mellom lært hjelpeløshet og mestringstro på den måten at de som opplever lært hjelpeløshet, har mindre mestringstro (36). I forhold til helse gir begrepene *lært hjelpeløshet*, *kontrollplassering* og *mestringstro* viktig kunnskap som kan forklare vår atferd i retning av større eller mindre grad av helse. Et fjerde begrep er *opplevelsen av sammenheng*, som beskriver i hvilken grad en person oppfatter verden som forståelig, påvirkelig og meningsfull (36). Dette begrepet skal jeg nå se nærmere på som ett av svarene på spørsmålet; "Hva er helsens opprinnelse?".

2.2 Salutogenese- helsen opprinnelse

Den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky (1923- 94), var sannsynligvis den første kjente vitenskapsmannen som beskjeftiget seg med spørsmålene om hvilke faktorer som kjennetegner god helse (36). Han formulerte “det salutogene spørsmål”: Hva er helsen opprinnelse? Han var professor ved institutt for helsesosiologi ved det vitenskapelige fakultet ved Ben Gurion University og the Negev i Beersheba i Israel fra 1972, og den salutogene modell ble første gang formelt publisert i 1979 i boken *Health, Stress and Coping*. Aktiviteter som styrker eller fremmer vår helse, er av Antonovsky gitt begrepet *salutogenese*, i motsetning til *patogenese* som beskriver hvilke faktorer som gjør oss syke. Han hadde et håp om at vi skulle se disse to perspektivene som komplementære, og på den måten få en mer rettferdig fordeling av intellektuelle og materielle ressurser (6).

På bakgrunn av sin forskning hevdet Antonovsky at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livene våre. Helse og sykdom er ikke en dikotomi, men et kontinuum der ytterpunktene er absolutt sykdom (dis-ease) og fullstendig sunnhet (ease). Han mente at synet på mennesket som enten friskt eller sykt var lite fruktbart. Vi alle er døende, men samtidig så lenge det finnes et snev av liv i oss i en eller annen forstand friske. Videre påpekte han at de aller fleste mennesker i et moderne industrisamfunn, har en form for patologisk tilstand. Sykdom er med andre ord vanlig og ikke en avvikende tilstand, og stressfaktorer er ikke til å komme utenom i menneskets tilværelse. Sentralt i hans arbeid står betydningen av å fokusere mer på hva som forårsaker helse enn hva som forårsaker sykdom. Salutogenese handler om å finne ut hvor hver enkelt befinner seg på kontinuumet til enhver tid, og rette oppmerksomheten mot faktorer som kan se ut til å påvirke bevegelse i retning av helseenden på dette kontinuumet (5- 6, 29).

Antonovsky brukte elven som metafor på livet og hvordan vi kan oppnå helse. Han hevdet at vi ikke oppnår helse ved å unngå stress, eller ved billedlig å bygge broer for å hindre folk i å falle i vannet. Han hevdet at vi oppnår bedre helse ved å lære oss å svømme (6). Figur 1. på neste side illustrerer at helsefremmende arbeid er enklest for den som er frisk og svømmer der elven er roligst. For de som har svakere helse og befinner seg i nærheten av fossefallet er helsefremming mer utfordrende, men fortsatt viktig og ønskelig. Å styrke helsa, er med andre ord noe annet enn å forebygge sykdom (36).



Figur 1. Helse i livets elv. Bildet illustrerer salutogenese som et teoretisk rammeverk for Ottawa-charterets idè om helsefremming (36, 38).

Elven er med andre ord full av både farer og ressurser, og det er vår evne til å finne og benytte oss av ressursene som påvirker graden av helse og våre liv (24).

Antonovsky ble interessert i de menneskene som opplevde høy stressbelastning, men allikevel klarte seg fint. Det helsemessige utfallet av en stressende situasjon var med andre ord uforutsigbart, og det var dette mysteriet det salutogene perspektivet ønsket å avdekke (6). Som svar på det salutogene spørsmålet: "Hva er helsens opprinnelse?" ble Antonovsky sitt svar: *Sense of coherence* (SOC), oversatt til *opplevelse av sammenheng* (OAS). Han påpekte imidlertid at dette kun var en del av svaret på det salutogene spørsmålet, og at dette var hans svar (6). Studier har vist at SOC er sterkt assosiert med helse og spesielt psykisk helse, og at SOC predikerer helse (24).

Antonovsky beskrev hvordan vår evne til å nyttiggjøre oss vår egen totale situasjon og bruke egne tilgjengelige ressurser, er avhengig av SOC. Hans viktigste forskningsfunn var at denne opplevelsen av sammenheng påvirker graden av mestring, helse og velvære.

SOC består av tre komponenter som angir menneskers opplevelse av tilværelsen som *begripelig, håndterbar og meningsfull* (5- 6, 29).

Begripelighet: Begrepet begripelighet omhandler den måten man oppfatter indre og ytre stimuli på. Stimuli oppfattes som kognitivt meningsfulle dersom de fremstår som ordnede, strukturerte og klare. Personen vil da også ha en generell forventning om at fremtidige stimuli vil oppleves som forutsigbare og forståelige (29).

Håndterbarhet: Begrepet håndterbarhet innebærer i hvilken grad personen har kognitiv evne til å vurdere de indre og de ytre ressurser hun/han har til disposisjon, og om de er tilstrekkelige til å møte forventningene fra en selv og omgivelsene for å finne løsninger. Ved en høy grad av håndterbarhet, vil personen ikke føle seg urettferdig behandlet eller som et offer for spesielle omstendigheter (29).

Meningsfullhet: Den tredje komponenten, meningsfullhet, er følelses- og motivasjonskomponenten. Dette begrepet omhandler i hvilken grad personen føler at situasjoner i livet og livet selv gir mening. Det innebærer blant annet at personen i det minste opplever at det er verdt å investere energi i, forplikte seg til og engasjere seg i noen av livets utfordringer/ problemer og krav/ forventninger fra personen selv og omgivelsene. Mening er den viktigste komponenten i SOC- begrepet. Høy opplevelse av mening bidrar til at en situasjon lettere fremstår som begripelig og håndterbar. Det motsatte av mening er fremmedgjøring (29).

«Kjernen i den salutogene tilnærmingen er den grunnleggende filosofiske antakelsen om at normaltilstanden for den menneskelige organisme er heterostatisk ubalanse» (6).

Antonovsky hadde ikke et syn på stress som noe negativt som må bekjempes, men som potensielt helsefremmende (74). Dette synet er også i tråd med stressforskeren Hans Selye tidligere nevnt under 2.1.2, som skiller mellom positivt og negativt stress (73). Når man utsettes for en stressfaktor, fører dette til en anspent tilstand som må håndteres. Hvorvidt utfallet blir patologisk, nøytralt eller helsebringende, avhenger av om spenningen håndteres på en adekvat måte. Antonovsky påpekte at problemet som stressfaktorene skaper er tosidig: det instrumentelle aspektet (indre krav som for eksempel uinnfridde ambisjoner og kognitiv dissonans, eller som ytre krav som kommer fra mellommenneskelige relasjoner, kulturelle forhold og livsbegivenheter) og følelsesregulering.

Studiet av hvilke faktorer det er som bestemmer håndteringen av spenning, blir dermed helsevitenskapens viktigste oppgave i følge Antonovsky (6). Disse faktorene kalte Antonovsky *generelle motstandsressurser*, eller også kalt *generelle mestringsressurser* (29). Penger, egostyrke, kunnskap, intelligens, kulturell stabilitet, religion og sosial støtte er eksempler på forhold som gir beskyttelse mot mange typer stressfaktorer (6). Desto flere personlige og kollektive mestringsressurser en person opplever å ha tilgjengelig, desto bedre SOC og høyere grad av opplevd helse. SOC er med andre ord et mål på mestringsressurser. SOC og mestringsressurser er gjensidig forbundet, og kan forsterke hverandre. En mestringsressurs som sosial støtte bidrar til å styrke SOC, men det er SOC som gjør personen i stand til å benytte seg av de mestringsressursene hun/ han har tilgjengelig (63). Når man har tilgang til sine egne og omgivelsenes mestringsressurser og mestrer spenning, stimulerer dette til videre utvikling av SOC. Samspeilet mellom personen og omgivelsene er i kontinuerlig forandring, og det er derfor ikke mulig å gi en liste over alle mulige mestringsressurser. Antonovskys definisjon ble: *Enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning* (29).

Jeg har i denne oppgaven valgt å se spesielt på hvilke spenninger og mestringsressurser som kan oppleves i forhold til *arbeid*. Jeg vil derfor starte med å se på hva arbeid historisk sett er. Deretter vil jeg undersøke sammenhengen mellom begrepene helse og arbeidsevne, og til slutt se på et utvalg av arbeidsrettede tiltak innenfor NAV og helsevesenet.

2.3 Arbeidsevne og tiltak

2.3.1 Arbeid

Avgrensningen mellom hva som er arbeid og ikke- arbeid, er ikke helt enkel. Snakker vi kun om betalt arbeid? Hva med arbeidsmarkedstiltak der deltakere er i praksis og mottar arbeidsavklaringspenger (AAP), eller hva med en hjemmeværende husmor eller husfar? Jeg mener dette er viktige spørsmål å ha med seg når man snakker om arbeid, men når det gjelder «folk flest» sin forståelse av arbeid, så er dette inntektsgivende arbeid (2).

I idéhistorisk sammenheng har arbeid ofte blitt satt opp mot det lystbetonte. Greske filosofer la blant annet vekt på det ufrie og påtvungne aspektet ved arbeid. Platon og Aristoteles beskrev rett og slett arbeid som noe fornedrende som var fysisk og sjelelig ødeleggende. Dette negative synet på arbeid dominerte i vestlige samfunn fra antikken til reformasjonen, og i følge Luther skulle man stolt utføre sitt tildelte arbeid for å ære Gud. Arbeidet var fortsatt en forbannelse, men synet ble noe mer positivt fordi det tross alt var til ære for Gud. Diskusjonen om arbeid er en velsignelse eller forbannelse, har siden den gang vekslet fram og tilbake. Fra overjordiske forklaringer kom det etterhvert også mer jordnære og positive begrunnelser om arbeid som et grunnleggende menneskelig behov, som gir mening og tilfredsstillelse på en måte forlystelse ikke kan. Immanuel Kant hevdet blant annet dette (2).

Vi arbeider i dag halvparten så mange timer som rundt 1850 og produserer 25 ganger så mye. Den kraftige nedgangen i arbeidstid kan jo tyde på en betraktning av arbeidet som et nødvendig onde, for å få en inntekt som kan brukes i den mer verdifulle fritiden (2).

Verdensøkonomien har blitt stadig mer globalisert og økonomien i ulike land mer presset. Flere land og deriblant Norge, har innsett at en hensiktsmessig måte å redusere velferdsutgiftene på er å få så mange som mulig i arbeid (45). Frykten er at underskudd på arbeidskraft på lang sikt vil hindre en økonomisk utvikling, og påvirke velferdsstatens evne til å støtte den arbeidspassive delen av befolkningen. Det er derfor en målsetning om at stadig flere skal i arbeid og at andelen av befolkningen på passive stønader skal ned.

2.3.2 Arbeidsevne og helse

I Norge er andelen som deltar i arbeidslivet høy sammenlignet med andre land i Europa. Det er spesielt inkluderingen av kvinner, yngre, eldre, kort utdannede og folk med nedsatt helse som setter Norge i en særstilling i europeisk målestokk (47).

Mennesker med helseproblemer utgjør en dominerende andel av de som har behov for arbeidsrettet bistand i Norge. Spesielt er det en økende bruk av trygdeytelser på grunn av psykiske/ psykososiale lidelser og plager. Dette er en utvikling som Norge deler med de fleste land i Europa (52).

I Norge skyldes de fleste sykemeldinger og langvarige trygdestønader muskel- skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon (67). Dette er vanlige helseplager også blant de som ikke er sykmeldte eller får trygd (68, 69). OECD har flere ganger påpekt at mye av arbeidsledigheten i Norge sannsynligvis tildekkes som helseproblemer ved at de som registreres som syke eller uføre, registreres som arbeidsløse i andre land. Med andre ord bruker Norge i følge OECD, sykdom og helsebetingede trygder for å løse problemer som oppstår som et resultat av utviklingen i arbeidslivet og arbeidsmarkedet (2).

Siden tidlig på 90- tallet har arbeidslinja vært førende for utviklingen av politikken på arbeids- og velferdsområdene. Med iverksettelse av NAV reformen sommeren 2006, var hensikten å sikre et velfungerende arbeidsmarked, forebygge utstøting fra arbeidslivet, fremme inkludering og sikre inntekt og stønad til brukere med ulike behov. I dag er arbeidslinja et hovedprinsipp i den norske velferdspolitikken, og utgangspunktet for de fleste nye tiltak i arbeids og trygdepolitikken. Ikke bare er det et samfunnsøkonomisk prinsipp, men det legges også vekt på fordelene for arbeidstakeren. Arbeid gir mulighet for sosial kontakt og aktivitet, og dette omtales som et gode i seg selv som blant annet er bra for helse (2, 7).

Et sentralt prinsipp i folkehelsearbeidet er at helse i hovedsak påvirkes utenfor helsesektoren. Befolkningens helse er et resultat av oppvekstmiljø, barnehage, skole, arbeidsliv og fritid (46). FNs komitè for arbeidsliv, ILO, peker på fire grunnleggende determinanter for helse: utdanning, arbeid, inntekt og boforhold. Dette er forhold som gjelder generelt, så om man vil bedre folkehelse i et samfunn skal man satse på utdanning og sørge for gode arbeidsvilkår (49).

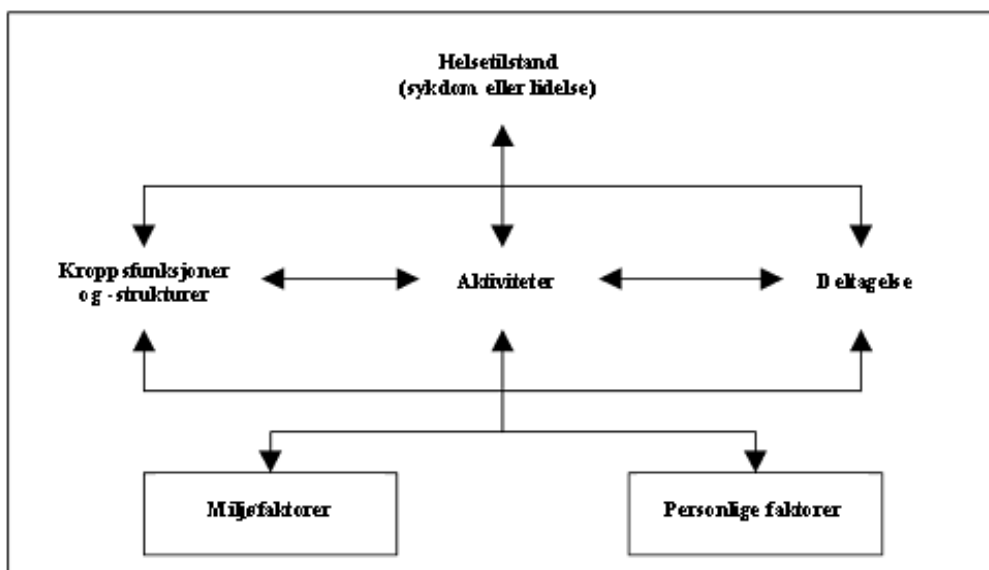
Sammenhengene mellom arbeid og helse er sammensatte og mangfoldige. Folkehelspolitisk kan man grovt sett skille mellom helsekonsekvenser av å være i arbeid i motsetning til ikke å være i arbeid, og helsekonsekvenser som skyldes ulike kvaliteter og faktorer i selve arbeidsmiljøet. Det å være i arbeid kan være helsefremmende i seg selv ved at man inngår i et sosialt fellesskap, og arbeidsoppgavene kan være kilde til mening, mestring og personlig utvikling. Indirekte genererer arbeidsdeltagelse ressurser som gjør oss i stand til å leve selvstendige og forutsigbare liv, og sikrer tilstrekkelige materielle levekår. Alt dette er viktige faktorer for et liv med god helse og trivsel (46, 75).

I Norge er det *arbeidstilsynet* sin oppgave å føre tilsyn med at virksomhetene følger *arbeidsmiljølovens* krav for de som har et arbeidsforhold. Hensikten med arbeidsmiljøloven er blant annet å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon (50). I forlengelsen av dette har vi en særegen norsk satsning for de som har et arbeidsforhold, og det er inkluderende samarbeid (IA) (51). Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA- avtalen) bygger på en tradisjon for samarbeid og tillit mellom myndigheter, arbeidsgivere (NHO) og arbeidstakere (LO). Avtalen bygger på en felles erkjennelse av at aktivitet gjennom arbeid fremmer helse, og at tidlig iverksetting av aktive tiltak vil kunne forebygge frafall fra arbeid (46).

De som er i arbeid har gjennomgående bedre helse enn de som befinner seg utenfor arbeidsmarkedet. Mange som faller ut av arbeidslivet gjør dette på grunn av nedsatt helse, så funnene som viser helseforskjeller mellom yrkesaktive og yrkespassive kan til en viss grad skyldes en helsemessig utvelgelse. Videre kan denne utvelgelsen skyldes økende utdanningskrav i arbeidslivet. Risikoen for å falle ut av arbeidslivet ved nedsatt helse er størst i gruppen med kort utdanning (47). Det finnes også studier som viser en direkte negativ helseeffekt ved tap av arbeid (48). Det finnes også ulike grader av arbeidsmarkedstilknytning, noe som viser seg å korrelere med helse. En finsk studie viser at jo nærmere “kjernen” i arbeidsmarkedet du er, dvs fast ansatt/idlertidig ansatt, jo bedre helse har du enn om du befinner deg i periferien i arbeidsmarkedet, som vikar, sesongarbeider eller lignende (46). Videre kan ikke helse alene forklare i hvilken grad man er yrkesaktiv eller ikke. Menn med lang utdanning og en langvarig lidelse, er mer yrkesaktive enn friske menn med grunnskoleutdanning (46).

Sykdom skade eller lyte er et nødvendig vilkår for en rekke velferdsytelser som sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uførepensjon (2). Innenfor hver diagnose er det imidlertid stor spredning i alvorlighetsgrad, og vurdering av funksjonsevne har fått stadig mer oppmerksomhet. I 2001 ga WHO sin støtte til “Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse.” (ICF), og den inngår nå i WHO's hovedklassifikasjoner. ICF har som formål å klassifisere menneskers helse i form av funksjon og funksjonshemming, være et grunnlag for vitenskapelige undersøkelser av helse og helserelevante tilstander, være et felles språk for forskjellige aktører og lette utveksling av informasjon. ICF betegnes som et gjennombrudd på rehabiliteringsfeltet.

Til grunn ligger en biopsykososial forståelse av funksjonsevne, og oppfatter funksjon som et paraplybegrep som omfatter fire ulike dimensjoner: 1) kroppsfunksjoner, 2) kroppsstrukturer, 3) aktivitet og deltagelse og 4) miljøfaktorer. Klassifiseringen blir mye brukt i medisinsk og arbeidsrettet rehabilitering. ICF er imidlertid ingen modell for å avklare arbeidsevne, og viktige elementer i den nye arbeidsevneметодikken, som kompetanse og tidligere arbeidslivserfaring, omfattes ikke av ICF (2).



Figur 2. ICF- modellen for funksjon intergrerer de fire dimensjonene; kroppsfunksjoner, kroppsstrukturer, aktivitet og deltagelse og miljøfaktorer (2).

Selv om modellen ikke brukes direkte i arbeidsevnevurderingen, sier den noe om hvordan NAV tenker i forhold til arbeidsevne. Arbeidsevneметодikken i NAV tar nå utgangspunkt i arbeidsevne som en relasjonell størrelse. Det er forholdet mellom individets kompetanse/ressurser, arbeidskrav og omgivelsene som er relevante for hver enkelt (arbeidsplassen for en som er ansatt, og arbeidsmarkedet for en som er arbeidsledig). Målestokken er med andre ord til slutt ikke sykdommen, skaden eller lyten men om personen vil kunne betraktes som en potensiell arbeidstaker i arbeidsgiverens øyne eller ikke (2).

I innledningen av denne oppgaven, refererte jeg til en omfattende engelsk studie som ønsket å undersøke om arbeid er bra for helse og velvære. Forskerne fant sterk evidens for at syke mennesker og personer med funksjonsnedsettelse, bør gis bistand til å få eller beholde arbeid fordi arbeid blant annet gir bedre helse og forbedrer livskvaliteten. Denne studien understøttet at en aktiv sysselsettingspolitikk også kunne være en del av landets folkehelsepolitikk. De konkluderte også med at arbeidsløse gjenvinner helsen når de får seg jobb. Det den samme studien viste var at 5-10% sannsynligvis har bedre helse uten arbeid. Med andre ord kan man si at arbeidsledighet statistisk sett er en langt større helserisiko enn arbeid. De individuelle forskjellene finnes imidlertid, og det blir derfor viktig og ikke se seg blind på prinsippet om arbeidslinja i det praktiske arbeidet (4).

Det har vært stor politisk enighet om arbeidslinja, men den har også vært utsatt for kritikk. Arbeidslinja har blitt kritisert for å være uttrykk for en undertrykkende disiplineringspolitikk, der det er de utstøtte og ikke samfunnsstrukturene som defineres som problemet. Faren er at problemet defineres som sykdom eller mangel på motivasjon hos individet, i stedet for strukturelle utviklingstrekk i samfunnet. Den kritiseres for å gå løs på symptomene og ikke de bakenforliggende årsakene. Politikerne og arbeidsgiverne får hjelp fra hjelpsomme profesjoner med ulike faglige tilnærminger med bakgrunn i tanken om empowerment og MI (motiverte intervju), som skal styrke den enkeltes motstands- og mestringsevne. Færre passer inn og må derfor tilpasses og “repareres”, er kritikernes påstand (2, 7).

2.3.3 Arbeidsrettede tiltak innenfor Nav og helsevesenet

I Norge har vi bygget ut et omfattende system for “å ruste opp” den enkeltes arbeidsevne (2). Forskningsbasert evaluering av tiltakene har fram til nå, ikke hatt noen plass i vurderingen av om velferdstilbudene har den ønskede virkningen eller ikke (8). Den første norske randomiserte og kontrollerte evalueringen av et NAV tiltak, ble avsluttet i 2013 (10). Målet med denne studien var å undersøke om den modellen det jobbes etter ved *Senter for jobbmestring*, førte til at målgruppen for tiltaket oppnådde høyere sysselsettingsgrad enn uten dette tiltaket.

Metodene i denne studien bygget på prinsipper fra arbeidspsykologi innrettet mot symptomstrende veiledning via *kognitiv korttidsterapi*, for mennesker med *lettere psykiske lidelser* med vekt på arbeidsfungering. Til grunn for modellen som ble benyttet, lå det en klar målsetning om at Individual Placement and Support (IPS) med tett individuell oppfølging i ordinært arbeidsliv med parallellitet og integrasjon i utføring og behandling, skulle legges til grunn for virksomheten (10). Denne studien viser hvordan synet på opprustning av deltakere i skjermede omgivelser før man skal ut i jobb (“train and place”) (2), har snudd mot et syn der deltakerne i større grad trener og gjør seg erfaringer i det ordinære arbeidmarkedet med tett individuell oppfølging fra behandlingsapparatet og jobbspesialist (“place and train”) (2). I 2015 kom den andre randomiserte studien av et arbeidsrettet tiltak ved Nav, *Effektevaluering av Jobbmestrende Oppfølging (JMO)*. Formålet med studien var å undersøke i hvilken grad arbeidsrehabilitering kombinert med kognitiv atferdsterapeutisk metode eller kognitiv trening, fører til økt sysselsetting blant personer med psykoselidelser sammenlignet med vanlig oppfølging (treatment as usual), og om oppfølgingen førte til endringer i deltakernes psykiske helse og kognitiv fungering (9). Begge studiene viste høyere arbeidsgad hos intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.

I motsetning til de fleste arbeidsrettede tiltak, har IPS modellen for deltakere med en *alvorlig psykisk lidelse* vært gjenstand for grundig forskningsmessig evaluering utenfor Norge. Et stort antall randomiserte studier viser at IPS- programmene får en klart større andel av sine deltakere ut i ordinær jobb enn tradisjonelle “train and place” programmer (8). En oversikt konkluderer med at etter 18 måneder i programmet, hadde 34 prosent av deltakerne i IPS en jobb i det ordinære arbeidslivet mot 12 % i det tradisjonelle “train and place” programmet (54). De fleste studiene av IPS er gjennomført i USA, men det finnes også europeiske studier som viser at flere kommer i ordinær jobb i IPS enn i tradisjonelle programmer (55).

Jeg velger nå å se nærmere på to overordnede tiltak som er initiert av helsevesenet, *Raskere tilbake* og *Rask psykisk helsehjelp*. Det første tiltaket er rettet mot personer med lette- til moderate psykiske lidelser og muskel-/ skjelettplager, og det andre tiltaket mot personer med lett til moderat angst og depresjon. Dette er som tidligere nevnt, diagnoser som ligger til grunn for de fleste sykemeldinger og langvarige trygdestønader i Norge.

Raskere tilbake er et nasjonalt tiltak vedtatt av Sykefraværsutvalget høsten 2006. Tiltaket inngår som en del av IA samarbeidet (Inkluderende arbeidsliv). Målet er å unngå sykefravær og hjelpe sykmeldte arbeidstakere raskere tilbake til jobb med tiltak både for psykiske og somatiske plager/ lidelser. Det har flere steder blitt vedtatt et samarbeid mellom psykiatri og somatikk, på bakgrunn av erfaring med at pasienter med diffuse smertetilstander i mange tilfeller sliter med angst og depresjon og vice versa (87- 88). Tverrfaglige intervensjoner har også i tidligere studier vist en positiv effekt på arbeidsgrad (90) og symptomer (91). Ved *Raskere tilbake* tiltaket ved Sunnaas, er det nylig publisert en evaluering av deres gruppebaserte, kognitive og somatiske intervensjon, med en tverrfaglig innfallsvinkel (89). Intervensjonen bestod i tillegg til kognitiv terapi, av kroppslige øvelser og progressiv muskelavspenning. Hovedfunnet i denne studien var økt full arbeidslivsdeltagelse for pasienter med muskel- skjelettlidelser og psykiske symptomer.

Folkehelseinstituttet har nylig kommet med en evalueringsrapport for tiltaket *Rask psykisk helsehjelp* (92). Pilotprosjektet startet i 2012, og hadde som mål at flest mulig voksne med ulike angstproblemer og lettere til moderate nivåer av depresjon, skulle få økt tilgang til kunnskapsbasert behandling. Denne behandlingen bestod av kognitiv atferdsterapi gitt av et tverrfaglig team, og tilbudene varierte mellom veiledet selvhjelp, gruppekurs og ansikt til ansikt behandling. Reduksjon i angst- og depresjon var stor på tvers av behandlingsformene, men med noe lavere effekt for gruppekurs. Endringen i arbeidsdeltakelse var statistisk signifikant for hele utvalget med 5,6 % økning i andelen klienter som var i jobb uten trygd ved slutten av behandlingen. Både *Raskere tilbake* og *Rask psykisk helsehjelp* har ved bruk av longitudinelle studier, vist at deres tiltak øker arbeidsgraden for de som deltar selv om de i liten grad beskriver et systematisk samarbeid med NAV og arbeidsgivere.

Som jeg var inne på i innledningen av denne oppgave, så viser erfaringer fra arbeidsrettet rehabilitering at et samarbeid mellom helse- og velferdsetaten er en av flere viktige faktorer for å lykkes med å hjelpe mennesker ut i jobb (8- 10). Høsten 2016 inngikk de to departementene en ny strategiplan for samarbeid, og målet er at personer i yrkesaktiv alder skal få nødvendig, helhetlig og koordinert hjelp til å delta i arbeidslivet. Hensikten er at samarbeidet skal bli tettere med en bedre felles forståelse for intervensjoner som skal bedre tilbakeføring til arbeid for de som har helsemessige utfordringer.

De skal sammen utvikle modeller og arbeidsmåter for å sikre samtidighet og helhet i tilbudene. Strategien legger fram forslag i fire punkter: 1) rydde i roller og ansvar, 2) styrke kunnskapsgrunnlaget for videre utvikling av strategi og tjenester, 3) etablere felles arbeidsformer og rammer for intervensjoner og 4) styrke kompetansen på området (32).

Det ser med andre ord ut til at de arbeidsrettede tiltakene framover vil ha et klarere skille mellom hva som er helsevesenet sine oppgaver og hva som er NAV sine oppgaver.

Samarbeidet vil bli tettere med felles forståelse for intervensjoner som skal øke sysselsettingen både for de som har falt utenfor arbeidslivet, eller for de som står i fare for å miste jobben på grunn av helsemessige utfordringer.

Videre i denne oppgaven vil jeg evaluere et diagnoseuavhengig mestringskurs som holdes både ved NAV, arbeidsmarkedsbedrifter og i helsevesenet. Jeg vil beskrive kursdeltakernes mestringsressurser og opplevd arbeidsevne før og etter deltagelse på kurset.

3 Metode

Dette kapitlet beskriver hvordan studien er utført. Først beskrives hvilken design som er valgt på bakgrunn av problemstillingen. Deretter kommer en nærmere beskrivelse av intervensjonen. Studiens populasjon og rekruttering av utvalget, blir deretter gjort rede for. Måleinstrumentene som er benyttet beskrives, deretter reliabilitet og validitet, før datainnsamling og statistiske analyser blir gjennomgått. Kapitlet avsluttes med en kort beskrivelse av litteratursøk og forskningsetiske vurderinger.

3.1 Studiedesign

Studien er deskriptiv med en prospektiv longitudinell design. Jeg fulgte mine informanter og utvalgte populasjon over noe tid, for å se hvordan de ble påvirket av å delta på KIB (kurs i mestring av belastning), som er denne studiens intervensjon (21). Demografiske variabler ble samlet inn ved første måling, og mål på mestringsressurser (SOC-13) og opplevd arbeidsevne ble foretatt ved 3 ulike måletidspunkt, Data ble innhentet fra allerede planlagte kurs ved 5 ulike kurssteder. Studien er uten randomisering og kontrollgruppe og kan derfor ikke fastslå årsakssammenhengen mellom intervensjon og resultat.

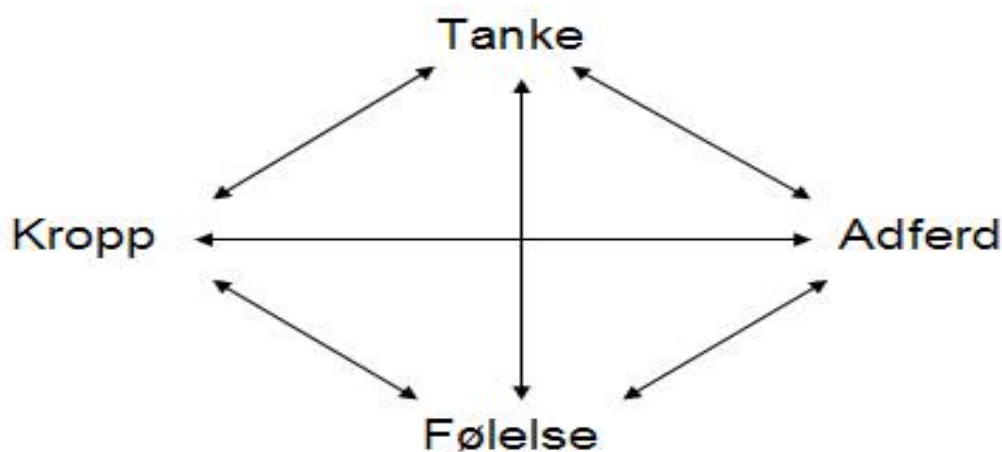
3.2 Intervensjonen- KIB

Kurset holdes av sertifiserte veiledere som i utgangspunktet skal ha minimum en treårig helse-, eller sosialfaglig utdanning. Det gjøres imidlertid unntak fra dette, og Fagakademiet vurderer egnethet med tanke på utdanning og erfaring. For å bli sertifisert må man først delta på et ukeskurs gjennom Fagakademiet i KID (kurs i mestring av depresjon), og deretter et to dagers kurs i KIB (kurs i mestring av belastning). Fagakademiet arrangerer årlige oppdateringsseminar over 1-2 dager flere steder i Norge, men disse er ikke obligatoriske.

Kursene i denne studien ble ledet av sertifiserte instruktører. Det anbefales i sertifiseringen at kursene holdes av en hovedkursholder og en co- kursholder, og dette ble gjennomført ved disse kursene. Psykiatrisk sykepleier, hjelpepleier/ gestaltterapeut, ungdomsarbeider, sosionom, pedagog, master i psykologi, fysioterapeut og barnevernspedagog var bakgrunnen til instruktørene som ledet de ulike kursene i denne studien.

CWD (Coping With Depression course) er godt dokumentert med tanke på å forebygge og redusere depresjon (84, 99). Den norske versjonen av CWD, KID (kurs i depresjonsmestring), har vist seg å redusere symptomer på unipolar depresjon med en vedvarende effekt etter oppfølging etter 12 måneder (102). KIB (kurs i mestring av belastning), er en modifisert etterfølger av KID. Og det er nå utført en randomisert studie av KIB som tidligere nevnt (17). Kurset er basert på kognitiv atferdsteori slik den ble formulert av A. Beck og A. Ellis og senere av J.Beck (83). I tillegg er det benyttet kunnskap om stress, belastning og mestring som blant annet er utviklet på grunnlag av Kapland, Endler og Parker (18- 20). Kognitiv atferdsteori er opptatt av hvordan vi tolker smerter og andre belastninger, og våre oppfatninger om evnen til å utøve kontroll over smertene og valg av mestringsstrategier (22). Kognitiv atferdsterapi har vist positiv effekt både på depresjon, angst, arbeidsgrad og smerter (93). KIB kurset er beregnet på de som opplever ulik art av belastning i livet (relasjoner, sykdom, arbeidsledighet, sorg, totalbelastning), og målet er at deltakerne ved hjelp av kognitiv tilnærming skal lære seg å mestre egne belastninger i livet bedre. Kurset går over 8 samlinger/ uker á 2,5 timer pr. gang og 2 oppfølgingssamlinger á 1,5 timer etter henholdsvis 4 og 12 uker etter kursslutt. Til sammen 10 kurssamlinger. Det kan delta inntil 15 personer på hvert kurs og minimum 8. Dette er et strukturert opplegg som bygger på et utarbeidet hefte der det blir gjennomgått ett kapittel for hver samling. De ulike kapitlene i heftet tar for seg tema som er tenkt relevante, og har form som undervisning med gradvis økt deltakelse fra deltagerne. Kurset starter med kapittel 1 og en modell som beskriver sammenhengen mellom belastning, mestring og stress. Videre i kapittel 2 beskrives det hvordan opplevelsen av de belastningene vi opplever i livet blant annet er avhengig av hvilke tanker og tolkninger vi gjør oss i forhold til de belastningene vi står i. Et av hjelpespørsmålene her kan være; «hva ville du sagt til din beste venn i en liknende situasjon?». Det legges vekt på at målet ikke er å tenke positivt men realistisk. Kapittel 3 tar for seg om endring av vår automatiske tanker er mulig og i tillegg ulike mestringsstrategier for endring. Kapittel 4 har som hovedtema hvordan våre handlinger påvirker våre følelser.

Kapittel 5 fokuserer på hvordan vi kan øke hyggelige aktiviteter, og kapittel 6 legger vekt på betydningen av kontakt med andre mennesker. I kapittel 7 er hovedtema hvordan kontakten med andre kan forbedres og det siste kapittelet ser på hvordan kurset kan brukes videre. Hovedmålet med kurset er å oppdage sammenhenger mellom egne tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd ved blant annet å lære ABC modellen som nettopp peker på denne sammenhengen. (A = activating event/situasjon, B= beliefs/ tanker og tolkninger av situasjonen og C= consequence/ konsekvensen og følelsene som tolkningen gir). Den «kognitive diamanten» (Figur 3), viser denne sammenhengen. Fokus på kurset er «her og nå», men kursheftet tar også opp betydningen av *grunnleggende leveregler*. De automatiske tankene våre som dukker opp «her og nå» kommer fra tidligere erfaringer, og kognitiv atferdsterapi kaller disse tidligere erfaringene som i stor grad former vår automatiske tenkning for grunnleggende leveregler.



Figur 3. Den «kognitive diamanten» beskriver sammenhengen mellom kropp, tanker, følelser og adferd og hvordan de alle påvirker hverandre og henger sammen.

Hensikten med å lære om denne modellen, er å kunne bruke den i ulike situasjoner i eget liv. Det er ikke gruppeterapi der det forventes at de som deltar må fortelle om sine tanker og følelser, men det oppfordres til å bidra med egne erfaringer hvis man ønsker. Etter hver kurssamling gjennomgår kursleder hjemmearbeidet til neste gang, og det legges vekt på at hjemmearbeidet anses som en svært viktig del av kurset for å få mest mulig utbytte. (18, 23).

3.3 Utvalg og rekruttering

Studien er gjort på initiativ fra undertegnede som jobber i arbeidsmarkedsbedriften Sens AS. KIB er et mestringskurs som blant annet tilbys ved flere arbeidsmarkedsbedrifter i Norge, og i denne studien er det gjennomført datainnsamling fra til sammen 8 KIB kurs i perioden januar 2015 til juli 2016. Innsamlingen er hentet fra 2 kurs ved Fretex Øst- Norge i Oslo, 1 kurs ved Fretex Øst- Norge i Drammen, 1 kurs ved Nøtterøy Frisklivssentral, 2 kurs fra IA senteret til Nav i Ålesund og 2 kurs fra Sens AS. Fretex- Øst Norge Oslo, Fretex Øst- Norge Drammen og Sens AS er arbeidsmarkedsbedrifter som jobber med arbeidsinkludering på oppdrag fra NAV.

KIB instruktører har opprettet en egen Facebook gruppe for erfaringsutveksling. Deler av utvalget ble indirekte rekruttert fra instruktører som meldte sin interesse for å delta med sine allerede planlagte kurs. IA senteret ved Nav Ålesund, frisklivssentralen på Nøtterøy og Mjøs Anker meldte sin interesse. De fikk informasjon om hva studien ønsket å undersøke, og var motivert for å delta med sine påfølgende kurs. Instruktørene fra frisklivssentralen på Nøtterøy og IA senteret ved Nav Ålesund ønsket å delta videre i studien, men Mjøs Anker fikk ikke deltatt på grunn av misforståelser i forhold til oppstartsdato av nytt kurs. Fretex Øst- Norge Oslo var undertegnedes arbeidssted fra 2008- 2014, og Sens AS er nåværende arbeidssted. Undertegnede tok derfor kontakt med Fretex Øst- Norge Oslo og tidligere kollega og medkursholder, for å høre om de var interessert i å delta i studien. De var interessert i dette, og informerte samtidig om at Fretex Øst- Norge i Drammen også skulle starte opp kurs. Undertegnede sendte en forespørsel til kursholder i Drammen og de var også positive til å bidra til studien med sitt neste kurs. Ved eget arbeidssted Sens AS, fikk undertegnede godkjenning av teamleder til å gjennomføre studien ved egne kurs. Ved alle kursstedene var kursdato allerede avtalt og gjennomføringen av kurs planlagt. Deltakere ved 3 ulike arbeidsmarkedsbedrifter i Oslo regionen, en frisklivssentral på Nøtterøy og et IA senter ved Nav i Ålesund deltok med andre ord i studien.

Jeg har fram til nå beskrevet hvordan undertegnede rekrutterte sitt utvalg i studien gjennom å finne instruktører som var interessert i å delta med sine kurs. Jeg vil nå beskrive rekrutteringen til de ulike kursene. Ved arbeidsmarkedsbedriftene Fretex Øst- Norge Oslo/ Drammen og Sens AS er deltakerne søkt inn på ulike tiltak via Nav.

Rekrutteringen av deltakerne skjedde med andre ord innenfor et tiltak kursdeltakerne allerede var søkt inn i fra NAV. Informasjon om kurstilbudet ble gitt av de ulike veilederne ved arbeidsstedet i samtale med sine deltakere, og på andre måter via brosjyrer på arbeidsplassen og informasjon på fellesmøter. Det var frivillig å delta på kurs uansett hvilket tiltak deltaker var søkt inn. Deltakerne betalte 200 kr ved Fretex i Oslo, men ingenting ved Fretex Drammen og Sens AS.

Det er fastlegen som henviser til frisklivssentralene. Kurset var et tilbud som frisklivssentralen på Nøtterøy ønsket å tilby, og de reklamerte for dette ut mot fastlegene og via frisklivssentralens ulike kanaler. Deltakerne betalte 400 kr for å delta.

IA senteret ved Nav Ålesund hadde leid inn kursholdere som ikke hadde noe med den innledende rekrutteringen av deltakerne å gjøre. Det var Nav som reklamerte for kurset opp mot aktuelle bedrifter de hadde et samarbeid med. Kurset kostet 8000 kr pr deltaker for Nav, og deltakerne betalte ingenting hvis de fullførte kurset.

Inklusjonskriteriene var en alder mellom 18-62 år, at de sa seg villige til å være med og var innforstått med at det innebar noen hjemmeoppgaver mellom hver samling. I utgangspunktet var det et inklusjonskriterie at utvalget i studien skulle motta AAP (arbeidsavklaringspenger). For å få nok respondenter til studien, ble dette imidlertid sett bort i fra. De som deltok hadde sykepenger, arbeidsavklaringspenger og ordinær lønn uten stønad.

Eksklusjonskriterier var manglende norskkunnskaper og nedsatt psykisk funksjon. Det er en forutsetning for deltakelse på kurset at kursdeltakerne forstår det som blir sagt av kursinstruktørene, kan lese i kursheftet og utføre hjemmeoppgavene mellom hver kurssamling. Det gjøres også en vurdering med tanke på deltakeres psykiske funksjonsevne spesielt med tanke på konsentrasjon, utholdenhet og evne til å delta i en gruppesetting. I tillegg benyttes scoringsverktøyet BDI (Becks depression inventory) som gir en indikasjon på depresjonsdybde og eventuell selvmordsfare. Når denne scoren er for høy, vurderes deltakelse på kurset sammen med deltaker og en eventuell behandler. Det viste seg i ettertid at IA sentert i Ålesund ikke benytter BDI som scoringsverktøy. De vurderer uansett depresjonsdybde og selvmordsfare basert på faglige vurderinger og erfaring.

3.4 Måleinstrument

3.4.1 SOC-13- mål på mestringsressurser

Sense of coherence (SOC), oversatt til opplevelse av sammenheng (OAS), var svaret på Antonovsky sitt spørsmål; hva er helsens opprinnelse? For å måle dette begrepet, operasjonaliserte han teorien om SOC i form av et standardisert selvrapporteringskjema SOC- 29 som opprinnelig hadde navnet «orientation to life questionnaire» (60). Spørreskjemaet ble første gang publisert i hans bok i 1987 (59). Hensikten var i første omgang å teste den sentrale hypotesen om det var en sammenheng mellom en persons SOC og helsetilstand (6). SOC er benyttet på minst 33 språk i 32 land med minst 15 varianter av skalaen (60). Antonovsky utviklet også en kortere form av SOC- 29, SOC- 13. Dette er de to originale SOC-skjemaene, og begge har blitt testet for validitet og reliabilitet i flere studier (24, 60).

Det er SOC-13 som er benyttet i denne studien. Instrumentet består av 13 påstander, og responsalternativene skåres langs en 7- delt likert skala med motstridende utsagn (61). Respondenten kan identifisere seg med eller ikke, ved å sette ring rundt skåremulighet 1- 7. Man beregner skåren ved å summere poengene for hver enkelt påstand, men fordi 5 av spørsmålene i SOC-13 er stilt negativt må disse svarene først reverseres før sumskår angis. Spørreskjemaet er bygget opp av de tre delkomponentene i SOC; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Komponentene begripelighet representeres ved 5 påstander (skår mellom 5- 35), håndterbarhet ved 4 påstander (skår mellom 4- 28) og meningsfullhet ved 4 påstander (skår mellom 4- 28). Den totale poengsummen for SOC- 13 er fra laveste poeng 13 til høyeste 91. En høy skår indikerer en sterk SOC, god helse og god tilgang på mestringsressurser. En lav skår indikerer en svak SOC, nedsatt helse og nedsatt tilgang på mestringsressurser (6, 29).

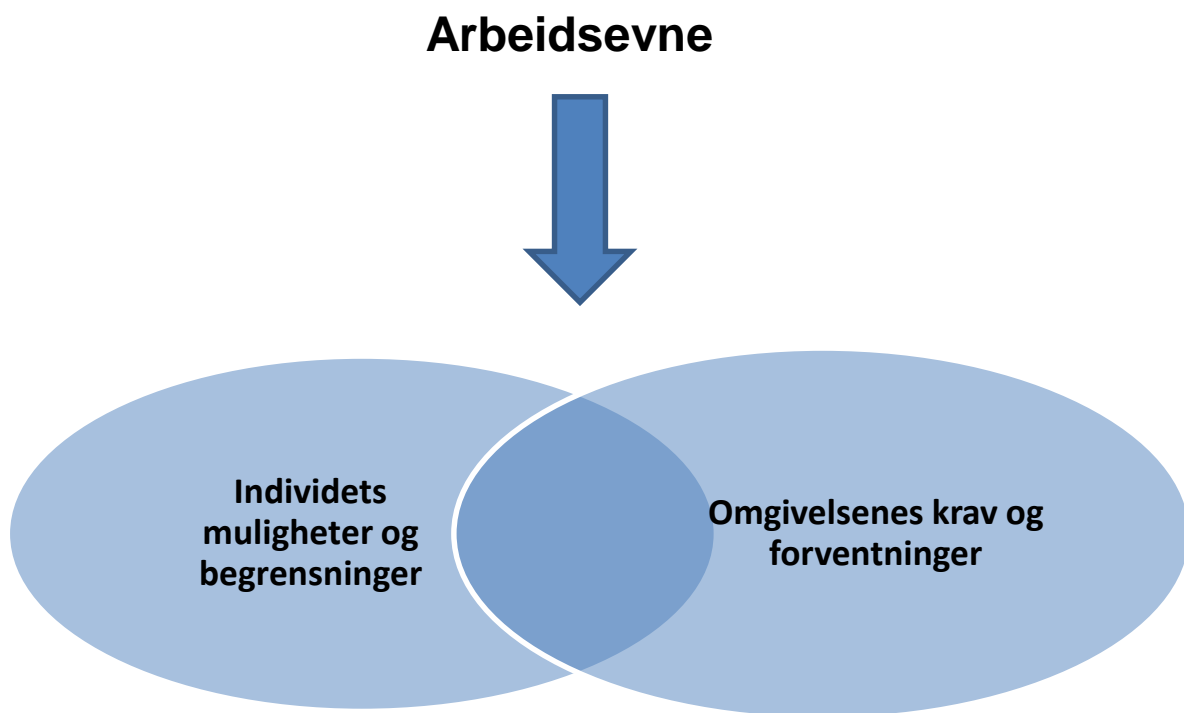
3.4.2 AEI- mål på arbeidsevne

Arbeidsevne kan ikke måles på kun en objektiv måte med ett enkelt verktøy.

Arbeidsevneindeks (AEI), er et mål på hvordan den enkelte har det i sitt arbeid, og i hvilken grad individets ressurser står i samsvar med arbeidets krav. Den er utarbeidet av Illmarinen og benyttes i 22 land, og er oversatt til norsk ved Øverby helsesportsenter (25, 72).

Spørreskjemaet kan anvendes i samarbeid mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste og primærlege for forebygging og økt inkludering i arbeidslivet (26).

Arbeidsevneindeksen (AEI) er en metode som bygger på mange års finsk og internasjonal forskning. I Finland brukes den innen bedriftshelsetjenesten (BHT), som et hjelpemiddel for å fremme arbeidsevne, og er arbeidstakerens egen vurdering av sin arbeidsevne.



Figur 4. En grov skisse som viser arbeidsevnen som det området der individets muligheter og begrensninger overlapper med omgivelsenes krav og forventninger.

Det finske arbeidsmiljøinstituttet har gjort oppfølgingsundersøkelser som viser at AEI kan forutsi forandringer i arbeidsevne innen forskjellige yrkesgrupper. Det har blitt utviklet en modell for forbedring av arbeidsevne basert på erfaringene fra intervensjonsprosjekter, og disse deles inn i fire tiltaksområder. 1) Individets funksjonelle kapasitet, 2) Fysisk arbeidsmiljø, 3) ledelse/ organisasjon og 4) profesjonell kompetanse (72).

Arbeidsevneindeksen blir bestemt ut i fra svarene som gis på en serie spørsmål. Disse spørsmålene berører arbeidets fysiske og mentale krav, arbeidstagerens helsetilstand og ressurser. Indeksen blir angitt med et poengtall mellom 7- 49, og er et tall på arbeidstakerens egen oppfatning av sin arbeidsevne. Tiltak på bakgrunn av poengsum foreslås: 7- 27- svak, gjenopprette arbeidsevne, 28- 36- moderat, forbedre arbeidsevne, 37- 43 god, styrke arbeidsevne, 44- 49 utmerket, opprettholde arbeidsevne (72).

I denne oppgaven har jeg på bakgrunn av studiens omfang, valgt å ta med kun ett enkeltspørsmål om opplevd arbeidsevne i analysene. «*Den nåværende arbeidsevnen sammenlignet med når det var på sitt beste*». Skår angis på en skala fra 0- 10, der 0 er «helt uten evne til å arbeide» og 10 er «arbeidsevne på sitt beste». Det ble benyttet 4 av spørsmålene i spørreskjemaet, men kun ett i analysene. Dette spørsmålet er også tatt med i AIR (Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering) sine forslag til tverrfaglige modeller (71).

3.4.3 Reliabilitet og validitet

En av de store fordelene med kontrollerte studier, er at man ved hjelp av randomisering og blinding sørger for en rettferdig sammenlikning av intervensjoner som undersøkes. Slike forsøk er “gullstandarden” innenfor klinisk forskning, og vi sier at en slik studie har *høy intern validitet*. De samme studiene kan ofte sies å ha *lav ekstern validitet*, fordi man har inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier som gjør at utvalget ikke nødvendigvis kan generaliseres til å gjelde alle (21). En longitudinell studie som denne oppgaven har utført, har både en *lav ekstern* og *intern* validitet fordi det var en utvalgt gruppe med inklusjon- og eksklusjonskriterier, som i tillegg ikke var blindet og randomisert.

Reliabilitet handler om i hvilken grad et måleinstrument er fri fra tilfeldige feil (62). Eller sagt på en annen måte, måler det den sier den skal måle og dermed kan etterprøves. Reliabiliteten påvirkes også av kvaliteten på utførelsen av bearbeidningen av datainnsamlingen, men det er noe jeg velger og ikke gå ytterligere inn på i denne oppgaven. For å kunne si noe om i hvilken grad måleinstrumentet som er benyttet har høy reliabilitet med tanke på samsvar mellom svar og spørsmål, kan man måle intern konsistens også kalt *Cronbachs alpha*. Denne kan vise mellom 0 og 1, og verdier over 0,7 anses som akseptable (62). I denne oppgaven viste Cronbachs alfa 0,92 for SOC-13. En oversiktsstudie viser at Cronbachs alfa varierer mellom 0,7- 0,92 for SOC-13 (76).

3.5 Datainnsamling- praktisk gjennomføring

Kursdeltakerne ble bedt om å fylle ut et selvrapporteringsskjema av sine kursinstruktører i forkant av kursstart (T1), ved avslutning av kursets hoveddel etter 8 uker (T2) og etter ytterligere 12 uker på kursets siste av to oppfølgingsganger (T3). Bakgrunnsvariablene ble kun fylt ut i forkant av kursstart. Undertegnede kommunisert med kursinstruktørene på mail og telefon med tanke på gjennomføringen av datainnsamlingen. Deltakerne på kursene hadde meldt seg på frivillig, og det var allerede planlagt kurs før studien startet opp. I forkant av hvert kurs holdes en forhåndssamtale med alle kursdeltakerne. Dette gjøres blant annet for å sikre seg en felles forståelse av hva kurset handler om, og for at begge parter skal kunne vurdere om dette er egnet kurs. I denne forhåndssamtalen fikk kursdeltakerne ved hvert kurssted, spørsmål om de ønsket å delta i studien. Det ble lagt vekt på at dette var frivillig, at besvarelsene ville være anonyme i studien og at det ikke hadde noe å si for kursdeltakelse hvis de ikke ønsket å delta i studien.

De som ønsket å delta i studien ble bedt om å komme 15 minutter før oppstart første kursgang. Ved IA senteret Ålesund delte kursholder ut spørreskjemaene under forhåndssamtalen, og deltakerne leverte skjemaet første kursgang. Dette ble gjort fordi flere av kursdeltakerne opplevde at det var vanskelig å komme 15 minutter før kursstart. Innsamlet data ble for det meste sendt pr post, bortsett fra ved Fretex Øst- Norge Oslo ved T1 og Sens AS ved alle målinger, da undertegnede samlet direkte inn.

T3 ble satt til 3 måneder etter kursslutt fordi dette er et anbefalt tidspunkt å ha siste oppfølgingsgang. Det viste seg imidlertid at flere kursholdere valgte å ha dette tidligere. Undertegnede sendte derfor ut spørreskjema med svarkonvolutt og betalt porto et par dager i forkant av 3 måneder, der dette var tilfelle.

3.6 Statistisk analyse

For statistisk analyse, ble data lagt inn i SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versjon 22. SPSS fil med data ble lagret på serveren ved UIO, og kun undertegnede hadde tilgang til datamaterialet. Plotting av data og statistiske beregninger ble utført av samme person. Det ble registrert missing data på seks item i SOC-13 og ett item for en person i spørsmål om arbeidsevne. På bakgrunn av veiledning, valgte jeg å plote inn gjennomsnittet av de resterende 12 spørsmålene i SOC-13 ved de 6 tilfellene av missing. For arbeidsevne valgte jeg å plote inn samme registrering som målingen før. Ved besvarelser der respondenten hadde satt ring rundt to ulike alternativer, ble gjennomsnittet registrert. Statistiske beregninger ble gjort i tråd med retningslinjer og anbefalinger (62). Det ble ikke utført styrkeberegninger for denne studien da det ble tatt utgangspunkt i en totalpopulasjon for en gitt tidsperiode. Signifikansnivået ble satt til p- verdi $\leq 0,05$.

Jeg startet med å lage kodebok i SPSS for innsamlet data. De 13 svarene i SOC-13, ble slått sammen til en verdi ved de tre målingene T1, T2 og T3. Det samme ble gjort for de tre delkomponentene av SOC. Sivilstatus ble angitt med et åpent felt, og de 6 ulike svaralternativene som kom inn ble fordelt i kategoriene singel og partner. Udanningsnivået ble også slått sammen i to kategorier grunnskole og høgskole/ universitetsutdanning.

Arbeidssituasjonen ved oppstart hadde i utgangspunktet tre kategorier, men disse ble slått sammen til to, ordinært lønnet arbeid og praksis/ annen aktivitet. Alder ble dikotomisert i to kategorier, og det ble laget en ny variable med to kategorier for hvor deltakerne hadde tatt kurset, ved en arbeidsmarkedsbedrift eller IA senter ved NAV/frisklivssentralen. Nye variabler for endring mellom to måletidspunkt ble laget for SOC-13 og arbeidsevne. Endringen i arbeidsevne ble senere dikotomisert.

Deskriptiv statistikk som antall, gjennomsnitt og standardavvik, ble brukt for å beskrive datamaterialet. Før valg av statistiske analyser ble de ulike variablene undersøkt med tanke på normalfordeling der målenivået var kontinuerlig. Normalfordeling ble vurdert visuelt ved hjelp av histogram, men også kontrollert med *Kolmogorov-Smirnov* test (Normalfordeling når p -verdi $\geq 0,05$).

For normalfordelte data ble *Paired sample test* (paired t-test) brukt for å analysere endringer/ forskjeller i gjennomsnittskår mellom to måletidspunkt. Der data ikke var normalfordelt ble *Wilcoxon signed rank test* benyttet. Dette er en *ikke-parametrisk* og mer robust test med tanke på ekstremverdier enn det en *parametrisk* test er.

For å beskrive den statistiske sammenhengen mellom to variabler, ble korrelasjonsmålet *Pearsons r* benyttet. *Pearsons r* angir hvor sterk lineær sammenheng det er mellom to kontinuerlige variabler, eller en kontinuerlig og en kategorisk variabel, og graderes mellom -1 og 1. Der data ikke var normalfordelt ble *Spearman rho* benyttet. Graderingen beskriver styrken og retningen i denne sammenhengen mellom variabler, der minus (-) angir en negativ sammenheng og pluss (+) en positiv sammenheng. Denne studien benyttet følgende korrelasjonsgradering, liten: 0,10 til 0,29- medium: 0,30 til 0,49- stor: 0,50 til 1, 0 (70).

Lineær regresjon ble benyttet for normalfordelte data, for å beskrive sammenhengen mellom en avhengig variabel kontrollert for uavhengige variabler. Regresjonsanalysen oppga både ujusterte og justerte effekttestimat med spredings- og signifikansverdi, og normalverdien for residualene ble kontrollert. *Independent sample t-test* (t-test) ble brukt for å sammenligne gjennomsnittskår mellom to grupper på et tidspunkt. Der data ikke var normalfordelt ble *Mann-Whitney U-test* benyttet.

3.7 Litteratursøk

Litteratursøk er basert på elektroniske søk i medisinske databaser som PubMed og Helsebiblioteket. Det ble søkt etter oversiktsstudier som viser til det samlede kunnskapsgrunnlaget innenfor de ulike temaene med kombinasjoner av søkeord. For eksempel Sense of Coherence scale, SOC- 13 and systematic review. Det ble også brukt søkeord som salutogenesis, stay at work, return to work. I tillegg har jeg lest litteratur i bokform og brukt referanselister fra oversiktsstudier, doktorgradsarbeid og annen litteratur innenfor aktuelle tema.

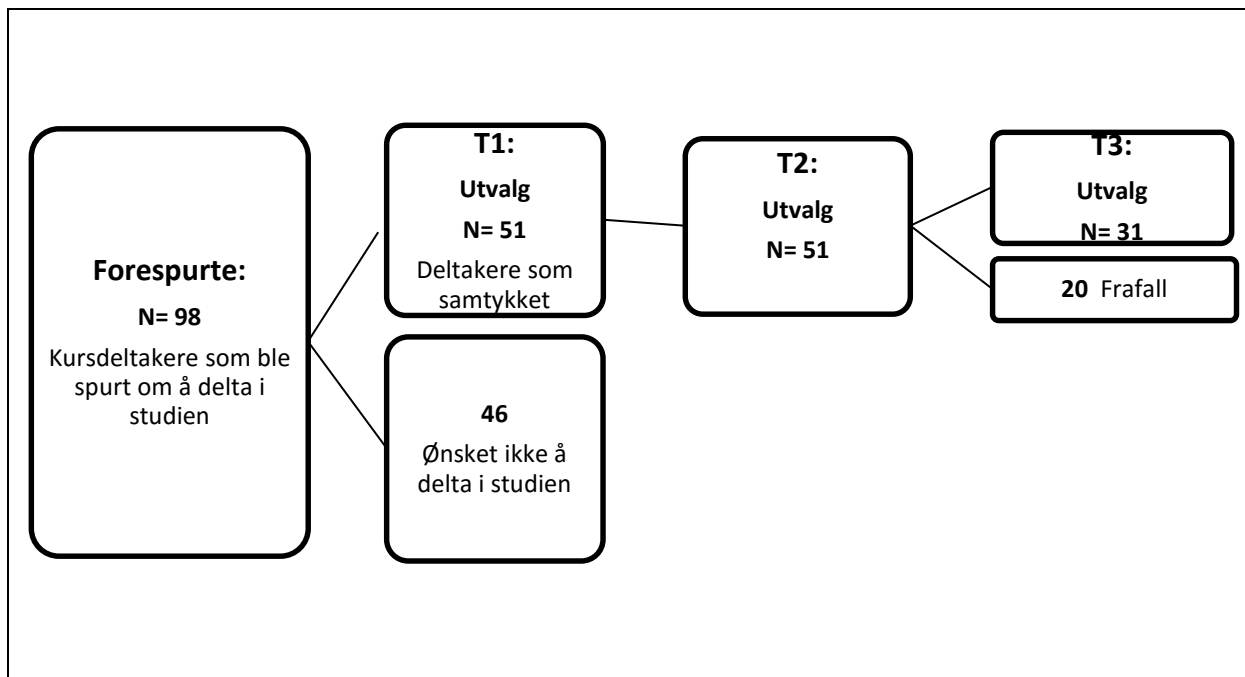
3.8 Forskningsetiske vurderinger

Det ble gjort en vurdering om at søknad til Regional Etisk Komité ikke var nødvendig, på bakgrunn av tilbakemeldinger ved lignende studier. Prosjektet ble tilrådd av personvernombudet ved Norsk senter for forskningsdata, NSD (saksnr.50279), (Vedlegg1). Kursdeltakerne skrev under på informert samtykke om å delta i forskningsprosjektet før kursstart (Vedlegg 2). Navnet på kursdeltakerne står skrevet på spørreskjemaene. Personvernet er imidlertid ivaretatt ved at alle data er aidentifisert ved innleggelse i SPSS. Kodeliste som knytter personopplysninger til de aidentifiserte data, er registrert på papir og oppbevart separate i nedlåst arkivskap på undertegnede arbeidsplass der kun undertegnede har nøkkel. Alle data vil bli slettet innen 31.12.17.

4 Resultater

Flytdiagram

98 kursdeltakere ble spurt om å delta i studien. Av disse var det 51 som samtykket i å delta, og 46 som ikke ønsket det. Det var frivillig å delta både på kurset og i studien, og det ble derfor ikke spurt om årsaken til at de ikke ønsket å delta. Av de 51 som deltok ved første måling (T1), var det ikke frafall til andre måling (T2). Frafallet til siste måling (T3), var 20 respondenter. Det er ikke gjort systematiske registreringer av årsakene til frafallet, men 4 svarskjema måtte strykes fra studien fordi kursinstruktøren kun hadde kopiert på en side av arket uten å oppdage dette før svarene ble sendt. For de resterende 16 vet vi at mangel på besvarelse i stor grad skyldes at de sluttet på kurset av ulike årsaker. Vi vet at minst to fikk jobb, men utover dette er årsakene til frafallet usikkert.



Figur 5. Flytdiagram som viser utvalget ved T1 (oppstart), T2 (Etter 8 uker- kursslutt) og T3 (3 måneder etter kursslutt/ siste av to oppfølgingsganger).

Beskrivelse av utvalget

Tabell 1 viser fordeling av utvalget i forhold til de demografiske variablene alder, kjønn, sivilstatus, utdanning, helsemessige utfordringer, arbeidssituasjon ved oppstart, stønad og hvor de har tatt kurset. Spørsmål om demografiske variabler ble kun gjort ved første måling (T1). Gjennomsnittsalder var 44,8 år med en variasjonsbredde på 26-62 år. 23,5 % menn og 76,5 % kvinner. 52,9 % hadde en partner og 47,1 % var single. Alle respondentene hadde fullført utdanning på grunnskolenivå, og 37,3 % hadde i tillegg fullført en høyskole eller universitetsgrad. Av helsemessige utfordringer rapporterte 23,3 % å ha en psykisk lidelse, 11,8 % muskel-/ skjelettplager og 9 % at de var plaget med begge. 43,1 % svarte at det var noe annet enn muskel-/ skjelettplager og psykiske lidelser. Her var det satt inn et åpent felt for kommentarer og disse var som følger: *diabetes type 1, vært under behandling for brystkreft og fått fatigue, jeg jobber vanlig i min 70 % og er ikke sykmeldt, har vært rusmisbruker i 15 år, utbrent/panikk og psykosomatiske plager, magerelatert/nyrer og luftveisplager, sykmeldt grunnet stress, kroppslig, hodeoperasjon, hovner opp i hendene, vanskelig tid i livet, et liv i rus, utmattet, 100% i jobb, påkjennning etter sykt barn/ mann, stressrelatert svimmelhet, mann døde brått, ulcerøs colitt, kronisk sykdom og migrene, hjerneblødning, overvekt, opptrening etter kreft.* Svært mange av disse kommentarene kommer innunder muskel-/ skjelett plager/ lidelser og psykisker plager/ lidelser. Det ble videre spurt om arbeidssituasjonen ved oppstart. Her svarte 35,3 % at de var i lønnet arbeid, 43,1 % praksis og 19,6 % annen aktivitet. 64,7 % oppga at de mottok AAP(arbeidsavklaringspenger), 4 personer (8 % mottok) sykepenger og 1 person (2 %) KVP (kvalifiseringspenger).

Det er flere årsaker til at jeg ønsket å legge til variabelen *kurssted*, og dette kommer jeg tilbake til i diskusjonen. Men verdt å merke seg er at de fleste ved IA senteret/ frisklivssentralen hadde en tilknytning til lønnet arbeid i større eller mindre grad, og for de som deltok via en arbeidsmarkedsbedrift var praksis eller annen aktivitet og AAP situasjonen for de aller fleste.

Tabell 1. Demografiske/ beskrivende data for utvalget i studien.

	Gj. Snitt	(min-maks)	Antall	Prosent, %
			N	
Alder	År		51	
	44,8	(26-62)		
Alder			51	
18- 44 år			26	51
45- 62 år			25	49
Kjønn:			51	
Menn			12	23,5
Kvinner			39	76,5
Sivilstatus			51	
Partner			27	52,9
Singel			24	47,1
Utdanning			51	
Grunnskole			32	62,7
Høyskole/ Universitet			19	37,3
Helsemessig utfordring			49	
Muskel/skjelett			6	11,8
Psykisk lidelse			12	23,5
Begge			9	17,6
Annet			22	43,1
Arbeidssituasjon ved oppstart			51	
Ordinært lønnet arbeid			19	37,3
Praksis			23	45,1
Annen aktivitet			9	17,6
Arbeidssituasjon ved oppstart			51	
Ordinært lønnet arbeid			19	37,3
Praksis / annen aktivitet			32	62,7
AAP	Mnd		38	
(arbeidsavklaringspenger)	27,3	(1-84)	33	64,7
Hvis du får AAP, hvor lenge?				
Sykepenges			4	8
KVP			1	2
(kvalifiseringspenger)				
Kurssted			51	
Arbeidsmarkedsbedrift			32	62,7
NAV IA senter/ Frisklivssentral			19	37,3

SOC og arbeidsevne- endring over tid

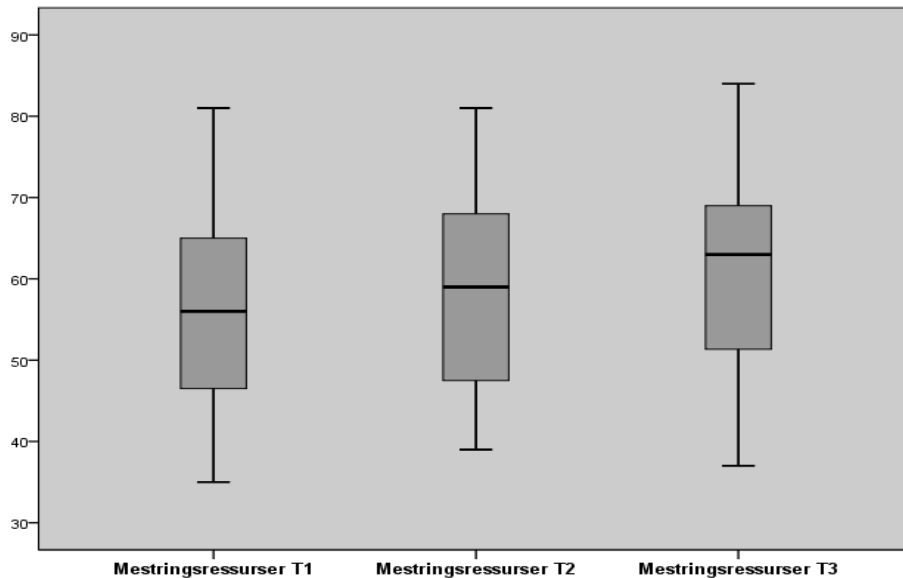
Gjennomsnittlig skår for SOC-13 var ved T1 56,73 med standardavvik (SD) på 12,59 og variasjonsbredde fra 35- 81. For arbeidsevne var skår for gjennomsnitt 4,75 med (SD) 2,61 og variasjonsbredde 0- 10. Begge variablene viser en statistisk signifikant økning over tid. (Se Tabell 2). SOC-13 har større signifikansverdi fra T1-T3 enn T1-T2. Det samme gjelder for delkomponenten *håndterbarhet*. Delkomponenten *begripelighet* øker ved hver måling, men viser ingen statistisk signifikant økning. Det samme gjelder for *meningsfullhet*, men denne komponenten øker i mindre grad enn *begripelighet*.

Tabell 2. Gjennomsnittlig skår på mestringsressurser (SOC-13), de tre delkomponentene og arbeidsevne ved T1, T2 og T3. P- verdien viser statistisk sigifikans for endring.

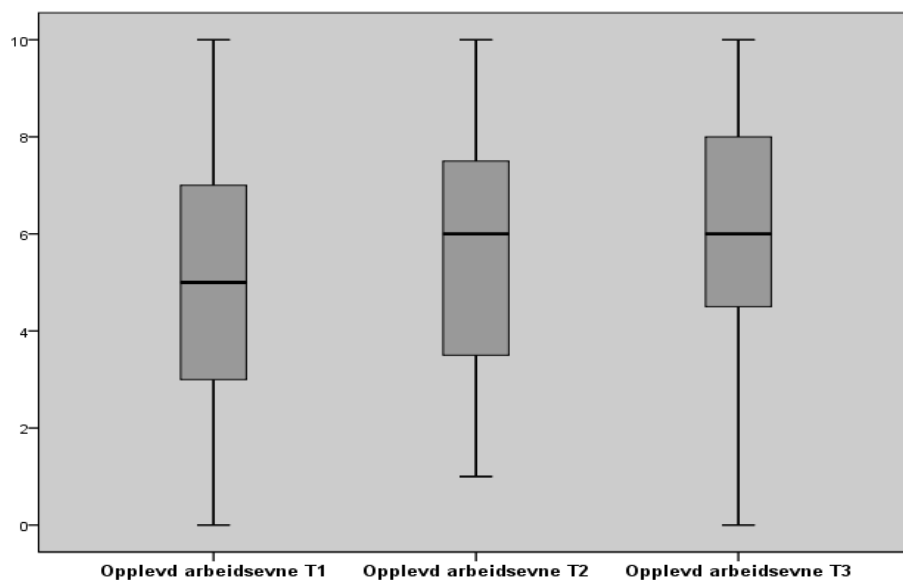
	T1	T2	T1-T2	T3	T1-T3
	Gj.snitt (+/- SD)	Gj.snitt (+/-SD)	<i>p-verdi</i>	Gj.snitt (+/-SD)	<i>p-verdi</i>
	min/max	min/max		min/max	
SOC-13/ Mestringsressurser	56,73 (12,59)	58,76 (12,43)	0,030	61,09 (14,00)	0,017
	35/81	37/84		37/84	
Begripelighet	20,75 (5,82)	21,45 (5,75)	0,132	22,81 (6,47) *	0,063
	10/32	11/32		9/34	
Håndterbarhet	16,62 (4,62)	17,60 (4,60)	0,045	18,49 (4,15)	0,003
	8/26	8/25		11,70/25	
Meningsfullhet	19,36 (4,22)	19,70 (4,20)	0,449	19,79 (4,76)	0,553
	12/28	10,40/28		12/27	
Den nåværende arbeidsevnen 1-10	4,75 (2,61) *	5,43 (2,32)	0,003	5,82 (2,57) *	0,010
	0/10	1/10		0/10	

*ikke normalfordelte data

Figurene under gir et bilde av utvalgets fordeling ved de tre måletidspunktene. De viser gjennomsnitt, min/ maks verdier og boksen beskriver 50% av utvalgets gjennomsnittlige skår for SOC-13 ved T1, T2 og T3 (Figur 6), og opplevd arbeidsevne ved samme målinger (Figur 7). Figurene viser en stigning som samsvarer med tallene i tabell 2.



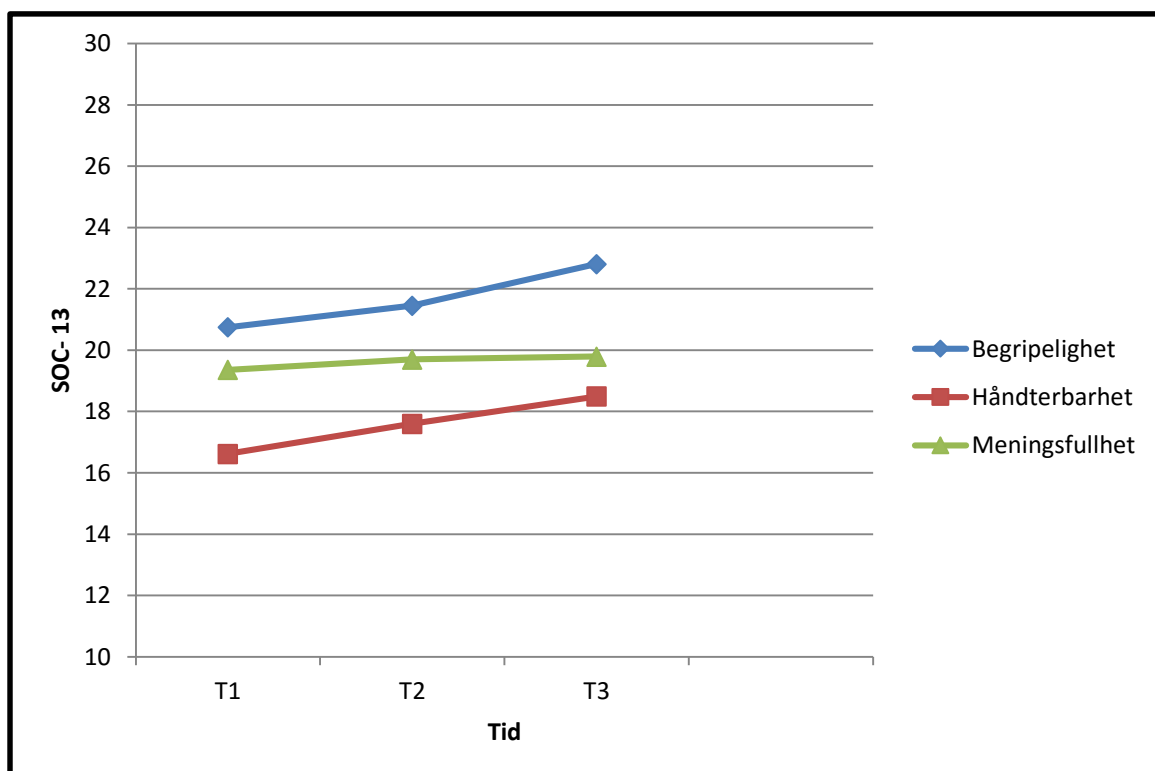
Figur 6. Box plot som viser utvalgets fordeling av SOC-13/ mestringsressurser ved T1, T2 og T3.



Figur 7. Box plot som viser utvalgets fordeling av opplevd arbeidsevne ved T1, T2 og T3.

- I. **H₀**= Deltagelse på KIB gir ingen endring i mestringsressurser. Resultat: *P*- verdi = 0,030 (T2) og 0,017 (T3). Liten sannsynlighet for at vi feilaktig forkaster nullhypotesen. Jeg forkaster dermed nullhypotesen.
- II. **H₀**= Deltagelse på KIB gir ingen endring i opplevd arbeidsevne. Resultat: *P*- verdi = 0,003 (T2) og 0,010 (T3). Liten sannsynlighet for at vi feilaktig forkaster nullhypotesen. Jeg forkaster dermed nullhypotesen.

De tre delkomponentene i SOC- 13 viste alle en økning fra T1- T2 og T1- T3. Den innbyrdes variasjonen illustreres i figur 8. Det er verdt å merke seg at de ulike delkomponentene har ulikt antall spørsmål. Det betyr at total sum skår for hver enkelt komponent varierer. Det vil si at maks skår for *begripelighet* var 35, og 28 for *meningsfullhet* og *håndterbarhet*. At *begripelighet* ligger høyest fra start og har høyest skår ved alle målingene, er derfor som forventet. Av figuren ser man at *meningsfullhet* ligger høyere enn *håndterbarhet* ved start, men at *håndterbarhet* og *begripelighet* øker mer mellom målingene, og til og med en anelse mer fra kursslutt (T2) til siste måling (T3), enn fra kursstart (T1) til T2.



Figur 8. Tidsserieplott som viser gjennomsnittsverdien til delkomponentene i SOC-13; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet ved T1, T2 og T3.

Sammenheng mellom endring i SOC og arbeidsevne

Med SOC-13 ved T3 som *avhengig variabel*, har jeg ved hjelp av *lineær regresjon* undersøkt om det finnes noen variabler i mitt materiale som kan assosieres med endringen i SOC-13. Jeg startet med å lage en *korrelasjonsmatrise* for alle variablene jeg hadde valgt å ta med i denne studien. Jeg så etter variabler som var signifikante (p - verdi $\leq 0,05$ med en korrelasjon $\geq 0,2$). Matrisen viste at *arbeidsevne* hadde en signifikant korrelasjon til SOC- 13 ved alle tre målingene, og at *alder* var signifikant assosiert med SOC-13 ved T1. På bakgrunn av tidligere studier og denne matrisen, valgte jeg derfor å kontrollere for *arbeidsevne* og *alder*. SOC-13 var normalfordelt og jeg benyttet en *lineær regresjon*. Jeg analyserte korrelasjonen SOC-13 ved siste måling (T3), opp mot arbeidsevne ved kursstart (T1) og fikk det ujusterte effektestimater for arbeidsevne, 2,6 (Tabell 3). Jeg kontrollerte først for *alder*, og det viste en tydelig reduksjon i effekt for arbeidsevne 0,5, og ikke lenger signifikant. Effektestimater for alder viste 2,8 og signifikant. Dette var modell 1 med den første justerte effekten. Dette viste at alder assosieres med SOC-13 ved T3. For å se på *endringen* i SOC-13 justerte jeg til slutt for SOC-13 ved kursstart (T1). Justerte estimat i modell 2 viser at verken arbeidsevne (T1) eller alder er signifikant assosiert for *endring* av SOC-13.

Tabell 3. Assosierte verdier for SOC-13 ved T3. Ujusterte og justerte effektestimater med spredning (β 1). Modell 2 viser endring av SOC-13 mellom T1 og T3.

SOC-13/ T3	Ujustert effekt p -verdi	Justert effekt modell 1 p	Justert modell 2 p
	β 1 (95%)	β 1 (95%)	β 1 (95%)
Arbeidsevne 1	2,6 (0,8-4,4) 0,005		
Alder		2,8 (1,1- 4,5) 0,002	
Arbeidsevne 1		0,5 (-0,03- 0,9) 0,065	
Alder			0,26 (-0,14- 0,65) 0,20
Arbeidsevne 1			1,1(-0,5- 2,7) 0,17
SOC-13/ T1			0,67 (0,34- 1,0) 0,000

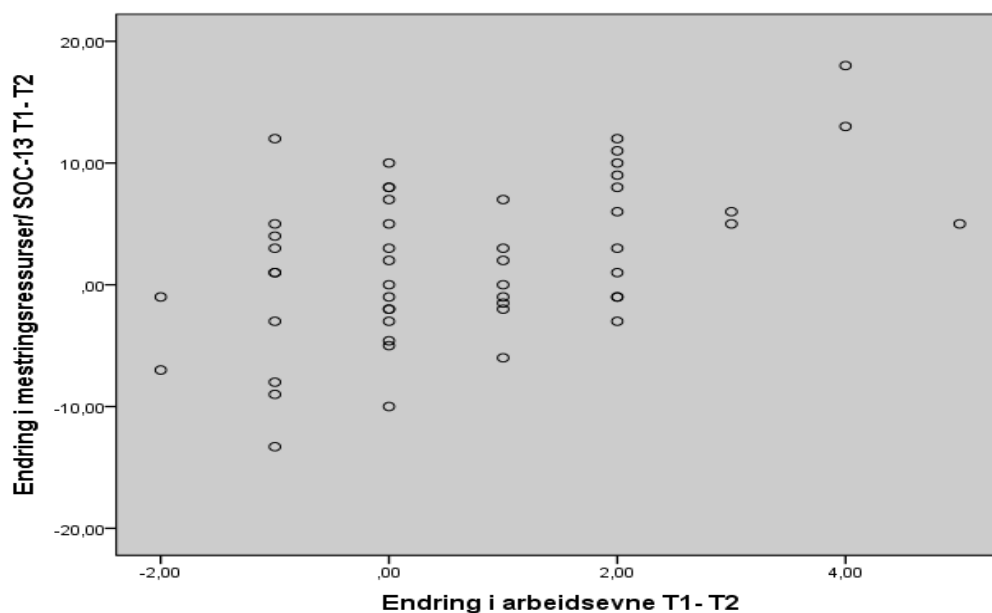
R square angir prosent av hvor mye modellen forklarer variasjon i SOC-13 (T3). Ujustert viste 23,8 %, modell 1 justert for alder viste 33% og 58% i modell 2 når det ble kontrollert for SOC-13 (T). Modell 2 forklarte med andre ord 58% av variasjonen i SOC-13 ved T3.

Residualene er undersøkt, og viser normalfordelte data for modellene. (Forutsetning for lineær regresjon).

- III. Ho:** Det er ingen sammenheng mellom endring i mestringsressurser og opplevd arbeidsevne ved kursstart. Resultat: $p\text{-verdi} = 0,17$. Stor sannsynlighet for feilaktig å forkaste nullhypotesen. Jeg beholder dermed nullhypotesen.

Sammenhengen mellom endring i SOC og endring i arbeidsevne

Det er en middels positiv sammenheng mellom endring i SOC-13 og endring i arbeidsevne. Scatterplottet (Figur 9) viser en voksende linje oppover og dette antyder en positiv sammenheng. Det er en statistisk signifikant positiv sammenheng både i endringen mellom T1- T2 og mellom T1- T3.



Figur 9. Scatterplott som viser retningen og sammenhengen mellom endring i mestring og endring i arbeidsevne mellom T1 og T2.

Tabell 4. Korrelasjonsmatrise som viser korrelasjonskoeffesient, signifikans og antall deltakere ved måling av sammenheng mellom endring i SOC og endring av arbeidsevne mellom T1- T2 og T1- T3.

	Endring i arbeidsevne T1-T2	Endring i arbeidsevne T1-T3
Endring i SOC- 13 T1-T2	0,488	0,443
	0,000	0,013
	N= 51	N=31
Endring i SOC- 13 T1- T3	0,243	0,370
	0,187	0,040
	N=31	N=31

Endring i SOC mellom T1 og T3 (Diff SOC 13) var normalfordelt, men ikke endring i arbeidsevne (Diff arbeidsevne) mellom T1 og T3. Jeg dikotomiserte diff arbeidsevne i to kategorier, *ikke bedret og bedret* arbeidsevne.

Tabell 5 på neste side viser ujustert effekttestimat 8,1, mellom diff SOC-13 og diff arbeidsevne delt på to kategorier. Signifikant sammenheng, men stor spredning (1,4- 15), som tyder på stor usikkerhet. I modell 1 ble effekttestimatet justert for alder først og deretter for både alder og kjønn i modell 2. Alder og kjønn viste seg å påvirke effekttestimatet i liten grad.

Tabell 5. Viser Diff SOC-13 (Endring mellom T1 og T3) som avhengig variabel og assosiasjon med diff arbeidsevne (Endring mellom T1 og T3), kontrollert for alder og kjønn. Ujusterte og justerte effektestimater med spredning (β 1).

Diff SOC 13 (T1- T3)	Ujustert effekt		Justert modell 1		Justert modell 2	
	β 1(95 %)	<i>p- verdi</i>	β 1 (95 %)	<i>p- verdi</i>	β 1 (95%)	<i>p- verdi</i>
Arbeidsevne Ikke bedret(→ 0) Bedret (1 -10)	8,1 (1,4- 15,0)	0,021				
Arbeidsevne Alder			8,2 (1,17- 15,2)	0,024 <i>0,95</i>		
Arbeidsevne Alder Kjønn					8,2 (1,03-15,3)	0,027 <i>0,95</i> <i>0,99</i>

R square: Både ujustert, modell 1 og 2 forklarer 17,2% av variasjonen i endring av mestringsressurser ved T3.

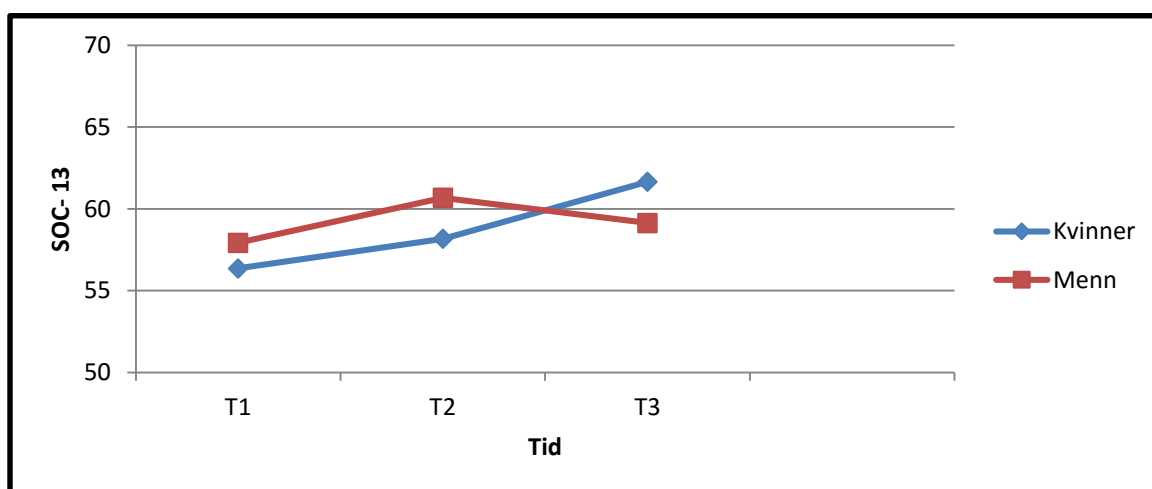
Residualene er undersøkt, og viser normalfordelte data for modellene. (Forutsetning for lineær regresjon).

- IV. Ho:** Det er ingen sammenheng mellom endring i mestringsressurser og endring i opplevd arbeidsevne. Resultat: *p- verdi* = 0,027. Liten sannsynlighet for feilaktig å forkaste nullhypotesen. Jeg forkaster derfor nullhypotesen.

SOC og demografiske variabler

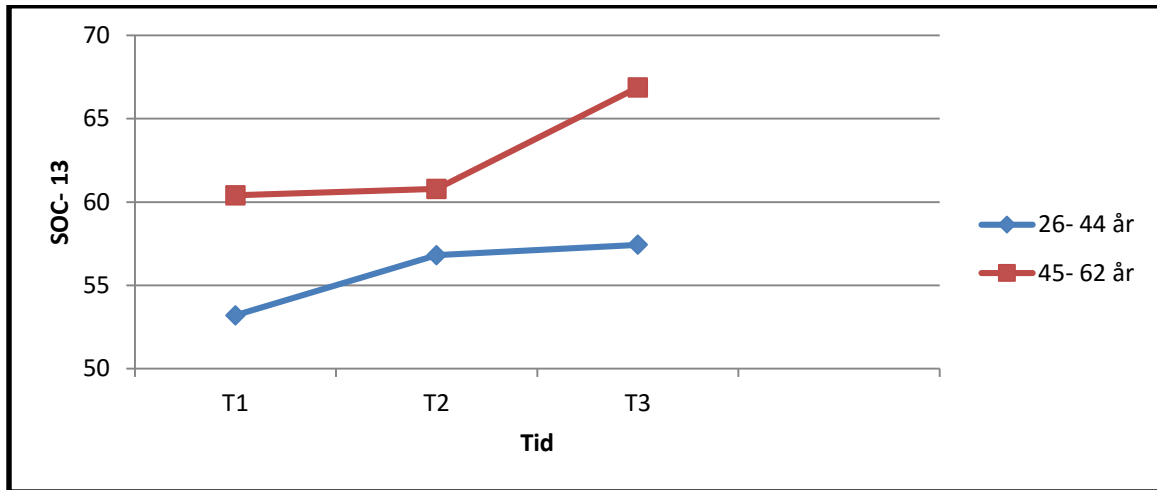
Resultatene fra *independent t-test* viste signifikante forskjeller i SOC-13 mellom de to alderskategoriene 18-44 år og 45-62 år ved T1, men ikke ved T3. Målingene av gjennomsnitt SOC-13 ved T1, T2 og T3 fordelt på variablene kjønn, alder, utdanning, sivilstatus, arbeidssituasjon ved oppstart og kurssted viste ellers ingen signifikante forskjeller innbyrdes mellom kategoriene. Jeg velger allikevel å vise målingene for disse verdiene i hvert sitt tidsplott, fordi jeg vil diskutere demografiske variabler i forhold til SOC i diskusjonskapittelet. Selv om tallene ikke er signifikante, er det av interesse å se hvordan tallene for dette utvalget har fordelt seg.

Figur 10 viser at menn har høyere skår på mestringsressurser ved kursstart, men at både kvinner og menn øker noe i løpet av kurset. Fra kursslutt til siste måling har kvinnene en fortsatt økning og passerer mennene, mens mennene går tilbake til utgangspunktet.



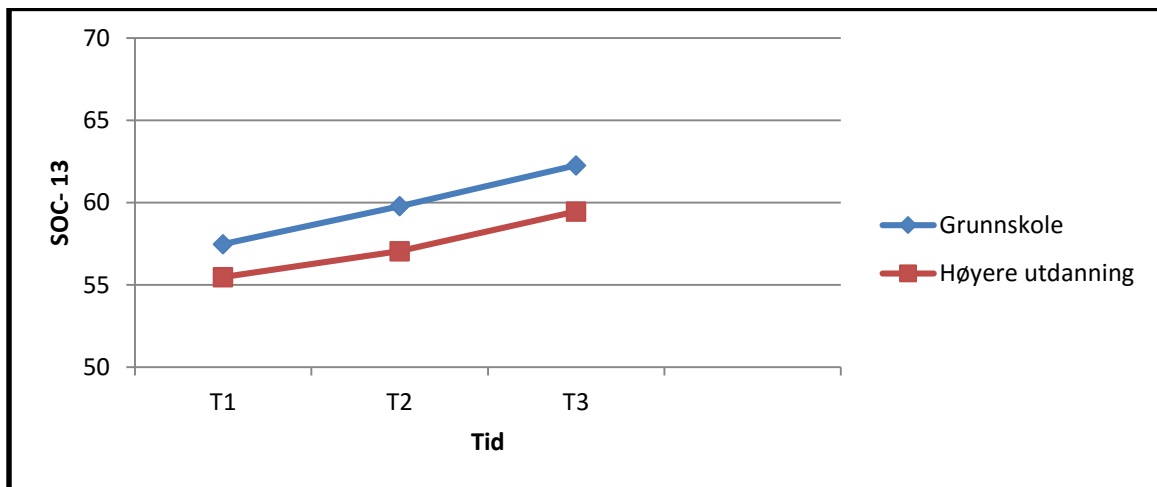
Figur 10. Gjennomsnitt i SOC- 13 fordelt mellom kjønn.

Figur 11 (neste side), viser slik jeg tidligere har nevnt, at gjennomsnittlig skår for SOC- 13 ved T1 er signifikant høyere for de mellom 45- 62 år enn de mellom 26- 44 år. De yngste nærmer seg mot kursslutt, men flater ut igjen fram til siste måling. 45- 62 åringene har minimal økning i løpet av kurset, men øker fram til siste måling.



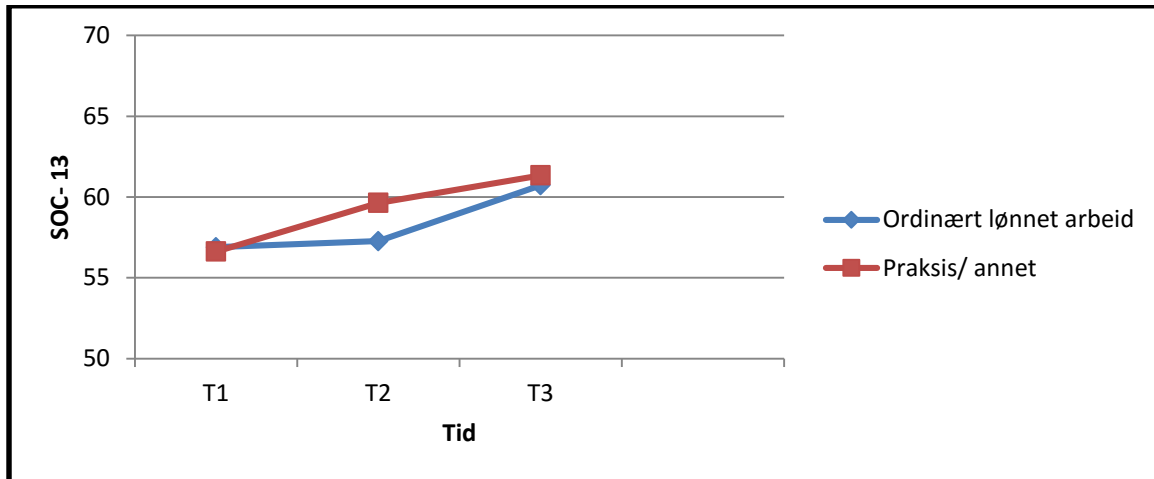
Figur 11. Gjennomsnitt i SOC- 13 fordelt mellom to alderskategorier.

Figur 12 viser at de med høyere utdanning har lavere SOC- 13 skår både ved T1, T2 og T3 enn de som har grunnskoleutdanning. Begge ser ut til å øke like jevnt mellom målingene.



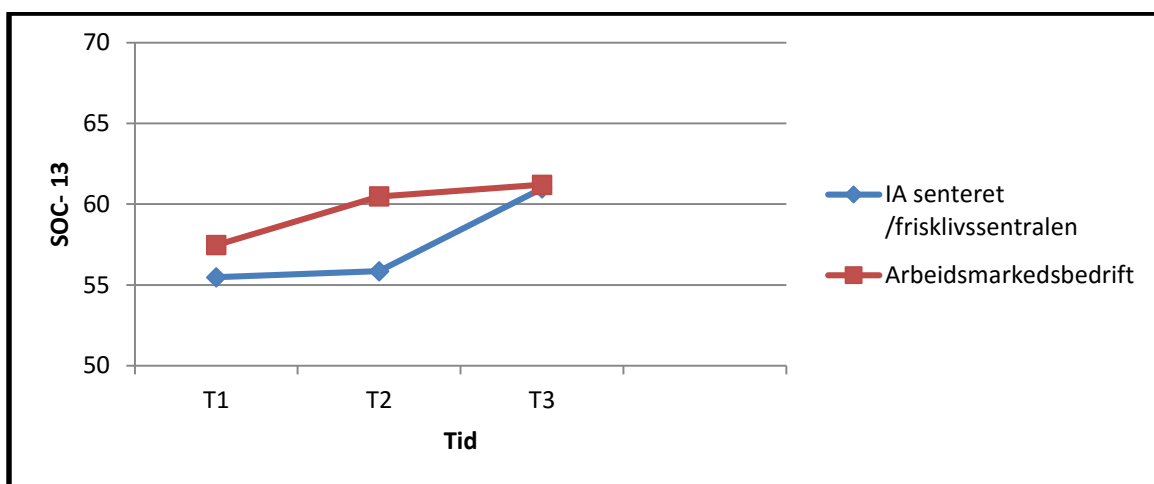
Figur 12. Gjennomsnitt i SOC- 13 fordelt mellom utdanningsnivå.

Figur 13 (neste side), viser at de som er i lønnet arbeid eller praksis/ annet starter med like høye SOC verdier. For de i praksis/ annet øker gjennomsnitlig verdi av SOC i løpet av kurset, mens de i lønnet arbeid holder seg på samme nivå. For de i ordinært lønnet arbeid stiger SOC fram til siste måling og ender på nesten samme nivå som de i praksis.



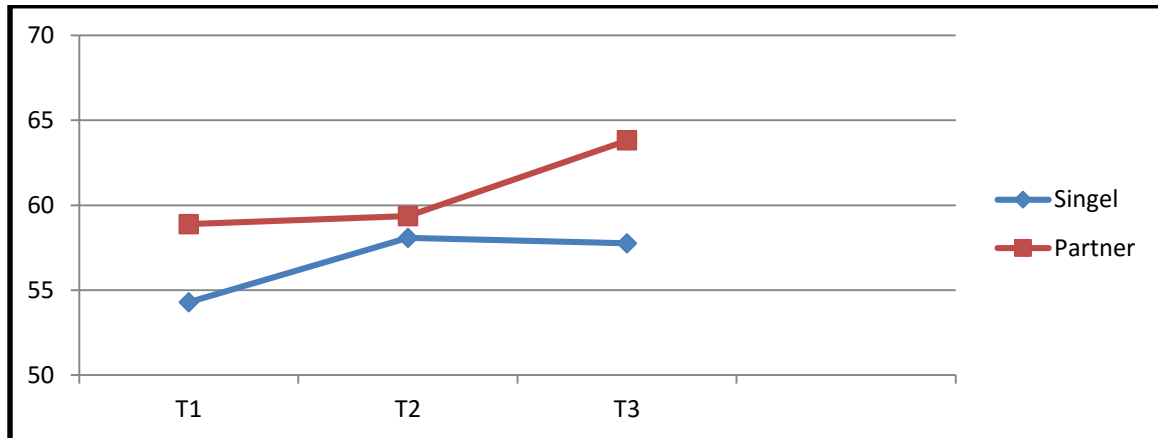
Figur 13. Gjennomsnitt i SOC- 13 fordelt mellom ordinært lønnet arbeid og praksis/ annet.

Figur 13 og figur 14 ser forholdsvis like ut, og det kommer av at deltakerne i ordinært lønnet arbeid var de som kom fra IA senteret ved NAV. De er i figur 14 slått sammen med 3 deltakere som har deltatt ved frisklivssentralen, og ikke er i lønnet arbeid men i praksis/ annet. Figur 14 viser at deltakere fra arbeidsmarkedsbedriftene har høyere SOC ved kursstart, og øker underveis i kurset, før de flater mer ut fram til siste måling. De som deltok via IA senteret/ frisklivssentralen, hadde en svak økning i løpet av kurset men økte kraftig fram til T3.



Figur 14. Gjennomsnitt i SOC- 13 fordelt mellom kurssteder.

Figur 15 (neste side), viser at gjennomsnittlig skår for single var betydelig lavere enn de som oppga å ha en partner ved kursstart. De hadde imidlertid en økning i løpet av kurset, i motsetning til de som hadde en partner. Deltakere med partner, viste en økning fram til siste måling mens de som oppga å være single gikk noe tilbake i gjennomsnittlig skår.



Figur 15. Gjennomsnitt i SOC- 13 fordelt mellom sivilstatus.

- V. **H₀:** Det er ingen forskjell i mestringsressurser med tanke på alder, kjønn, utdanning, sivilstatus, kurssted og arbeidssituasjon ved oppstart av kurset?
Resultat: *P- verdiene* er ikke signifikante bortsett fra for høy og lav alder ved T1. Det er stor sannsynlighet for at vi feilaktig forkaster hypotesen bortsett fra ved T1 for høy og lav alder. Jeg beholder derfor nullhypotesen bortsett fra for høy og lav alder ved T1.

5 Diskusjon

Denne studien har ikke målt effekt ved en behandling. Målet har vært å beskrive mestringsressurser målt ved hjelp av SOC-13, og opplevd arbeidsevne ved hjelp av ett spørsmål fra AEI, for mennesker med varierende tilknytning til arbeidslivet før og inntil 3 måneder etter deltagelse på kurs i mestring av belastning (KIB). Hovedfunnet i undersøkelsen er at deltakerne ved disse kursene hadde en signifikant økning i mestringsressurser og opplevd arbeidsevne inntil 3 mnd etter deltagelse på kurset. Et interessant funn, var at endringen av mestringsressurser fortsatte å øke etter avsluttet kurs (T2) og fram til siste måling (T3). Delkomponenten håndterbarhet viste en signifikant økning, og delkomponenten begripelighet økte men var ikke signifikant. Den tredje delkomponenten meningsfullhet, viste en svak økning men langt fra signifikant. De demografiske variablene som er valgt i denne studien, har ikke i signifikant grad kunnet forklare endringen over tid i SOC-13. Det er det kun endring i arbeidsevne som har gjort. Av de demografiske variablene som var valgt i studien, var det kun statistisk signifikant forskjell mellom alderskategoriene ved T1 men ikke T3. De eldste (45- 62 år) hadde signifikant høyere SOC- 13 skår enn de yngste (26-44 år) ved T1. Videre i diskusjonen vil hovedfunnet som primært omhandler endring i mestringsressurser, få mest fokus. Deretter diskuterer jeg demografiske variabler i sammenheng med mestringsressurser, endring i opplevd arbeidsevne og sammenhengene mellom mestringsressurser og arbeidsevne.

Endring i mestringsressurser/ SOC

Antonovsky hevdet at SOC er en stabil, vedvarende og generell holdning til verden som ikke endrer seg gjennom voksenlivet bortsett fra hvis det oppstår en dramatisk og varig endring (6). SOC ser imidlertid ikke ut til å være så stabil som Antonovsky først antok. Studier har vist at SOC øker med alderen og gjennom hele livet. Jo høyere alder for en populasjon, jo høyere SOC. Om dette skyldes at det er de med god helse som overlever, eller om det skyldes individers utvikling av sterk SOC er ikke lett å si (76, 78).

Bevisst og terapeutisk endring

Studier har vist at både individer og organisasjoner som utvikler sine evner til å benytte seg av tilgjengelige ressurser, ser ut til å ha bedre opplevelse av egen helse, bedre tilpasning til kronisk sykdom, positiv helseatferd, et lengre livsløp, en bedre generell veltilpasshet, bedre mental helse, økt livskvalitet og økt SOC (77). Betydningen av en salutogen tilnærming i behandling av helseplager er dokumentert ved flere studier (24, 64, 80). Ved å bistå mennesker med å ha fokus på ressurser på tross av helseplager, har dette vist seg å ha betydning for opplevelsen av egen helse.

Antonovsky mente det var lite sannsynlig at en grunninnstilling som er et resultat av erfaringer gjennom flere tiår, skal endres vesentlig på bakgrunn av noen terapeutiske møter. Han hevdet at det måtte betydelige livshendelser til for at SOC skulle endres i vesentlig grad, men at mindre eller midlertidige endringer kunne skje. Disse endringene mente han gradvis ville vende tilbake etter kort tid (6). Muligheten til å påvirke SOC terapeutisk har vært gjenstand for flere studier og vist signifikante endringer (76). Intervensjoner med en salutogen tilnærming har også vist seg å kunne påvirke SOC signifikant (64, 65). Flere studier viser at SOC påvirkes av intervensjoner på kort sikt, men langvarig endring er noe uklart (76). Det er vanskelig å si noe om hvor mye som skal til av positive eller negative intervensjoner for at SOC skal endre seg. Dette hevder Antonovsky er avhengig av personens individuelle forhold og livsbegivenheter (6).

Kurs i mestring av belastning (KIB) har en salutogen tilnærming. Målet for en salutogen tilnærming er økt innsikt i egen mestringsevne ved å få økt bevissthet om eget potensial. Ved å fokusere på de indre og ytre ressursene vedkommende har, kan man lære seg å bruke disse når det oppstår utfordringer i livet (29).

Antonovsky påpekte at problemet som stressfaktorene skaper er tosidig: det instrumentelle aspektet og følelsesregulering (6). Instrumentelle aspekter kan både komme fra indre krav som for eksempel uinnfridde ambisjoner og kognitiv dissonans, eller som ytre krav som kommer fra mellommennenskelige relasjoner, kulturelle forhold og livsbegivenheter. SOC fremmer i følge Antonosky håndteringen av disse kravene, og han påpeker at alle disse kravene har en dimensjon av følelsesregulering ved seg. Han sier at spenning som er vår reaksjon på en stressfaktor, er et emosjonelt fenomen. Det vil si at når et stimuli er definert som en stressfaktor, så oppstår følelser.

Dette er i tråd med det kursdeltakerne på KIB lærer, nettopp at følelsene er et resultat av hva vi tenker om belastningene våre. KIB ønsker å bevisstgjøre deltakerne på sammenhengen mellom egne tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd. Utgangspunktet for kognitiv teori er at det er følelsene våre som oppleves smertefulle og vanskelige, men at det i forkant av de fleste følelser kommer en tanke som vi ikke alltid er bevisst. Det er med andre ord tanken som skaper problemer for oss, men det er den smertefulle følelsen vi erfarer. For mange kan det å få tak i den bakenforliggende tanken og oppdage mulighetene for en annen tolkning, gi en redusert følelsesintensitet. På den måten kan mange erfare at bevisstgjøring av egne tanker og følelser reduserer smertefulle tilstander. Evnen til å få tak i disse tankene kan trenes opp, og det er nettopp dette som på ulike måter øves opp i løpet av KIB. Anonovsky hevder at jo sterkere SOC, desto mer fokusert er følelsen og dermed lettere å forholde seg til og gjøre noe med. Sterk SOC vil sannsynligvis også gjøre det lettere å kunne få tak i følelsene sine, beskrive dem og oppleve dem mindre truende (6) Det kan derfor se ut til at fokus på forståelsen av smertefulle følelser i denne intervensjonen, kan ha bidratt til økt SOC for deltakerne. Studier har også vist at emosjonelt stress øker risikoen for forhøyet sykefravær (98, 101).

Antonovsky har påpekt at da han først snakket om at SOC holder seg stabil etter at man har blitt voksen, så var det de med sterk SOC han hadde i tankene (6). Det betyr kanskje at det er de med lavere SOC som har størst mulighet for endring. Hvis svak SOC også samsvarer med diffuse følelser, så kan kanskje endringen av SOC i denne studien forklares med at det er de med svakere SOC og mer diffuse følelser som har deltatt. Derfor har de kanskje også hatt mest utbytte av økt forståelse av sammenhengen mellom tanker og følelser, og vist endring av SOC over tid.

For kursdeltakere som er svært følelsesmessig aktivert, kan det være vanskelig å få tak i de bakenforliggende tankene fordi kognisjonen er nedsatt på grunn av et høyt emosjonelt trykk. Kursinstruktører melder at dette kan være tilfelle for enkelte av kursdeltakerne. For deltakere som ikke får tak i de bakenforliggende tankene, kan andre innfallsvinkler til regulering av følelsene være hensiktsmessige. Tidligere studier for personer med muskel-/ skjelettlidelser har vist at refleksjoner rundt kroppen som meningsbærer i kombinasjon med fysiske øvelser, kognitive teknikker og mindfulness kan gi bedre livskvalitet og arbeidsgrad (89, 98). En mer helhetlig tilnærming kunne med andre ord kanskje ha bidratt til en ytterligere økning i SOC ved denne studien.

Kurset inneholder en bevisstgjøring av hvor vi finner indre og ytre ressurser i livet vårt. Kursheftet kommer med eksempler, og deltakerne motiveres til å undersøke hva som er hyggelige aktiviteter i eget liv, utforske sitt eget nettverk og hvordan de påvirkes av kontakten med andre. Læringen som skjer i løpet av kurssamlingene forsterkes ved at det avtales hjemmeoppgaver mellom kursgangene, for å gjøre erfaringer også utenfor kursrommet. Disse gjentatte øvelsene i å bli bevisst egne ressurser og hyggelige aktiviteter, kan ha bidratt til et endret fokus som igjen har gitt seg utslag i en økning i SOC også etter endt kurs. Den siste målingen i studien er gjort kun 3 måneder etter kursslutt. Studien sier med andre ord ingenting om endring av SOC utover 3 måneder. Kanskje er det slik Antonovsky hevdet at det kun skjer endringer på kort sikt, men at disse gradvis vil justere seg tilbake til utgangspunktet. Han påpekte imidlertid at en mulighet for behandlere til å igangsette planlagte forandringer av SOC, var å sette mennesker i stand til selv å oppsøke SOC fremmede erfaringer innenfor rammene av sitt eget liv. Også kalt empowerment. Enhver langvarig og stabil behandling må kunne påvirke de livsopplevelsene som deltakerne har i sitt virkelige liv hevdet han (6). På bakgrunn av at denne studien viser en fortsatt økning i SOC etter kursslutt, kan dette tyde på at læring er en kontinuerlig prosess som går over tid og at deltakerne i økende grad har blitt i stand til å oppsøke SOC fremmede erfaringer i sitt eget liv. I studien til Gry Sælid som evaluerte effekten av KIB på arbeidsplassen (17), viste resultatene en signifikant nedgang i depressive symptomer og nedgangen holdt seg over en periode på fire år etter kurset. Tidligere studier har vist at SOC korrelerer sterkt negativt med angst og depresjon (76), og dette kan støtte oppunder en mulig langvarig endring av SOC også for utvalget i denne studien. Kanskje nettopp fordi slik Antonovsky hevdet, at det har vært en mulighet for at deltakernes livsopplevelser i eget liv har blitt påvirket.

KIB kan ha bidratt til en endring i SOC av flere grunner enn kognitive intervensjon med hjemmeoppgaver og fokus på ressurser, som jeg hittil har gått igjennom. Gruppeprosessen er blant annet en viktig del av intervensjonen. Deltakerne lærer om hverandres erfaringer og får høre andre sette ord på mulige forståelser som man ikke nødvendigvis har tenkt på selv, og man kan oppdage andre måter å håndtere ting på gjennom det man hører fra de andre deltakerne. Det å møte andre som er i en liknende situasjon, kan bidra til å normalisere egen situasjon og reaksjoner. Dette kan virke motiverende for endring. Tilbakemeldinger fra andre kursdeltakere kan motivere mer enn samme tilbakemelding eller informasjon fra en behandler eller kursholder.

Studier har vist at helserelatert livskvalitet var signifikant forbedret etter en gruppebasert kognitiv og somatisk intervensjon ved poliklinikken «Raskere tilbake» Sunnaas (89). Siden SOC har vist positiv korrelasjon med livskvalitet, kan vi også anta at en liknende type intervensjon vil ha betydning for SOC (60).

SOC- 13 i praksis

Antonovsky poengterte at selv om han snakket om sterk og svak SOC, så mente han at jo høyere man befinner seg på helse kontinuumet (sterk SOC), jo større sannsynlighet for at stress mestres på en helsefremmende måte (6). Antonovsky anbefalte ikke å dele inn SOC i høy og lav. Han unngikk konsekvent å gi et tall på normalverdien til SOC. Flere studier har imidlertid benyttet seg av en inndeling i lav, moderat eller høy SOC (76). Det er ikke funnet noe generelt mønster i denne inndelingen, og ulike forskere benytter ulik inndeling (76). Noen studier har foreslått å benytte SOC som et screeningverktøy for å identifisere mennesker som står i fare for å få lav SOC. Dette er imidlertid problematisk, da det ikke finnes noe tall på hvor SOC slutter å beskytte mot bevegelse i retning helse (knekkpunkt), og det anbefales derfor ikke en slik screening (76). Det er også en fare for negative helseeffekter ved å stigmatisere mennesker med hensyn til deres SOC (76). I denne studien har jeg valgt og ikke dele inn i høy, moderat og lav SOC. Dette har gjort det vanskelig å si noe om hva endringen i SOC betyr for deltakerne i denne studien. En ting er at endringen i SOC er statistisk signifikant, men det sier ikke nødvendigvis noe om hva dette utgjør av opplevd endring for deltakerne. Det studien kan si noe om er at utvalget beveger seg i retning helse og ikke i retning sykdom, og at denne endringen er statistisk signifikant. Det anbefales å bruke SOC som et systematisk og tverrfaglig verktøy. Det kan være et hjelpemiddel i daglige aktiviteter og profesjonell praksis, på den måten at den kan skape dialog med fokus på ressurser og empowering (76). Empowerment handler om støtte og styrking i forhold til å påvirke sin egen livssituasjon. En behandler kan veilede på en slik måte at deltakeren/ pasienten opplever seg som deltakende i eget liv. Det motsatte av empowerment kan beskrives som kraftløshet, lært hjelpeløshet, fremmedgjøring og manglende kontroll over livet (27).

Empowerment forutsetter at det gjøres på en arene fri for bruk av makt, og at relasjonen er basert på likeverd. Det er pasientens egne verdier og ressurser som skal stå i fokus, og man må være forsiktig med og ikke gi den andre skyldfølelse for ikke å være flink nok til å ta kontroll over sitt eget liv (27). Jeg kommer tilbake til dette temaet senere i diskusjonen.

En viktig praktisk nytte av salutogenese, er at perspektivet løfter blikket fra individet og ut i omgivelsene. Ved å bruke SOC, kan man måle tilgangen på både indre og ytre mestringsressurser. I Norge skyldes de fleste sykemeldinger og langvarige trygdestønader muskel-/ skjelettlidelser og psykiske lidelser som angst og depresjon. Dette er også plager/ lidelser som en stor del av den arbeidsføre befolkningen opplever i løpet av livet (67). Kan dette tyde på at ikke bare tilgangen til individets mestringsressurser, men også tilgangen til samfunnets mestringsressurser av ulike årsaker er vanskelige å få tak i for mange? Kan problemet også ligge på samfunnsnivå, og ikke bare på individnivå? Har vi utarmet den vestlige verdens mestringsressurser? I en tid da individet står i fokus og stadig flere bor alene, er det viktig å legge til rette for møteplasser i samfunnet (5). Kanskje kan kurs i mestring av belastning, KIB, være ett av mange slike møtepunkt der man kan få hjelp til å få øye på både indre og ytre mestringsressurser.

Delkomponentene i SOC-13

Antonovsky sin intensjon var å benytte SOC i sin helhet og ikke undersøke de tre komponentene separat. Studier har allikevel angitt gjennomsnittsverdien for de ulike delkomponentene, men det er ikke funnet noe generelt mønster med tanke på viktigheten av de tre (76). Den høye korrelasjonen mellom de tre SOC komponentene og spesielt mellom håndterbarhet og begripelighet, begrenser bruken av dem som separate indikatorer (78).

På bakgrunn av enkelte studier og ulik praksis, har jeg allikevel valgt å si noe om delkomponentene i denne studien. Analysene viste en statistisk signifikant endring av delkomponenten håndterbarhet. Gjennomsnittsverdien for komponentene begripelighet og meningsfullhet økte, men viste ikke statistisk signifikant endring mellom de tre målingene. Håndterbarhet startet lavest, og økte mest i forhold til meningsfullhet som holdt seg relativt stabil. Begrepet håndterbarhet viser en persons kognitive evne til å vurdere indre og ytre ressurser han/ hun har til disposisjon, og om de er tilstrekkelige til å møte forventningene fra seg selv og omgivelsene for å finne løsninger (29). Den kognitive evnen til å vurdere indre og ytre ressurser er nettopp hovedfokus på KIB, og det virker sannsynlig at det er nettopp denne komponenten som øker mest. Begrepet mening blir antatt å være den viktigste av de tre komponentene og selve motivasjonskomponenten i SOC (29). Høy opplevelse av mening bidrar til at en situasjon lettere fremstår som begripelig og håndterbar.

Hvis livet ikke oppfattes som meningsfullt, påvirker også dette graden av begripelighet og håndterbarhet. For å styrke meningskomponenten bruker Langeland (64) hjemmeoppgaver med utgangspunkt i områdene indre følelser, sosiale relasjoner, hovedaktivitet og eksistensielle tema. Dette er områder Antonovsky (59) fremhever som viktige å investere tid på, for å øke mening og/eller unngå å tape mening over tid (96). I denne studien lå meningskomponenten i utgangspunktet høyere enn håndterbarhet, så kanskje tyder dette på en allerede høy opplevelse av mening for utvalget. Komponentene endret seg minimalt i løpet av målingene, og dette kan skyldes en allerede høy skår fra start. Faren er imidlertid at dette vil kunne ha betydning for den langvarige effekten av SOC. Det er i stor grad opp til kursinstruktørene i KIB, i hvilken grad eksistensielle tema kommer opp i løpet av kurset. En faglig dyktig og trygg kursholder, vil ha evnen til å berøre vesentlige områder av livet som også kan være smertefulle. Kursheftet tar ikke spesifikt opp eksistensielle tema, men kursinstruktørene blir oppfordret til å gjøre dette for at vesentlig endring skal kunne skje. ABC modellen er enkel, men kognitiv atferdsterapi er mer enn ABC modellen. En grundig forståelse av kognitiv atferdsterapi som kursinstruktør i KIB, krever sannsynligvis mer enn et ukeskurs. Faglig bakgrunn og erfaring hos kursinstruktørene, er sannsynligvis en viktig komponent med tanke på varig endring. Kanskje er det behov for mer enn et ukeskurs ved Fagakademiet for å sikre denne kvaliteten.

Demografiske variabler og SOC

Antonovsky hevdet at SOC er et globalt mål uavhengig av demografiske variabler som nasjonalitet, kultur, etnisitet, sosial klasse, kjønn og alder. Spørsmålet om SOC som en uavhengig variabel viser imidlertid motsetningsfylte resultater (79). Resultater fra tidligere studier er ikke entydige med hensyn til relasjonen mellom SOC og kjønn og SOC og alder (79). Enkelte studier har vist at sosioøkonomisk posisjon som inntekt, utdanningsnivå og yrkesstatus samlet sett kan bidra til å forklare ulikheter i helsetilstand (79). Andre studier peker på at psykoemosjonelle ressurser inkludert relasjon til partner, sosial støtte og oppvekstvilkår i stedet for yrke, utdanning og inntekt forklarer ulikheter i SOC (81.) Siden SOC i stor grad korrelerer med helse, vil jeg anta at dette også er relevante funn med hensyn til SOC (60). Denne studien viste i tråd med Antonovskys påstand, at de demografiske variablene som var valgt viste ubetydelige statistiske forskjeller i SOC skår. Arbeidsevnen ved T1 var den eneste som viste en innbyrdes signifikant forskjell mellom høy og lav alder. Deltakere mellom 45- 62 år viste en signifikant høyere SOC enn deltakere mellom 26- 44 år.

Dette samsvarer også med tidligere studier som viser at SOC øker med alder og gjennom hele livet (76, 78). Menn har i enkelte studier vist seg å ha noe høyere SOC enn kvinner, men forskjellene er små. Kanskje skyldes dette sosiale forhold og ikke biologiske forhold (60). Dette var også tilfelle i denne studien. Mennene lå noe høyere på SOC ved kursstart, og i løpet av kurset økte kvinner og menn nesten like mye. I etterkant av kurset derimot og fram til siste måling, hadde kvinnene passert mennene og mennene var tilbake til utgangspunktet. At det har skjedd en noe mer varig endring blant kvinnene kan skyldes flere ting. I utgangspunktet var det betydelig flere kvinner enn menn med i studien, og dette gjenspeiler erfaringer fra tidligere kurs. Jeg skal ikke gå inn på mulige forklaringer på dette i denne oppgaven, men det er interessant å se at kvinner økte sin tilgang til mestringsressurser i større grad enn menn etter endt kurs. Antallet menn var lite, og det er begrenset hva man statistisk kan si om dette resultatet.

Analysene viste videre at de som hadde høyere utdanning skåret noe lavere enn de med grunnskoleutdanning. De som var i lønnet arbeid skåret nesten det samme som de som var i praksis/ annet ved kursstart. Deltakere i praksis økte noe mer over tid. Antonovsky hevder at en person med svak SOC oftere lar seg overbevise om at arbeidskravene for eksempel er rimelige, og at det er personen selv som må jobbe bedre og lære seg å takle stress på tross av urimelige forhold. En person med sterk SOC, vil lettere kunne se hvor «skylden» ligger (6). Kanskje er dette også en faktor som taler for at de som har deltatt på kursene har svakere SOC og derfor størst potensiale for endring. Man kan tenke seg at de som har deltatt på kurs har hatt tanker (bevisst eller ubevisst), om at «skylden» i større grad ligger hos seg selv enn omgivelsene. Dette er kun mine tanker om mulige forklaringer, men som det hadde vært interessant å utforske videre gjennom for eksempel et kvalitativt intervju.

For de som var single, lå SOC skår betydelig lavere enn for de som var i et forhold. I denne studien kan det se ut til at det er de psykoemosjonelle ressursene som skårer høyere enn de sosioøkonomiske. Disse forskjellene er imidlertid ikke signifikante, og har som tidligere nevnt vist varierende resultater i andre studier (81). Den siste variabelen i denne studien var kurssted. Deltakerne hadde tatt kurs ved ulike steder, og det ble derfor gjort et skille mellom de som hadde gått på kurs ved en arbeidsmarkedsbedrift og de som hadde gått ved IA sentert på Nav/ frisklivssentralen. Det var kun 3 respondenter fra frisklivssentralen.

Tanken bak å dele på denne måten, var å se om det var noen forskjeller mellom de som allerede var i et tiltak (arbeidsmarkedsbedrift) via NAV og gikk på AAP (arbeidsavklaringspenger), og de som tok kurset utenfor disse rammene ved NAV sitt IA senter og kontakt med arbeidsgiver. Man kan anta at det er de med sterk SOC som søker seg til kurs med bakgrunn i at de oppsøker mestringsressurser i omgivelsene. I denne studien kan imidlertid graden av frivillighet diskuteres. Deltakerne har meldt seg på selv, men samtidig er de innenfor et system som i større eller mindre grad forventer motivasjon i retning økt arbeidsdeltakelse. De setter målene selv, men det er liten tvil om hva målet forventes å være. Deltakere ved arbeidsmarkedsbedriftene hadde noe høyere SOC skår ved kursstart. IA senterets og frisklivssentralen sine deltakere, hadde et forholdsvis jevnt nivå i løpet av kurset, men økte i etterkant av kurset. Deltakerne fra arbeidsmarkedsbedriftene hadde en svakere økning etter kurset, og deltakere ved begge kursstedene oppga nesten samme skår ved T3. Min antagelse i forkant av studien, var at de som tok kurset ved en arbeidsmarkedsbedrift ville oppleve noe mindre frivillighet ved å delta på kurset og dermed skåre lavere på SOC. Siden dette ikke var tilfelle, er det ikke sikkert antagelsen stemmer. Muligheten er tilstede for at de som deltok via NAV sitt IA senter opplevde sin egen situasjon mer stressende med en forventning fra arbeidsgiver om å delta for å beholde jobben. Kursdeltakerne ved IA senteret slapp også å betale kurssummen på 8000 kr hvis de fullførte, og dette kan ha påvirket opplevelsen av frivillighet og mestring underveis. Ved atføringsbedriftene var kurset gratis for de fleste, men en bedrift hadde en kursavgift på 200 kr. I denne studien var det ingen av de demografiske variablene som kunne forklare endringen i SOC, det var det bare endring av arbeidsevne som gjorde. Dette kan skyldes et lite utvalg, men også at det var andre bakgrunnsvariabler studien ikke hadde med som kunne forklart denne endringen i større grad. Det kan også bety slik Antonovsky hevdet, at livshendelser og erfaringer påvirker SOC i større grad enn demografiske data.

Endring i arbeidsevne

Som jeg tidligere har vært inne på, er det en svært kompleks oppgave å vurdere en person sin arbeidsevne. Jeg kunne valgt å spørre om arbeidsgrad i praksis eller ordinær jobb, men valgte i denne studien å undersøke deltakernes egen opplevelse av arbeidsevne. Arbeidsevnen ble beskrevet med ett spørsmål som i likhet med SOC-13, viste en statistisk signifikant økning. Det er imidlertid vanskelig å si hva det betyr og for eksempel øke et poeng på denne skalaen fra 0-10.

Hvordan endring i deltakernes arbeidsevne opplevdes for den enkelte, kan jeg ikke si noe om i denne studien annet enn at den økte. Jeg valgte i oppgaven og ikke bruke arbeidsevne som en avhengig variabel, men en uavhengig variabel opp mot mestringsressurser. Både opplevd arbeidsevne ved T1 og endring av arbeidsevne mellom T1 og T3, ble benyttet som uavhengige variabler. Hensikten med å ta med et spørsmål om opplevd arbeidsevne, var å se hvorvidt det var en sammenheng med mestringsressurser mer generelt.

Som tidligere nevnt, har gruppeintervensjoner vist seg å ha en positiv effekt på arbeidsgrad (89, 98). Studier har også vist at gruppeintervensjon ved behandling av stress hadde bedre effekt på arbeidsgrad enn individuell samtale hos psykolog, selv om begge intervensjonene reduserte depresjon (85). I studien fra *Rask psyksik helsehjelp* kom det fram at «ansikt til ansikt» intervensjon hadde større effekt på symptomlette ved angst og depresjon enn gruppeintervensjonen, men hvis fokus i tillegg skal være økt arbeidsevne og arbeidsgrad kan det imidlertid se ut til at gruppeintervensjoner kan anbefales. Gruppeintervensjonen kan med andre ord ha vært et bidrag til statistisk signifikant endring av arbeidsevne i denne studien.

Antonovsky beskrev sider ved arbeidslivet som kan tenkes å påvirke arbeidsevnen til en person, og stilte følgende spørsmål: Har jobben like stor betydning for en person som bruker all sin arbeidstid på å skrive reklametekster for såpe, som for en som bruker tiden på å skrive barnebøker? Gjør det en forskjell for en dataspesialist om han jobber på et kreftforskningscenter eller et atomkraftverk? En renholder på et sykehus eller en kontorbygning? Antonovsky var overbevist om at det å være tilknyttet en virksomhet som er kulturelt verdsatt eller har heltstatus, veier tyngre enn selve arbeidsbetingelsene. I hvert fall i en kortere periode (6). Dette understøtter til en viss grad det jeg tidligere har skrevet om studier som viser at menn med lang utdanning og en langvarig lidelse, er mer yrkesaktive enn friske menn med grunnskoleutdanning (46). Vel og merke hvis man antar at lang utdanning gir prestisje i samfunnet.

I denne studien vet jeg ikke hva slags type arbeid deltakerne hadde, eller hadde hatt. Deltakere i praksis skåret forholdsvis likt med de som var i lønnet arbeid, og dette hadde jeg i utgangspunktet ikke forventet. Jeg antok at deltakere i lønnet arbeid hadde høyere mål på mestringsressurser. Muligheten er imidlertid til stede for at de som var i praksis hadde hatt en type jobb som var lavt kulturelt verdsatt, og derfor opplevde det positivt og ikke ha denne jobben lenger.

De som var i lønnet arbeid, kan også stå i et arbeidsforhold de har erfart som lite kulturelt verdsatt. Dette er kun spekulasjoner, og spørsmål det også hadde vært interessant å gå mer i dybden på i en kvalitativ studie.

Spørsmålet om overbelastning både i arbeidslivet og ellers, handler i følge Antonovsky om hvilke ressurser man opplever å ha tilgang til både kollektivt og individuelt (6).

Overbelastning knyttes til håndterbarhet. Opplevelsen av håndterbarhet styrkes av gjentatte arbeidserfaringer og opplevelser som både står i forhold til den ansattes evner, og som stiller tilstrekkelige materielle, sosiale og organisasjonsmessige ressurser til rådighet. Et arbeidsmiljø som utsetter personen for passende overbelastning parallelt med muligheten for å trekke seg tilbake for å samle krefter igjen, vil påvirke opplevelsen av håndterbarhet (6). Dette kan også være en forklaring på at de som var i praksis i denne studien hadde forholdsvis lik SOC skår med de som hadde lønnet arbeid. Opplevelsen av å jobbe i tråd med egne evner som ofte i stor grad tilpasses når man er i praksis, kan ha virket positivt for denne gruppen i forhold til de som hadde en lønnet jobb. De som hadde lønnet arbeid og i større eller mindre grad var sykmeldte, hadde kanskje opplevelsen av i mindre grad å jobbe i tråd med egne evner og ressurser og derfor skåret lavere enn antatt på nivå av SOC.

SOC og opplevd arbeidsevne

Når stimuli oppleves meningsfulle, begripelige og håndterbare er det et bedre utgangspunkt for stresshåndtering enn når verden oppleves byrdefull, kaotisk og overveldende (6). Dette gjelder både i forhold til jobb og privatliv. Antonovsky pekte på at erfaringer utenfor arbeidslivet kan overføres til arbeidslivet og motsatt (6). At mestring i privatlivet og arbeidslivet påvirker hverandre var også en antagelse i denne oppgaven. Resultatene viser at både mestringsressurser og opplevd arbeidsevne har økt, og at endring i arbeidsevne er assosiert med endring i mestringsressurser. En tidligere studie viser til bruk av salutogen tilnærming for å hjelpe mennesker med muskel- / skjelett lidelser og/eller psykiske lidelser tilbake i arbeid (97). I tillegg til teori om SOC, ble det i studien benyttet teori om planlagt adferd og mestringsforventning. Studien foreslår at en persons SOC i samspill med omgivelsene former forståelse, håndterbarhet og mening, noe som igjen påvirker opplevelse av arbeidsevne og dermed intensjon til å arbeide. Studien viste at en aktiv mestringsstil, høy mestringsforventning og SOC øker sjansen for å komme tilbake til arbeid (97).

Som tidligere nevnt i denne oppgaven, er det mye som tyder på at økt fokus på mestringsressurser også vil ha en positiv innvirkning på arbeidsevne. Jeg mener det kan være av betydning i hvilken setting dette skjer og hvem som bistår. Empowerment bør skje innenfor rammer som er mest mulig nøytrale. Som jeg tidligere har gått inn på så forutsetter empowerment at det gjøres på en arene fri for bruk av makt, og at relasjonen er basert på likeverd (27). Selv om denne studien ikke viser noen signifikante forskjeller i SOC mellom de som var i praksis ved en arbeidsmarkedsbedrift og i ordinært lønnet arbeid ved IA senteret, så betyr ikke det at de som deltok ikke har følt på en redusert grad av frivillighet. Det er rimelig å anta at de som allerede er søkt inn i et tiltak via NAV i en arbeidsmarkedsbedrift, og de som har deltatt på kurs via IA senteret, kan ha opplevd en viss grad av press til å delta på kurs. Det kan selvfølgelig også hende at de tre deltakerne som deltok fra frisklivssentralen har følt på et liknende press fra sin fastlege eller andre om å delta, men jeg tenker at dette eventuelt er et press på et annet nivå. Ved arbeidsmarkedsbedriftene og i noen grad IA senteret, er deltakelse i større grad knyttet opp mot økonomiske trygdeordninger som er deltakernes livsgrunnlag. Det kan derfor være problematisk når en etat som skal vurdere arbeidsevne med tanke på trygdeytelser, også skal bidra med motiverende tiltak som skal øke deltakernes arbeidsevne. Jeg påstår ikke at dette har vært problematisk for deltakerne i denne studien, men jeg mener det er en problemstilling det er verdt å diskutere. Kanskje er det best at slike mestringskurs holdes innenfor helsesektoren, som ikke har direkte ansvar for det økonomiske livsgrunnlaget til kursdeltakerne. Helsevesenet og velferdsetaten bør uansett være varsomme i praktiseringen av arbeidslinja, slik at de som ikke har jobb utvikler dårligere helse og en opplevelse av skam og skyld. Når hjelpeapparatet skal møte ledighetsproblemet, er det viktig at de klarer å balansere fokus på arbeidsevne samtidig som de støtter oppunder den motstandsevnen og mestringsressursene individet har (2). Vi må passe oss for det Per Fuggeli beskriver som “*arbeidsmaslinjas*” bivirkninger. Vi må forsvare retten til å være syk i fred og ufør med verdighet. Og vi må passe oss for ikke å løpe etter syke mennesker og rope: *høyere, raskere og sterkere* (1).

Styrker og svakheter ved studien

Det er en styrke ved studien at den har en longitudinell design, og måler endring over tid. Det er imidlertid en svakhet at den ikke er randomisert med en kontrollgruppe. Den kan derfor ikke gi svar på årsaken til endringen i mestringsressurser.

Siste måling er gjort kun fem måneder etter kursstart, og dette er en forholdsvis kort tidsperiode. Det hadde vært en fordel å se endring over et lengre tidsperspektiv, for å undersøke i hvilken grad en mer varig endring hadde funnet sted. Dette lot seg imidlertid ikke gjøre på grunn av tidsbegrensninger ved denne oppgaven. Studien har samlet inn materiale fra ulike kurssteder med ulike instruktører. Kursheftet og en strukturert kursinstruktørmanual, har i størst mulig grad sikret at deltakerne har fått den samme intervensjonen. Deltakerne har imidlertid deltatt av ulike årsaker i ulike settinger, og dette har gitt et mindre homogent utvalg. Deltakerne ble spurt fire spørsmål knyttet til opplevelse av egen arbeidsevne, men kun ett spørsmål ble benyttet i studien. Det ble for omfattende å inkludere flere analyser med både kontinuerlige og kategoriske målenivå i forhold til arbeidsevne, og valget om å bruke kun ett spørsmål ble derfor tatt på bakgrunn av dette. Spørsmålet om arbeidsevne gir ikke et objektivt mål, og studien kan kritiseres for dette. Det var imidlertid et ønske å se i hvilken grad opplevelsen av egen arbeidsevne som uavhengig variabel, ble assosiert med mestringsressurser som avhengig variabel. Det var et ønske om at både mål på mestringsressurser og arbeidsevne skulle si noe om deltakernes egen opplevelse. Måleinstrumentet som ble brukt for å måle mestringsressurser, SOC-13, kan kritiseres for ikke å måle endring som kan beskrive et vesentlig knekkpunkt for når endringen er klinisk relevant. Den gir imidlertid et reliabelt mål på tilgangen til både individuelle og kollektive mestringsressurser for individet i sin kontekst. Dette var i likhet med spørsmål om arbeidsevne et selvrapporteringsskjema og kan kritiseres for at ingen objektive mål har blitt utført. Studien inneholder forholdsvis få informanter, og dette påvirker den tilfeldige variasjonen i utvalget og de statistiske analysene. Et større utvalg ville gitt større kontroll over ulike former for variasjon hos utvalget.

Studien kan legges til grunn for en randomisert studie for å si noe om effekt av kurset. I tillegg vil det være av interesse å se på endring over en lengre tidsperiode enn hva som ble gjort i denne oppgaven. En studie som ser på eventuelle forskjeller mellom kurssteder, hadde også vært interessant med tanke på hvor kursene bør holdes og av hvem. Kjønnforskjeller med tanke på utbytte av kurset, vil også være av interesse å utforske ytterligere. En mer omfattende måling av ikke bare subjektiv men også objektiv arbeidsgrad, kan også gi økt forståelse av arbeidsevne. Et kvalitativt forskningsintervju kunne gitt større innblikk i kursdeltakernes tanker om graden av frivillighet, eller andre opplevelser rundt selve gjennomføringen av kurset. Denne studien har med andre ord flere svakheter men også styrker, og den kan åpne for videre interessant forskning på området.

6 Konklusjon

Denne studien har ønsket å beskrive hvordan kurs i mestring av belastning (KIB) påvirker deltakere som har et ønske om å forbedre mestring av egne belastninger. Kursene har stort sett blitt holdt i tilknytning til en arbeidsmarkedsbedrift eller IA senter ved NAV. En fellesnevner for de fleste som har deltatt, er med andre ord at arbeidsevnen i større eller mindre grad har vært redusert eller presset. Kursene har blitt tilbudt med tanke på å styrke deltakernes arbeidsevne.

På bakgrunn av kursets fokus på økt mestring i møte med belastninger, ble salutogenese valgt som et teoretisk perspektiv. Salutogenese er ressursorientert og har fokus på hva som er helsefremmende faktorer i deltakernes liv. Dette er et viktig perspektiv i kurset og generelt i andre arbeidsrettede tiltak. Opplevelse av sammenheng (SOC) viser seg å være en viktig mestringsressurs i møte med belastninger, og SOC- 13 ble valgt som måleinstrument for å måle graden av mestringsressurser. En annen hensikt med studien var å se i hvilken grad opplevelsen av egen arbeidsevne endret seg, og om denne hadde sammenheng med endring i mestringsressurser.

Studien baserte seg på et forholdsvis lite utvalg av deltakere med en design uten randomisering eller kontrollgruppe, og det kan derfor ikke konkluderes med en årsakssammenheng. Studien viste en statistisk signifikant endring både for mestringsressurser og opplevd arbeidsevne i perioden. I tillegg var det en signifikant sammenheng mellom endring i mestringsressurser og endring i opplevd arbeidsevne. Selv om ikke de demografiske variablene kunne forklare endringen i mestringsressurser, betyr ikke det at kun KIB er årsaken til denne endringen.

Kurset hadde fokus på økt forståelse av sammenhengen mellom tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner og i tillegg et internt og eksternt ressursfokus. Dette kan ha bidratt til økningen av SOC for utvalget. Tidligere studier har vist at økt selvforståelse, kognitiv atferdsterapi og gruppeintervensjoner er viktige faktorer som kan bidra til symptomlette og forbedret arbeidsevne.

På bakgrunn av tidligere studier og denne oppgaven, kan det anbefales å tilby KIB til mennesker som ønsker bedre mestring av belastninger i hverdagen enten privat eller i forhold til jobb. KIB kan være ett av mange diagnoseuavhengige og dermed ressurseffektive mestringskurs. Kurs med et salutogent perspektiv som evner å se etter ressurser både på individ- og samfunnsnivå, ser ut til å være viktig i intervensjoner med tanke på økt grad av helse, mestringsressurser og arbeidsevne.

«Et liv er ikke det som har hendt et menneske, men hva en husker og hvordan en husker det.»

Gabriel Garcia Marquez

Referanseliste

1. Fuggeli P. *Nokpunktet- esseys om helse og verdighet*. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
2. Hernes T, Heum I, Haavorsen P. *Arbeidsinkludering*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2010.
3. Duell N, Singh S, Tergeist P. *Activation policies in Norway*. OECD social, employment and migration working papers no. 78 2009.
4. Waddel G, Burton AK. *Is work good for your health and well-being?* London: The Stationary Office; 2006.
5. Tellnes, G. *Salutogenese- hva er det?* Michael Quarterly. The Norwegian medical society. 2007; 4: 144-9.
6. Antonovsky A. *Helsens mysterium- den salutogene modell*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012.
7. Engebretsen E, Heggen K. *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
8. Berge T, Falkum E. *Se mulighetene- arbeidsliv og psykisk helse*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2013.
9. Falkum E, Evensen S, Ueland T, Bull H, Lystad J. *Effektevaluering av Jobbmestrende Oppfølging (JMO)*. Oslo Universitetssykehus; 2015.
10. Endresen RS, Ludvigsen K, Øverland, S, Løvvik C, Grasdal A, Lie SA. *Effektevaluering av Senter for jobbmestring sluttrapport*. Uni Helse og Rokkansenteret; 2013.
11. Schultz IZ, Crook JM, Berkowitz J, Meloche GR., Milner R, Zuberbier OA. et. al *Biopsychosocial multivariate predictive model of occupational low back disability*. Spine (Phila Pa 1976). 2002;27(23):2720-5.
12. Loisel P, Durand MP, Diallo B, Vachon B, Charpentier N, Labelle J. *From evidence to community practice in work rehabilitation: the Quebec experience*. Clin J Pain. 2003; 19(2):105-13.
13. Bråthen, T.N., Eftedal, M., Tellnes, G., Haugli, L. *Work inclusion: Self-perceived change in work ability among persons in occupational rehabilitation*. Vulnerable Groups & Inclusion. 2015; doi 10.3402/vgi.v6.26624.

14. Haugli L, Maeland S, Magnussen LH, *What Facilitates Return to Work? Patients Experiences 3 Years After Occupational Rehabilitation*. Journal of Occupational Rehabilitation. 2011; 21:573-581.
15. Fjellmann- Wiklund A, Stenlund T, Steinholtz K, Ahlgren C, *Take charge: patients`experiences during participation in a rehabilitation program for burnout*. J Rehabil Med. 2010; 42(5): 475-81.
16. Helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs. Sist oppdatert. november 2016.
17. Sælid A, Czajkowski NO, Holte A, Tambs K, Aarø LE. *Coping with strains(CWS) course- its effects on depressive symptoms: A four- year longitudinal randomized controlled trial*. Scandinavian Journal of Psychology: 2016.
18. Børve T, Nærva A, Dalgaard O. *Kurs i mestring av belastning- et kurs basert på kognitiv metode*. 2.utgave. Oslo: Rådet for psykisk helse; 2010.
19. Kaplan HB. *Psychosocial Stress*. Academic Press Inc.;1996.
20. Parker JDA, Endler NS. *Coping and defense: An historical overview*. In M. Zeidner og N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: John & Sons; 1996.
21. Aalen OO, Frigessi A, Moger TA, Scheel I, Skovlund E, Veierød MB. *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2012.
22. Berge T, Repål A. *Håndbok i kognitiv terapi*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2009.
23. Børve, Trygve, Nærva, Anne og Dalgaard, Odd Steffen” *Kursmanual for KIB*”. Rådet for psykisk helse; 2009.
24. Erikson M, Lindstrøm B. *Antonovsky`s sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review*. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006; 60:376-381 Doi: ID. 1136-/jech. 2005.041616.
25. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. *Work ability Index* 2. nd ed. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 1998.
26. Engbers M, Veiersted B. *Rapport fra ekspertkonferanse om funksjonsvurdering*. Oslo: Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI- rapport nr. 4). 27- 28. januar 2003.

27. Walseth LT, Malterud K. *Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv*. Oslo: Tidsskrift for Den norske legeforening; 2004 124:65-66.
28. Utgikk. Ingen referanse.
29. Lerdal A, Fagermoen MS. *Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: 2.opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS; 2012.
- 30- 31. Utgikk. Ingen referanse.
32. Helsedirektoratet.no/nyheter/tettere-samarbeid-om-arbeid-helse.
33. Haugstvedt SKT, Hallberg U, Graff-Iversen S, Sørensen M, Haugli L. *Increased self-awareness in the process of returning to work*. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2011 doi: 10. 1111/j. 1471-6712.2011.00891.
34. Kleinmann A. *The illness narratives- Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.
35. Stone GC. *The scope of health psychology*. I: GC Stone, SM Weiss, JD Matarozzo, NE Miller, J Rodin, CD Belar, MJ Follick, JE Singer(red.). *Health Psychology; A discipline and a profession (s. 27-40)*. Chicago: University of Chicago Press; 1987.
36. Espnes, GA, Smedslund G. *Helsepsykologi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Nors Forlag AS; 2014.
37. Eriksen H, Svendsrød R, Ursin G, Ursin H. *Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries*. European Journal of Public Health; 1998 (8) 294-298.
38. Eriksson M, Lindström B. *A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter*. Oxford University Press; 2008 (23) doi:10.1093/heapro/dan014.
39. Engel GL. *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science; 1977 (196) 129-136.
40. Kabatt- Zinn J. *Full Catastrophe Living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Dell Publishing; 2004.
41. Lazarus RS. *Puzzles in the study of daily hassles*. Journal of Behavioral Medicine; 1984 7, 375- 389.
42. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
43. Seligman M. *Helplessness*. San Francisco: W.H. Freeman; 1975.

44. Rotter JB. *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1954.
45. Kildal N. *Om arbeidslinjens normative grunnlag*. Bergen: Universitetet i Bergen. 1998.
46. Helse- og sosialdepartementet. *Folkehelsemeldingen- mestring og muligheter*. Oslo: Meld. St. 19; 2014-15. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter>.
47. Dahl E, Harsløf I, Wel K. *Rapport om Arbeid, helse og sosiale ulikheter*. Helsedirektoratet (IS - 1774); 2010.
48. Rege M, Telle K, Votruba M. *The effect of plant downsizing on disability pension utilization*. Statistisk sentralbyrå (discussion papers 435); 2005.
49. Leira HL. *Arbeidsmedisin*. 2. utg. Gyldendal Norsk Forlag; 2011.
50. Arbeidstilsynet.no/regelverk (Lovdata).
51. Partene i arbeidslivet. *IA avtalen 2014- 2018*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no>.
52. Arbeids- og sosialdepartementet. *Nav i en ny tid- for arbeid og aktivitet*. St. melding 33; 2014- 2015. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no>.
53. Mamelund SE, Widding S. *NAV's formidlings- og rekrutteringstjenester*. Høgskolen i Oslo og Akershus. AFI- rapport; 2014 14:2014.
54. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness: systematic review*. British Medical Journal; 2001 (322) 204-208.
55. Nygren U, Markström U, Svensson B, Hansson L, Sandlund M. *Individual placement and support- a model to get employed for people with mental illness- the first Swedish report for outcomes*. Scandinavian Journal of Caring Science; 2011 (25) 591- 598.
56. Cannon WB. *The Wisdom of the body*. New York Norton; 1932.
57. Selye H. *The stress of life*. New York: McGraw- Hill; 1956.
58. Selye H. *History and present status of the stress concept*. I: A Monat og RS Lazarus (red.). *Stress and coping*. 2.utg. New York: Colombia University; 1985.

59. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health. How People manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey- Bass; 1987.
60. Lindström B, Eriksson M. *Salutogenesis*. Journal of Epidemiol Community Health; 2005; 59:440-442 doi: 10.1136/jech.2005.0347777.
61. Olsson M., Gassne J, Hansson K. *Do different scales measure the same construct? Three Sense of Coherence scales*. Journal of Epidemiol Community Health; 2009; 63:166-167. Doi:10.1136/jech.2007.063420
62. Pallant J. *SPSS Survival Manual*. 4. Edition. England: McGraw-Hill Education; 2010.
63. Landsverk SS, Kane CF. *Antonovsky's Sense of coherence: theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia*. Issues in Mental Nursing; 1998 19:419-431.
64. Langeland E. *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems: an intervention study in talk- therapy groups with focus on salutogenesis*. Bergen: UIB, doktoravhandling; 2007.
65. Kahonen, K., Naatanen, A., Tolvanen og K. Selmela- Aro. *Development of sense of coherence during two group interventions* Scand J Psychol no. 53 (6):523-7. doi:10.1111/sjop.12020
66. Arbeids- og sosialdepartementet. *Den norske arbeidsmarknaden*. Tilgjengelig fra www.regjeringen.no. Sist oppdatert 08.08. 2016.
67. Folkehelseinstituttet. *Folkehelse rapporten/ Helsetilstanden i Norge/ Arbeid og helse*. Tilgjengelig fra www.fhi.no.
68. Ihlebæk C, Brage S, Natvig B, Bruusgaard D. *Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge*. Tidsskr Nor. Laegeforen. 2010; 130(23): 2365-8.
69. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M et al. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe*. Eur Neuropsychopharmacol; 2011; 21(9): 655-79.
70. Cohen JF. *Statistical Power analysis for the behavioral sciences*. (2 nd edt.). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

71. AiR - Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. *Tverrfaglige modeller for kartlegging*. FOU; 2009.
72. Øverby Helsesportsenter. *Arbeidsevneindeks- en metode for å vurdere og følge opp arbeidsevne*. 1. norske utgave oversatt Work ability index; 2003.
73. Selye H. *Stress without distress*. 1. utg. New York: Lippincott; 1974.
74. Lindstrøm B, Eriksson M. *Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development*. Health Promot Int; 2006 no. 21 (3):238-44. doi: 10.1093/heapro/dal016
75. Batt-Rawden KB, Tellnes. *Social Factors of Sickness Absences and the Significance of the Nature- culture interplay in coping*. Mat Soc Med; 2013 25 (2): 127- 130.
76. Eriksson M, Lindström B. *Validity of Antonovsky`s sense of coherence scale: a systematic review*. J Epidemiol Community Health; 2005; 59:460-466. doi: 10.1136/jech.2003.018085.
77. Eriksson M. *Unravelling the mystery of salutogenesis: the evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky`s Sense of Coherence Scale*. Doctoral thesis. Åbo Akademi University Vasa, Faculty of Social and Caring Science, Department of Social Policy. Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research Programme, Research Report 2007:1. Turku: Folkhälsan; 2007.
78. Feldt T, Lintula H, Suominen S, Koskenvuo M, Vahtera J, Kivimäki M. *Structural validity and temporal stability of the 13- item sense of coherence scale: Prospective evidence from the population- based HeSSup study*. Quality of Life Research; 2007 16:483-493 DOI 10.1007/s11136-006-9130-z
79. Gassne J. *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Doktoravhandling: Sverige; Lunds universitet, Socialhögskolan; 2008.
80. Langeland E. *Betydningen av salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse*. Sykepleien forskning. 2009; (4): 288- 96.
81. Sagy S, Antonovsky H. *The development of the sens of coherence: a retrospective study of early life experiences in the family*. Int. J Aging Hum Dev; 2000 no 51 (2):155-66.

82. Thorn BE. *Cognitive therapy for chronic pain: a step by step guide*. New York: Guilford Press; 2004.
83. Beck JS. *Kognitiv terapi- teori, øvelse og refleksjon*. The Guilford Press og dansk udgave Akademisk Forlag; 2006.
84. Munos RF, Ying Y. *The prevention of depression: Research and practice*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 1993.
85. Netterstrøm B, Friebel L, Ladegård Y. *Multidisciplinary stress management programme on patient return to work rate and symptom reduction: results of a randomized wait- list controlled trial*. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 2012 82, 177-86.
Doi:10.1159/000346369.
86. Davidson RJ, Kabat- Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D et. al. *Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation*. *Psychosom med*. 2003; Jul-aug;65(4):564-70.
87. Andersen E, Repål A. *Raskere tilbake*. *Tidsskrift for kognitiv terapi*; 2016 (2) s.15-19.
88. Victor M, Lau B, Ruud T. *Patient characteristics in a return to work programme for common mental disorders: a cross- sectional study*. *BMC Public Health*; 2016 16:745 doi 10.1186/s12889-016-3431-0.
89. Bokerød Hansen K, Haugstad GK, Grenness S. *Gruppebasert kognitiv og somatisk intervensjon*. *Tidsskrift for norsk psykologforening*; 02.11.2016.
90. Hoefsmit C, Houkes I, Nijhus FJN. *Interventions Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A systematic Literature Review*. *Journal of Occupational Rehabilitation*; 2012 (22) 462-477. Doi 10.1007/ s10926-012-9359-z.
91. Scaschinghini L, Toma V, Dober- Spielmann S, Sprott H. *Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes*. *Rheumatology*; 2008 (47) 067-678.
92. Smith ORF, Alves DE, Knapstad M. *Rask psykisk helsehjelp- evaluering av de første 12 pilotene i Norge*. Rapport fra Folkehelseinstituttet; 2016.

93. Sveinsdottir V, Eriksen HR, Reme SE. *Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain*. Journal of pain research (5) 371-380. doi: 10.2147/JPR. S25330.
94. Brosschot JF, Gerin W, Thayer JF. *The review of worry, prolonged stress- related physiological activation and health*. Journal of Psychosomatic Research; 2006 60 s. 113-124.
95. Winterowd C, Beck AT, Gruener D. *Cognitive Therapy with Chronic pain patients*. New York: Springer Publishing Company; 2003.
96. Langeland E. *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*. NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid), rapport 1/14; 2013(13).
97. Jensen AGC. *Towards a parsimonious program theory of return to work intervention*. Work; 2013 44 s. 155- 164.
98. Haugli L, Steen E. *Psychological distress and employment status. Effects of a group learning programme for patients with chronic musculoskeletal pain*. Psychology, Health & Medicine; 2003 (8) 135- 148.
99. Munoz RF, Schueller SM, Barrera Ae HN, Torres LD. *Major depression can be prevented: Implications for research and practice*. In IH Gotlib and CL Hammen (Eds), *Handbook of depression*, 3. ed. New York: The Guilford Press; 2014.
100. Grotle M, Klokk LP, Kopperstad AK. *Sykefravær og «Raskere tilbake». En prospektiv klinisk studie av pasienter med langvarige ryggsmertter*. Fysioterapeuten; 2016 (16) 26-31.
101. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK. *The effect of salutogenetic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial*. Epub; 2006 62(2):212-9.
102. Dalgard OS. *A randomized controlled trial of psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway*. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health; 2006 (2) 15.

Vedlegg

- 1) Godkjenning av prosjekt, NSD
- 2) Samtykke, informasjonsskriv og spørreskjema ved oppstart
- 3) Informasjonsskriv og spørreskjema ved 8 uker/ kursslutt
- 4) Informasjonsskriv og spørreskjema 3 måneder etter kursslutt