

# Vold og arbeidsfungering

*I hvilken grad profiterer voldseksponerte deltakere på det arbeidsrettede behandlingstiltaket ”Senter for jobbmestring”?*

Naomi Wichmann Martins



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2019



# Vold og arbeidsfungering

*I hvilken grad profiterer voldseksponerte deltakere på det arbeidsrettede behandlingstiltaket "Senter for jobbmestring"?*

Naomi Wichmann Martins

Copyright Naomi Wichmann Martins

2019

Vold og arbeidsfungering

Naomi Wichmann Martins

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



# Sammendrag

**Forfatter:** Naomi Wichmann Martins

**Tittel:** Vold og arbeidsfungering: *I hvilken grad profiterer voldseksponerte deltakere på det arbeidsrettede behandlingstiltaket "Senter for jobbmestring"?*

**Veileder:** Silje Endresen Reme

**Bakgrunn:** En stor andel av befolkningen vil i løpet av livet oppleve å bli utsatt for en eller flere voldshendelser. Slike belastende livserfaringer vil kunne føre med seg en rekke negative konsekvenser, som direkte eller indirekte kan påvirke vedkommendes evne til å fungere adekvat i arbeidslivet. Der studier i større grad har sett på sammenhenger mellom voldseksponering og psykisk uhelse, samt sammenhenger mellom psykisk uhelse og arbeidsfungering, vet man fremdeles lite om den direkte koblingen mellom voldseksponering og arbeidsevne.

**Forskningsspørsmål:** Hva kjennetegner voldseksponerte deltakere i studien, og i hvilken grad nyttiggjør disse deltakerne seg av behandling med jobbmestrende fokus (i form av økt arbeidsevne og redusert lidelsestrykk)?

**Metode:** Dette er en studie som baserer seg på kvantitative analyser av et allerede eksisterende datatilfang, innhentet i forbindelse med evalueringen av intervensjonsprogrammet *Senter for jobbmestring*. Intervensjonen består av et arbeidsrettet behandlingstiltak, rettet inn mot mestring av arbeid og bedring av psykisk fungering for personer med lettere psykiske lidelser. Utvalget i studien består av 1193 deltakere, hvorav 36,5 % av disse svarte bekreftende på spørsmål vedrørende voldseksponering. Hovedmålene som analyseres i studien er sysselsetting og symptomtrykk i form av angst- og depresjonsplager. I tillegg undersøkes flere andre variabler relatert til arbeidsfungering, fysisk helse og mestringsstil. Evalueringen er gjennomført ved bruk av beskrivende statistikk og analyser for utprøving av statistisk signifikans og sannsynlighetsestimater. De statistiske metodene som benyttes i studien er t-test, chi-kvadrat, logistisk regresjon og variansanalyser (mixed-design ANOVA).

**Resultater:** Før behandling skiller voldseksponerte deltakere seg signifikant fra øvrige deltakere i studien ved at de relativt sett er underrepresentert blant deltakere i jobb, og

overrepresentert blant deltakere på langtidsytelser. Videre oppgir de lenger varighet av sine psykiske plager, samt at de rapporterer om større grad av både fysiske- og psykiske plager. Etter endt behandling finner man ingen signifikante forskjeller mellom voldseksponerte og øvrige deltakere i intervensjonsgruppen på de to utfallsmålene sysselsetting og symptomtrykk.

**Konklusjon:** Før oppstart av prosjektet skilte de voldseksponerte seg ut ved at de oppga høyere fysisk- og psykisk lidelsestrykk, i tillegg til at de som gruppe hadde en svakere arbeidslivstilknytning enn ikke-eksponerte. Det arbeidsrettede tiltaket ser ut til å ha hatt like god effekt for voldseksponerte deltakere både når det gjelder økt eller opprettholdt arbeidsdeltakelse, samt reduksjon av angst- og depresjonssymptomer. Man ser imidlertid noen trender i datamaterialet som peker mot at voldseksponerte deltakere har hatt litt mindre tiltakseffekt enn de øvrige deltakerne i intervensjonsgruppen. Dette kan skyldes tilfeldigheter, men det kan også være et resultat av at studien er en sekundæranalyse av et datatilfang som ikke er dimensjonert for studiens formål.

# Forord

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder, Silje Endresen Reme, som har gitt meg tilgang på datamaterialet som utgjør grunnlaget for denne studien. Særlig er jeg takknemlig for hjelpen jeg har fått med dataanalysene, og for det engasjementet som har blitt vist for oppgaven. Jeg vil også takke for grundige og konstruktive tilbakemeldinger, som har vært til stor hjelp i utformingen av det endelige produktet som nå foreligger.

Takk til deltakerne i studien ”Senter for jobbmestring”, uten deres bidrag ville ikke denne oppgaven blitt til.

En varm takk til venner og familie som har støttet meg og lyttet tålmodig. Særlig vil jeg takke mamma for gode refleksjoner og innspill, hun har vært en klippe i denne skriveperioden. Jeg vil også rette en spesiell takk til min kjære samboer for grundig Excel-opplæring, uten han ville figurer og tabeller i oppgaven ikke sett ut som de gjør.

Hele denne prosessen har vært utrolig lærerik, og jeg er takknemlig for at jeg har klart å holde en jevn arbeidsflyt som har gjort oppgaveskrivingen lystbetont og spennende fra start til slutt.



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Psykiske lidelser og arbeidsevne .....	2
1.2.1	Det store sysselsettingsgapet.....	3
1.2.2	Hva er effektiv behandling?.....	5
1.2.3	Hvilke faktorer predikerer redusert arbeidsevne?.....	5
1.3	Vold, overgrep og arbeidsevne .....	7
1.3.1	Begrepsavklaring .....	7
1.3.2	Prevalensen av vold .....	7
1.3.3	Belastende livserfaringer og redusert arbeidsevne.....	10
1.3.4	Relasjonen mellom vold, overgrep og psykiske lidelser.....	11
1.4	Teoretisk bakgrunn .....	12
1.4.1	Nyere traumeteori .....	12
1.4.2	Teorier om stressmestring.....	13
1.5	Senter for jobbmestring.....	14
1.5.1	Gjennomføring av studien.....	15
1.5.2	Foreløpige funn .....	16
1.6	Problemstilling.....	16
<b>2</b>	<b>Metode</b> .....	<b>19</b>
2.1	Rekruttering og prosedyrer for datainnsamling .....	19
2.2	Kartleggingsverktøy .....	20
2.3	Deltakere .....	22
2.3.1	Karakteristika og voldseksponering.....	22
2.3.2	Sysselsetting.....	23
2.3.3	Helserelaterte og psykiske plager .....	23
2.4	Preliminære analyser .....	24
2.5	Forskningsetiske hensyn .....	26
<b>3</b>	<b>Resultater</b> .....	<b>27</b>
3.1	Ved inklusjon .....	27
3.1.1	Vold og arbeidsstatus .....	27
3.1.2	Karakteristikker ved de voldseksponerte .....	28
3.1.3	Type vold .....	32
3.1.4	Sammendrag av analyser ved inklusjon .....	35
3.2	Etter behandling (12 måneder) .....	36
3.2.1	Effekt på sysselsetting.....	36
3.2.2	Effekt på symptomtrykk.....	38
3.2.3	Sammendrag av analyser etter endt behandling.....	40
<b>4</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>41</b>
4.1	Diskusjon av hovedfunn.....	41
4.1.1	Voldseksponering, lidelsestrykk og arbeidsstatus ved inklusjon.....	41
4.1.2	Andre karakteristika ved voldseksponerte deltakere .....	42
4.1.3	Regelmessig vold og eksponering for flere voldskategorier.....	43
4.1.4	Voldseksponering, lidelsestrykk og arbeidsstatus etter endt behandling.....	45
4.1.5	Voldseksponering og arbeidsrettet behandling – hvordan øke fungering og sysselsetting ytterligere?.....	45
4.2	Styrker og svakheter ved studien.....	47

<b>4.3</b>	<b>Implikasjoner</b> .....	<b>50</b>
<b>4.4</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>51</b>
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>53</b>
	<b>Vedlegg / Appendiks</b> .....	<b>60</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Vold og overgrep utgjør i dag et så omfattende problem at Verdens helseorganisasjon betegner det som en trussel mot global folkehelse (World Health Organization, 2016). Internasjonale studier estimerer at en fjerdedel av alle voksne har opplevd fysisk mishandling i barndommen, i tillegg rapporterer så mange som 1 av 5 kvinner og 1 av 13 menn å ha vært utsatt for seksuelle overgrep (World Health Organization, 2016). I Norge finner man liknende trender hva gjelder omfang av vold og overgrep. En nasjonal forekomststudie (Thoresen & Hjemdal, 2014) fant en livstidsprevalens for seksuelle overgrep på henholdsvis 33,6 % for kvinner og 11,3 % for menn. Videre rapporterte nesten en tredjedel av de totalt 4527 deltakerne i studien om å ha vært utsatt for minst en type alvorlig vold etter fylte 18 år. Utover dette finner man i både norske og utenlandske studier en høy forekomst av andre typer vold, blant annet i form av psykisk og emosjonelt misbruk (Hughes et al., 2017; Sørbø, Grimstad, Bjørngaard, Schei, & Lukasse, 2013). Ikke bare finner man at forekomsten av ulike typer voldseksponering er høy, men at vold og overgrep fører med seg en rekke negative konsekvenser for individet. Blant annet ser det ut til å være en sterk assosiasjon mellom det å ha vært utsatt for ulike voldshendelser og økt risiko for fysiske og psykiske helseplager (Felitti et al., 1998; K. S. Kendler & Gardner, 2016; Thoresen & Hjemdal, 2014).

Psykiske lidelser på sin side er forbundet med en rekke negative konsekvenser både på individ- og samfunnsnivå. For enkeltmennesker er det å ha en psykisk lidelse forbundet med dårligere daglig fungering, interpersonlige vansker samt svakere arbeidslivstilknytning (A. K. Knudsen, Harvey, Mykletun, & Øverland, 2013; Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). På et samfunnsmessig plan ser man hvordan psykiske lidelser fører med seg høye kostnader, blant annet i form av utgifter tilknyttet ulike helseytelser (Arends, van der Klink, & Bültmann, 2010; Kalstø & Galaasen, 2015; A.K. Knudsen et al., 2010). Hva gjelder sistnevnte er Norge i en særstilling, da vi er det OECD-landet som bruker mest av vårt brutto nasjonalprodukt på utbetalinger av trygde- og sykefraværsytelser (OECD, 2013). Tradisjonelt har psykologisk behandling ofte hatt fokus på symptomlette som utfallsmål i behandling. Forskning viser imidlertid at symptomlette alene ikke nødvendigvis fører til at personer får bedret sitt fungeringsnivå, spesielt når det gjelder fungering i arbeid (H. de Vries, Fishta, Weikert, Rodriguez Sanchez, & Wegewitz, 2018). De senere årene har man sett et økt fokus

på å inkorporere andre mål i behandlingen, nettopp for å tette gapet mellom symptomlette og faktisk fungering i dagliglivet. Når det gjelder sammenhengen mellom psykiske lidelser og arbeid har brorparten av forskningen rettet seg mot symptomer relatert til depresjon og angst (Brouwers, Terluin, Tiemens, & Verhaak, 2009; A. K. Knudsen et al., 2013; K. Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk, & Van Dijk, 2006), som sammen med ruslidelser utgjør de mest vanlige psykiske lidelsene i befolkningen (Reneflot et al., 2018). I tillegg har en del forskning sett på relasjonen mellom de mer alvorlige psykiske lidelsene (som bipolar lidelse og schizofreni) og arbeid (Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001; Roelen et al., 2012; Twamley, Jeste, & Lehman, 2003). Når det kommer til traumerelaterte vansker og belastende livserfaringer, foreligger det imidlertid langt færre studier som tar for seg sammenhenger mellom disse og arbeidsevne.

Den foreliggende studien baserer seg på analyser av et eksisterende datatilfang innhentet i forbindelse med evalueringen av intervensjonsprogrammet *Senter for jobbmestring* - et arbeidsrettet behandlingstiltak rettet inn mot mestring av arbeid og bedring av psykisk fungering for personer med lettere psykiske lidelser (Reme et al., 2013). Tilgangen på datamaterialet kommer via Silje Endresen Reme, forskningsleder ved prosjektet og veileder for denne oppgaven. Formålet med studien er å undersøke hvorvidt voldseksponerte deltakere i like stor grad som ikke-eksponerte nyttiggjør seg den arbeidsrettede behandlingen. I tillegg søker denne studien å si noe om karakteristikker ved de voldsutsatte deltakerne, og undersøke om de skiller seg fra de øvrige deltakerne i prosjektet på noen måte. Dette i håp om at eventuelle funn vil kunne generaliseres til andre voldseksponerte populasjoner, og på denne måten øke forståelsen rundt mekanismer ved vold som kan ha en innvirkning på både generell fungering og arbeidsevne. Før relasjonen mellom voldseksponering og arbeidsevne diskuteres eksplisitt, vil sammenhengen mellom psykiske lidelser og arbeidsevne drøftes på et mer overordnet plan. Dette fordi vold utgjør én av flere risikofaktorer for å utvikle en psykisk lidelse (Folkehelseinstituttet, 2018).

## **1.2 Psykiske lidelser og arbeidsevne**

De senere årene har man sett en betraktelig økning i bruk av helserelaterte ytelser som følge av psykiske lidelser. I følge tall fra NAV utgjør psykiske lidelser per dags dato den største diagnosegruppen for mottak av både arbeidsavklaringspenger [AAP] og uføretrygd (NAV, 2016; Sutterud, 2018). Muskel- og skjelettlidelser er fremdeles den hyppigste årsaken til rett

på sykepenger, men her har man sett en utviklingen de siste 20 årene der psykiske lidelser stadig står for en større andel av sykefraværet (Kalstø & Galaasen, 2015).

Det kan være flere årsaker til at psykiske lidelser nå i større grad enn tidligere oppgis som grunnlag for rett til helserelaterte ytelser. En åpenbar grunn kan være at forekomsten av psykiske lidelser har økt i befolkningen de senere årene. Både norske og utenlandske studier finner imidlertid at prevalensen av psykiske lidelser har holdt seg på et stabilt nivå de siste tiårene (de Graaf, ten Have, van Gool, & van Dorsselaer, 2012; Kessler et al., 2005; NAV, 2016). Noen peker på det faktum at psykiske lidelser er forbundet med mindre stigma i dag enn tidligere, og at dette igjen har ført til større aksept for psykiske lidelser som årsak til redusert arbeidsevne (Ellingsen, 2018). I tillegg trekkes det frem at strukturelle endringer i arbeidslivet, blant annet i form av økte krav til sosial kompetanse og samhandling, kan gjøre det vanskeligere for folk med psykiske lidelser å delta i arbeidslivet (NAV, 2016).

Hva gjelder sykefravær og uførepensjon ser man at den individuelle risiko for disse er høyere ved alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og bipolar lidelse (Øverland, Knudsen, & Mykletun, 2011). Det er imidlertid de mildere psykiske lidelsene, eksempelvis angst- og depresjonstilstander, som bidrar mest til sykefraværet (Broadhead, Blazer, George, & Tse, 1990; Henderson, Glozier, & Holland Elliott, 2005). Brage, Nossen, Kann, and Thune (2012) fant i sin studie at legemeldt sykefravær grunnet mildere psykiske lidelser økte med hele 145 % i perioden 2000-2011. Det samme ser ut til å gjelde for uførepensjon, der subkliniske angst- og depresjonssymptomer synes å bidra på lik linje til antallet uførepensjonister som de mer alvorlige psykiske lidelsene med høyere symptomtrykk (A.K. Knudsen et al., 2010). En forklaring på dette er at de lettere psykiske plagene er langt mer vanlige i befolkningen enn alvorlige psykiske lidelser. I tillegg påpeker Brage m.fl. (2012) at økningen for de lettere psykiske lidelsene trolig skyldes en kombinasjon av endret diagnosepraksis for legene og en reell vekst i sykmelding på bakgrunn av diagnosene ”situasjonsbetinget psykisk ubalanse” og uspesifiserte psykiske symptomer og plager”. Man ser altså at psykiske lidelser er blant hovedårsakene til redusert arbeidsevne i Norge, og at de mildere formene for psykiske plager utgjør en vel så stor risikofaktor for dette som de mer alvorlige psykiske lidelsene.

### **1.2.1 Det store sysselsettingsgapet**

OECD melder i sin rapport ”Mental Health and Work: Norway” (2013) at Norge har en av de høyeste sysselsettingsratene blant organisasjonens medlemsland, med opp mot 85 % av den psykisk ”friske” arbeidsstyrken i jobb. Ser man på personer diagnostisert med ulike psykiske

lidelser, ser tallene ganske annerledes ut. Mennesker med moderate psykiske lidelser har tre ganger så høy arbeidsledighetsrate som den øvrige friske befolkningen, mens de med alvorlige psykiske lidelser har hele ni ganger så høy arbeidsledighetsrate (OECD, 2013, p. 24). Samtidig er Norge det OECD-landet med høyest prevalens av sykefravær og uføretrygd. Generelt sett er altså arbeidsledigheten i Norge lav, men andelen personer utenfor arbeidslivet med psykiske lidelser er påfallende høy; hver annen person uten arbeid i Norge har en alvorlig eller moderat psykisk lidelse, det desidert høyeste tallet blant alle OECD landene (OECD, 2013, p. 25). Hva er så årsaken til at Norge er på topp når det gjelder et slikt sysselsettingsgap mellom de med psykiske lidelser og den øvrige befolkningen? I rapporten (OECD, 2013) pekes det blant annet på oppbygningen av det norske velferdssystemet, for dårlig samarbeid mellom ulike instanser i helsesektoren, samt for lite fokus på arbeid i den psykologiske behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Selv om samtlige punkter trolig er viktige bidragsyttere til den ufordelaktige sysselsettingssituasjonen folk med psykiske lidelser i Norge befinner seg i, faller selve oppbygning av velferdssystemet utenfor rammene av denne oppgaven. Det samme gjelder for grad av samarbeid mellom ulike instanser i helsesektoren, selv om dette også angår psykologisk praksis. Punktet der det pekes på manglende arbeidsfokus i psykologisk behandling er imidlertid svært relevant i denne sammenheng. Dette fordi det understreker behovet for å utforme tiltak som tar sikte på å redusere sysselsettingsgapet, som igjen vil kunne bidra til å øke den praktiske nytteverdien av psykoterapi.

Hvorfor er det så viktig å få en større andel av dem med psykiske vansker i jobb? Ikke bare vil det ha en rekke positive effekter for individet, men også utgjøre en stor forskjell med tanke på å få redusert samfunnskostnader. I Norge går om lag 5 % av brutto nasjonalprodukt [BNP] med til å dekke utgifter i forbindelse med sykefravær og uførhet (OECD, 2013). Psykiske plager, både på subkliniske og kliniske nivåer, er assosiert med høye medisinske kostnader og store utgifter relatert til utbetaling av helseytelser (Brouwers, Bruijne, Terluin, Tiemens, & Verhaak, 2006). Man ser også at tid utenfor arbeidslivet har en sammenheng med hvorvidt man kommer seg tilbake i jobb eller ikke. Utover omfang og varighet av psykiske plager, finner man at lenger varighet av sykefravær i seg selv predikerer lavere sannsynlighet for tilbakeføring til arbeid (Brouwers et al., 2009; Roelen et al., 2012). Det er med andre ord ikke bare viktig å fokusere på å få en større andel av folk med psykiske plager i jobb, men også å sørge for *raskest mulig* tilbakeføring til arbeid for dem som i perioder opplever redusert arbeidsevne.

### **1.2.2 Hva er effektiv behandling?**

Indirekte kan man si at OECD-rapporten (2013) peker mot at fokus på symptomlette alene ikke er tilstrekkelig som utfallsmål i behandlingen av psykiske lidelser. Dette fordi man ser at symptomlette ikke nødvendigvis sammenfaller med økt daglig fungering, blant annet når det kommer til arbeidsevne (H. de Vries et al., 2018). Et spørsmål blir da hva som konkret kan gjøres for å kvalitetssikre psykologisk behandling slik at pasientene opplever bedring av funksjon, i tillegg til å få redusert sitt lidelsestrykk. Fra forskning på feltet vet man mye om de positive effektene av å være i arbeid. Utover at det bidrar til å sikre materielle goder og økonomisk trygghet for individet har arbeid også betydning for den enkeltes identitet, opplevelse av mestring og selvtillit, sosiale relasjoner og anseelse, i tillegg til en rekke andre helsefremmende effekter (Arbeidsdepartementet, 2007; Dahl, van der Wel, & Harsløf, 2010; Trommald et al., 2005). Det å være utenfor arbeidslivet over tid medfører negative konsekvenser på flere av disse områdene, og er i seg selv forbundet med økt grad av psykiske plager (Reneflot et al., 2018). Faktorer ved selve arbeidsforholdet kan dog også utgjøre en belastning på psykisk helse (H. de Vries et al., 2018; Karen Nieuwenhuijsen, Noordik, Dijk, & Klink, 2013). Eksempelvis fant de Vries og medarbeidere (2018) i sin systematiske litteraturgjennomgang at høye arbeidskrav, stor arbeidsmengde og opplevd urettferdighet på arbeidsplassen var blant de viktigste prediktorene for sykefravær. Man ser altså en gjensidig påvirkning mellom psykisk helse og arbeid, der nedsatt arbeidsførhet er en vanlig konsekvens av psykiske lidelser, samtidig som det å oppleve problemer på arbeidsplassen på sin side disponerer for psykiske plager. Dette understreker viktigheten av å jobbe med både lidelsestrykk og arbeidsfungering parallelt, nettopp for å sikre effektiv behandling. Med henblikk på de store forskjellene i sysselsetting mellom dem med psykiske plager og den øvrige andelen av befolkningen i arbeidsfør alder, er det et åpenbart behov for endrede rutiner hva gjelder måten psykiske vansker behandles på. I dette ligger det også et behov for endring når det kommer til hvordan man måler og vurderer bedring. Én måte å gjøre dette på, er ved å inkorporere et arbeidsfokus i behandlingspraksisen. Slik vil man kunne bidra til økt fungering hos dem med psykiske lidelser, og samtidig kunne utnytte ressursene disse menneskene utgjør i mye større grad enn hva som gjøres i dag.

### **1.2.3 Hvilke faktorer predikerer redusert arbeidsevne?**

Psykiske lidelser er altså en risikofaktor for redusert arbeidsfungering. Ikke bare er de forbundet med sykmelding direkte, man finner også at psykiske lidelser er forbundet med økt

risiko for sykmelding og uføretrygd grunnet andre diagnoser, slik som muskel- og skjelettlidelser (Mauramo et al., 2019). Hva gjelder konkrete diagnoser, fant en studie at spesielt angstsymptomer ser ut til å spille en sentral rolle for arbeidsfungering (A. K. Knudsen et al., 2013). Her fant man at komorbid angst og depresjon, samt angst alene predikerte lenger varighet av sykefravær, mens man ikke fant den samme effekten for depresjon alene.

I den tidligere nevnte studien av de Vries et al. (2018) fant forskerne at faktorer ved selve arbeidsforholdet også kan utgjøre en belastning på psykisk helse, som igjen øker risikoen for sykefravær. I denne studien fant man konkret at alvorlighetsgraden av symptomer, søvnvansker, røykeatferd samt egenopplevd helse var sterke prediktorer for redusert arbeidsfungering (H. de Vries et al., 2018). Spesielt så forskerne at deltakere med tidligere angst- og depresjonsepisoder og tidligere sykefravær som samtidig opplevde høy grad av jobbrelatert stress, var i stor risiko for sykefravær. Flere andre studier understøtter disse funnene, og finner at spesielt varighet av plager, tidligere sykefravær samt lenger sykefravær ved baseline er sterke risikofaktorer for redusert arbeidsfungering og nye sykefraværsperioder (Amstadter, Aggen, Knudsen, Reichborn-Kjennerud, & Kendler, 2013; Brouwers et al., 2009; A. K. Knudsen et al., 2013; K. Nieuwenhuijsen et al., 2006; Roelen et al., 2012).

Noen av disse studiene har i tillegg sett på prediktorer for tilbakeføring til arbeid, dersom man først har falt ut av arbeidslivet. Faktorer som alvorlighetsgrad- og varighet av plager er også av betydning her. Utover dette ser man at forventninger og sosiale faktorer spiller en stor rolle for hvorvidt man kommer seg tilbake i jobb eller ikke. Lave forventninger til bedring og lave forventninger hva gjelder varighet av eget sykefravær er funnet å predikere større vansker med suksessfull tilbakeføring til arbeid (H. de Vries et al., 2018; Karen Nieuwenhuijsen et al., 2013; K. Nieuwenhuijsen et al., 2006). Når det kommer til sosiale faktorer ser man at både familieproblemer (Brouwers et al., 2009) og manglende sosial støtte (H. de Vries et al., 2018) er assosiert med redusert sannsynlighet for suksessfull tilbakeføring til arbeid.



## 1.3 Vold, overgrep og arbeidsevne

### 1.3.1 Begrepsavklaring

Vold kan defineres på mange måter, og på sitt enkleste innebærer begrepet bruk av fysisk makt for å skade andre. Mange mener imidlertid at denne definisjonen blir for enkel, da den utelukker ikke-fysiske måter å skade eller krenke andre på som man vet kan medføre like omfattende (og i visse tilfeller større) plager for et individ (Anda et al., 2004; Felitti et al., 1998; Ybarra, Espelage, Langhinrichsen-Rohling, Korchmaros, & boyd, 2016). En mye brukt definisjon av vold er Per Isdals «enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil.» (Isdal, 2000, p. 36). Isdal inkorporerer med dette også handlinger som kan føre til psykisk skade på andre, det være seg i form av trusler, psykisk smerte, skremser eller andre krenkelser. I en slik definisjon vil både fysisk-, materiell-, seksuell- og psykisk vold være implisitt inkludert i begrepet. Verdens Helseorganisasjon [WHO] har på sin side en enda bredere definisjon av voldsbegrepet, hvor også grad av villeshet, samt hvem volden er rettet mot inngår i begrepsforklaringen. Her defineres vold som ”forsettlig bruk av, eller trussel om, fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner, eller en gruppe. For å regnes som vold må handlingen resultere i, eller ha høy sannsynlighet for å resultere i død, fysisk eller psykisk skade, eller mangelfull utvikling”. I studien denne oppgaven vil ta for seg, har deltakerne blitt spurt om en rekke spørsmål som innebærer opplevd vold utøvd av *andre enn dem selv*. Hva gjelder ulike typer vold, har deltakerne besvart spørsmål med sikte på å utrede for både fysisk, psykisk og seksuell voldseksposering. Selv om WHO's definisjon av vold anses som bred og dekkende for voldsbegrepet i seg selv (spesielt med tanke på at vold definitivt også er noe som kan utøves mot en selv), er det Isdals definisjon som ligger tettest opp mot de aspektene av vold som danner grunnlaget for det empiriske materialet i denne oppgaven. Det overordnede begrepet ”vold” vil dermed videre i denne oppgaven innbefatte både fysisk-, seksuell- og psykisk vold utøvd av andre.

### 1.3.2 Prevalensen av vold

Å vurdere forekomsten av vold på befolkningsplan er utfordrende av flere årsaker. For det første er et kjent problem at slike erfaringer, spesielt når det gjelder seksuelle overgrep, ofte underrapporteres (Mossige & Huang, 2010; Priebe & Svedin, 2008; Radford, Corral,

Bradley, & Fisher, 2013). Som en tidligere var inne på finnes det også flere måter å definere vold på. I faglitteraturen brukes ofte ulike uttrykk for å beskrive vold og overgrep, og definisjonen av begrepene kan til tider være diffuse. Forskjeller i operasjonalisering av begrepene vil også kunne variere i ulike studier, som igjen bidrar til å vanskeliggjøre gode sammenlikninger. Alle disse faktorene er av betydning når det gjelder vurdering av prevalensen av vold og overgrep, og forekomsttall må dermed alltid tolkes med forsiktighet og anses som estimater.

Internasjonalt har det blitt gjennomført flere forekomststudier og meta-analyser som har sett på forekomsten av vold og overgrep (G. J. De Vries & Olf, 2009; Finkelhor, Turner, Ormrod, & Hamby, 2009; Radford et al., 2013; Saunders & Adams, 2014). Noen av disse studiene har sett på forekomsten av ulike typer voldseksponering blant barn og ungdom. I sin systematiske litteraturgjennomgang av flere studier basert på utvalg med amerikansk ungdom, fant Saunders & Adams (2014) en livstidsprevalens for fysisk voldseksponering på mellom 4 % og 19 % for disse ungdommene. Forskerne attribuerer de sprikende estimatene til forskjeller i operasjonalisering av begrepet, hvor de studiene med de laveste forekomsttallene hadde langt strengere kriterier for hva fysisk vold innebar - eksempelvis at hendelsen måtte ha ført til skader som krevde behandling av lege, eller at ungdommen i etterkant fikk tydelige merker i form av sår eller blåmerker. Hva gjelder seksuelle overgrep ble det estimert at mellom 8-10 % av barn og unge hadde opplevd minst én slik hendelse, der jenter (13% -17%) hadde langt høyere risiko enn gutter (3% – 5%). I begrepet inkluderte man blant annet voldtekt, seksuell eksponering i kontakt med en voksen samt seksuell trakassering. En av studiene i Saunders & Adams (2014) litteraturgjennomgang fant en livstidsprevalens for emosjonelt misbruk av en betydningsfull voksen på 11,9 %, mens forekomsten blant de eldste barna (14-17 år) lå på hele 22,6 %.

En nederlandsk studie (G. J. De Vries & Olf, 2009) så på forekomsten av en rekke potensielt traumatiserende hendelser i en voksen populasjon. Blant 1087 respondenter i aldersgruppen 18-80 år fant man at 22 % av menn og 12,5 % av kvinner hadde opplevd trussel om, eller faktisk eksponering for fysisk vold. Videre rapporterte 3,9 % av utvalget om voldseksponering i form av å ha blitt ranet i løpet av livet. 5,4 % av kvinnene i studien rapporterte om voldtekt i voksen alder, mot 0 % av mennene. Hva gjaldt voldtekt i barndommen rapporterte 5,2 % av kvinner og 2,1 % av menn om denne formen for seksuell voldseksponering.

Også i Norge finner man studier som tar for seg prevalensen av vold og overgrep. I en tverrsnittundersøkelse av 4527 norske menn og kvinner i alderen 18-75 år fant Thoresen og

Hjemdal (2014) at livstidsprevalensen for seksuelle overgrep lå på henholdsvis 33,6 % for kvinner og 11,3 % for menn. I begrepet seksuelle overgrep inkluderte man i studien blant annet seksuell kontakt før fylte 13, voldtekt, beføling samt press til seksuelle handlinger og/eller andre seksuelle krenkelser. For voldtekt fant forskerne at prevalensen lå på henholdsvis 9,4 % hos kvinner og 1,1 % hos menn. Omlag halvparten av kvinnene som rapporterte om voldtekt hadde opplevd dette før fylte 18 år. Videre fant Thoresen og Hjemdal at kun en tiendedel av kvinnene hadde vært til medisinske undersøkelser i etterkant av overgrepet, og at nesten en tredjedel (29 %) aldri hadde fortalt om voldtekten til noen.

Den samme studien kartla også deltakernes eksponering for fysisk og psykologisk vold. Hva gjaldt alvorlig fysisk vold fra foresatte i barndommen rapporterte omlag 5 % av mennene og kvinnene i utvalget om dette. Begrepet alvorlig fysisk vold innebar her ”å bli slått med knyttneve, sparket, banket opp, eller angrepet fysisk på annen måte” (Thoresen & Hjemdal, 2014, p. 58). Brorparten av disse meldte om at volden forekom for første gang i barnehage- eller småskolealder. Videre fremkom det at noen flere jenter enn gutter hadde opplevd psykologisk vold fra foresatte i barndommen, 15,4 % av jenter mot 11,2 % av gutter. Dette samsvarer med funn gjort i en annen norsk studie, hvor man fant en livstidsprevalens for emosjonelt misbruk på 16 % blant 65 293 kvinner (Sørbø et al., 2013). Hva gjaldt eksponering for fysisk vold i voksen alder, svarte nesten en tredjedel av respondentene (32,7 %) i studien til Thoresen og Hjemdal (2014) at de hadde vært utsatt for minst en type alvorlig vold etter at de hadde fylt 18 år. Her var det blant annet snakk om å ha blitt slått, sparket, banket opp eller truet med våpen.

Forekomsttall varierer fra studie til studie, noe som kan skyldes en rekke ulike årsaker. Enkelte av disse ble nevnt innledningsvis, mens andre årsaker kan være alt fra reelle forskjeller i prevalens mellom land, til ulikheter hva gjelder sosiodemografiske variabler – som igjen kan påvirke risikoen for å bli eksponert for ulike voldshendelser. Uavhengig av disse variasjonene hva gjelder forekomst, levner evidensgrunnlaget liten tvil om at ulike former for voldseksponering er et utbredt samfunnsproblem. I hvilken grad en gitt voldshandling påvirker en person, vil avhenge av en rekke faktorer. På et overordnet plan vil det å ha vært utsatt for vold imidlertid føre med seg økt risiko for flere negative senvirkninger, som nå vil drøftes nærmere.

### 1.3.3 Belastende livserfaringer og redusert arbeidsevne

I 1998 kom de første funnene fra den velrenommerte studien *Adverse Childhood Experiences Study* [ACE-studien] (Felitti et al., 1998), som viste en tydelig sammenheng mellom belastende barndomserfaringer og negative utfall senere i livet. Belastende barndomserfaringer [ACE] defineres som traumatiske eller stressende hendelser opplevd før fylte 18 år, og inkluderer blant annet fysisk-, seksuelt- og emosjonelt misbruk, ulike former for neglekt og dysfunksjonelt hjemmemiljø. I studien til Felitti et al. (1998) fant man også en kumulativ effekt, der antall belastende barndomserfaringer predikerte økt grad av negative utfall hva gjaldt helse og livskvalitet i voksen alder. I ettertid har det blitt gjort en rekke slike ACE-studier (Anda et al., 2004; Austin, 2018; Finkelhor, Shattuck, Turner, & Hamby, 2015; Hughes et al., 2017), hvor man gradvis har kartlagt omfanget av senvirkningene slike belastende barndomserfaringer har. Et av områdene man har sett disse konsekvensene på, er redusert prestasjon i arbeidslivet.

I litteraturen finnes det imidlertid relativt få studier som direkte tar for seg eventuelle sammenhenger mellom det å ha vært utsatt for vold og senere evne til å stå i arbeid. En forskergruppe som har sett på sammenhengen mellom aversive erfaringer i barndommen og senere arbeidsevne er Anda og medarbeidere (2004). Ved bruk av data fra den originale ACE-studien, undersøkte de hvordan belastende barndomserfaringer virker inn på arbeidsprestasjon i voksenlivet. Samlet sett utgjorde utvalget 9633 respondenter, bestående av både kvinner og menn (Anda et al., 2004). Som mål på arbeidsprestasjon valgte man de tre indikatorene 1) alvorlige vansker på jobb, 2) alvorlige finansielle vansker, samt 3) sykefravær. ACE ble kategorisert etter åtte fenomener opplevd før fylte 18 år, herunder emosjonelt-, fysisk- og seksuelt misbruk, vitne til vold mot mor, rusmisbruk i hjemmet, psykisk lidelse i hjemmet, separasjon/skilsmisse samt å ha en omsorgsperson i fengsel. For å vurdere den kumulative effekten av negative barndomserfaringer kalkulerte forskerne ACE-skårer for hver av respondentene på en skala fra 0-8, basert på de åtte ACE-kategoriene. Forskergruppen hadde også på forhånd en hypotese om at fire spesifikke områder innen helse og livskvalitet kunne være mellomliggende variabler i relasjonen mellom ACE og arbeidsprestasjon. Områdene de undersøkte var relasjonelle vansker, emosjonelt stress, somatiske symptomer og rusmisbruk (henholdsvis alkoholisme, røyking samt bruk av illegale stoffer). Anda et al. fant i sin studie en sterk, gradert sammenheng mellom variablene for negative barndomserfaringer og mål på arbeidsprestasjon. Mer spesifikt så man at de med en ACE-skåre på 4 eller høyere hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å rapportere om samtlige

av de tre indikatorene på svekket arbeidsprestasjon, sammenliknet med deltakere med ACE-skåre på 0. I tillegg fant forskerne sterk evidens for at relasjonen mellom ACE-skårer og arbeidsprestasjon var mediert av de fire områdene innen helse og livskvalitet, slik de på forhånd hadde postulert.

Resultatene fra denne studien er interessante av flere årsaker. For det første indikerer studien at det finnes en sammenheng mellom eksponering for aversive erfaringer i barndommen og senere arbeidsfungering. For det andre peker den på at styrken på denne relasjonen øker jo flere slike erfaringer man har opplevd. En begrensning ved studien med tanke på relevans for denne oppgaven, er at deltakere som var ute av arbeidslivet på tidspunktet studien ble gjennomført, ble ekskludert. Den kan dermed ikke si noe om karakteristikker ved arbeidsledige individer med høye ACE-skårer, ei heller bidra til å belyse hva som gjorde det vanskelig for disse å være i arbeid, noe som ville vært interessant i dette øyemed. Til tross for disse begrensningene belyser funnene kompleksiteten og omfanget av vansker voldseksponering fører med seg, både hva gjelder fysisk og psykisk helse, opplevd livskvalitet samt arbeidskapasitet.

### **1.3.4 Relasjonen mellom voldseksponering og psykiske lidelser**

Av de psykiske lidelsene er det funnet at angst og depresjon bidrar mest til sykefraværet (Henderson, Glozier, & Elliott, 2005), og at angst- og depresjonssymptomer er forbundet med både langvarige og gjentatte perioder med sykefravær (A. K. Knudsen et al., 2013). I tillegg har man studier som viser at belastende livserfaringer i barndommen har en negativ innvirkning på senere arbeidsevne. Hva gjelder de spesifikke utviklingsveiene for psykiske lidelser vet man relativt lite om disse, utover at de trolig oppstår i et samspill mellom miljømessige og genetiske risikofaktorer. Noen sentrale risikofaktorer man imidlertid har klart å identifisere er mobbing, fysisk vold, overgrep samt vedvarende psykososiale belastninger (Folkehelseinstituttet, 2018). Flere studier finner at belastende livshendelser og traumer øker risikoen for psykiske lidelser (Amstadter et al., 2013; Assari & Lankarani, 2018; K. S. Kendler & Gardner, 2016; Kessler, Davis, & Kendler, 1997), og at fysisk-, seksuell- og emosjonell voldseksponering i barndommen utgjør risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser som blant annet angst og depresjon (Carr, Martins, Stingel, Lemgruber, & Juruena, 2013; Kenneth S. Kendler et al., 2000). I studien til Anda et al. (2004) fant man en gradert relasjon mellom ACE-skårer og mål for helse og livskvalitet, som indikerer at økt antall voldserfaringer var assosiert med større grad av fysiske og psykiske plager. Disse

funnene samsvarer med funnene gjort i den tidligere nevnte studien til Thoresen og Hjemdal (2014). Her fant forskerne en klar opphopning av psykiske helseproblemer for vold- og overgrepseksponerte personer, sammenliknet med dem som ikke var utsatt for slike hendelser. Dette gjaldt både for angst og depresjon, i tillegg til posttraumatiske reaksjoner. Thoresen og Hjemdal (2014) fant i likhet med Anda og medarbeidere (2004) også at økende antall voldskategorier sammenfalt med økt psykisk lidelsestrykk. Begge studiene fant utover dette evidens for at det å ha vært utsatt for én type vold, spesielt i ung alder, øker sannsynligheten for å bli utsatt for andre type voldsformer – som igjen øker sannsynligheten for større grad av psykiske vansker.

Fra et deterministisk ståsted vil man kunne tenke at den sterke relasjonen mellom voldseksponering og psykiske plager vanskeliggjør en tilfredsstillende behandling av dem som har opplevd slike belastende livshendelser. Som tidligere nevnt fant Anda et al. (2004) imidlertid at relasjonen mellom ACE-skårer og arbeidsprestasjon var mediert av relasjonelle vansker, emosjonelt stress, somatiske symptomer og rusmisbruk. Dette indikerer at det tross alt finnes veier inn for å hjelpe dem som bærer med seg slike belastende erfaringer i sin livshistorie. Ved å nettopp fokusere på disse og andre medierende faktorer i behandlingen, kan man bidra til å bedre helse og livskvalitet for voldsutsatte personer - og dermed også øke deres funksjonsnivå og arbeidsevne.

## **1.4 Teoretisk bakgrunn**

Empiriske studier er helt essensielle når man i psykologifeltet eksempelvis skal forsøke å avdekke sammenhenger mellom ulike fenomener. For å prøve og forstå bakenforliggende mekanismer trengs imidlertid en ramme man kan se disse sammenhengene i. Psykologiske teorier kan fungere som slike forståelsesrammer, ved at de gir et rasjonale for hvorfor man skal forstå en gitt problemstilling på en gitt måte. I den foreliggende studien vil voldseksponering knyttes opp mot psykiske plager og arbeidsevne, og det finnes flere teorier i feltet som kunne vært relevante for denne oppgavens problemstillinger. For å avgrense vil det primært fokuseres på to teoretiske retninger, som anses som spesielt aktuelle i denne sammenheng.

### **1.4.1 Nyere traumeteori**

Nyere traumeteori, som inkorporerer elementer fra både tilknytnings- og utviklingspsykologien (Michalopoulos, 2012), er opptatt av hvordan belastende hendelser i

ulik grad virker inn på individet. Fra tilknytningsperspektivet (Bowlby, 1958) inkorporerer teorien tanken om at kvaliteten på nære følelsesmessige bånd tidlig i livet spiller en rolle for individets senere utvikling. Innen traumefeltet er også begrepet *regulering* sentralt (Siegel, 2012), som sier noe om evnen til håndtering og kontroll over egne følelser og atferd. De tidligere nevnte ACE-studiene (Anda et al., 2004; Felitti et al., 1998) illustrerer traumeperspektivet på en god måte, ved at man basert på teori om normalutvikling og betydningen av trygge tilknytningsrelasjoner har undersøkt hvilke senfølger som kan forekomme når disse rammene svikter. Hvorvidt erfaringer oppleves traumatiserende eller ikke vil variere, derfor snakker man i traumefeltet om potensielt traumatiserende hendelser. I den foreliggende studien vil voldseksponering drøftes på et mer overordnet plan, da datagrunnlaget ikke gir belegg for å si noe om deltakernes subjektive opplevelser av sine voldserfaringer. Allikevel anses traumeperspektivet som nyttig i drøftingsdelen av denne oppgaven. Først og fremst for å belyse potensielle funksjonelle følger av ulike former for voldseksponering, men det anses også som betydningsfullt ved drøftingen av dagens screeningrutiner og behandlingsopplegg.

#### **1.4.2 Teorier om stressmestring**

Stress- og mestringsteorier på sin side forteller oss hvordan stress virker i kroppen, og påvirker menneskers psykiske og fysiske helse. De sier også noe om hvilke faktorer som spiller inn for mestring av vedvarende stress, og hva som vanskeliggjør adaptiv mestring. I følge transaksjonell stressteori (Lazarus, 1984) anses individets opplevde stressbelastning som spesielt betydningsfullt for håndtering og mestring av stress. Den postulerer videre at graden av opplevd belastning må sees i sammenheng med hvilke ressurser individet opplever å ha tilgjengelig for å håndtere denne belastningen, både i form av egen kompetanse og sosial støtte i omgivelsene. Banduras sosial kognitive teori (1977) bidrar med et annet relevant perspektiv for oppgaven. Den sier noe om hvordan menneskers mestringsforventninger og tro på egne evner, det Bandura kaller *self-efficacy*, er sentralt for prestasjon og velvære. I Norge har Ursin og Eriksen (2004) kommet med viktige bidrag til feltet med sin CATS-modell, *kognitiv aktiveringsteori for stress*. Denne bygger videre på generell aktiveringsteori fra nevrofysiologien, og er en teori om hvordan stress virker i kroppen. Teorien understreker spesielt at grad av forventning til mestring er av betydning for om aktiveringen over tid blir maladaptiv og fører til negative helsemessige konsekvenser. Alle disse perspektivene anses som interessante med henblikk på oppgaven, fordi de sier noe om hvilke faktorer som

medvirker til at det å stå i jobb kan være utfordrende. I en studie om utsatte grupper og psykisk helse, fant man at de tre gruppene i Norge med høyest andel betydelige psykiske plager var sosialhjelpsmottakere, trygdemottakere og de som hverken var i jobb eller utdanning (Myklestad, Rognerud, & Johansen, 2008). Risikofaktorer som hang sammen med psykisk helse var lav sosial støtte, lav opplevd mestringskontroll, økonomiske problemer og skilsmisse. I en annen studie undersøkte Fitzgerald og medarbeidere (1989) sammenhengen mellom mestringstro ("self-efficacy") og tilbakeføring til arbeid etter sykefravær. Her fant de at pasienter med høy grad av mestringstro kom seg tilbake i arbeid tidligere enn de med lav grad av mestringstro. Funn fra flere andre studier understøtter disse resultatene (Brouwer et al., 2009; Labriola et al., 2007). Basert på de ovenfor nevnte funnene er stress- og mestringsteorier relevante i denne sammenheng, fordi de belyser noen av mekanismene som kan bidra til eventuell økt arbeidsdeltakelse for deltakerne i den foreliggende studien.

## 1.5 Senter for jobbmestring

I sin rapport etterspør OECD (2013) tiltak som konkret adresserer problemene vi står ovenfor med manglende integrering av folk med psykiske lidelser i arbeidslivet. I tillegg har man sett at de lettere formene for psykiske plager står for en stor andel av sykefravær og uførepensjoner. Dermed er det, utover å rette fokuset mot økt grad av sysselsetting blant psykisk syke, nødvendig å utarbeide tiltak som også retter seg inn mot de mildere formene for psykiske lidelser.

Nettopp et slikt initiativ ble tatt da det arbeidsrettede intervensjonsprogrammet *Senter for jobbmestring* [SFJ] ble utviklet. SFJ ble etablert høsten 2008, og er basert på metodikken bak et vellykket pilotprosjekt ved NAV Østfold (Steihaug & Harsvik, 2009). Her fant man at kognitiv atferdsterapi med jobbmestring som hovedfokus så ut til å fungere når det gjaldt å bringe personer med milde til moderate psykiske lidelser tilbake i jobb. SFJ ble ved oppstart etablert i seks fylker (Hordaland, Sør-Trøndelag, Troms, Oslo, Akershus og Østfold), som ett av flere fagutviklingsprogram med midler øremerket fra Nasjonal strategiplan for psykisk helse og arbeid (Arbeidsdepartementet, 2007). Hensikten med SFJ er å tilby arbeidsrettet behandling til personer med milde til moderate angst- og depresjonsplager, med det formål å hjelpe dem både til å mestre sine psykiske plager samt å stå i arbeid over tid (NAV, 2013). Tilbudet kombinerer kognitiv atferdsterapi "og prinsipper fra arbeidsrehabiliteringsmodellen *Individual Placement and Support* [Individuell jobbstøtte/IPS]" (Reme et al., 2013, p. 10).



IPS er en oppfølgingsmetodikk opprinnelig utviklet i USA, hvor målet er å hjelpe mennesker med psykiske lidelser ut i ordinært, lønnet arbeid. Sentralt for metodikken er ”bruken av ordinære arbeidsplasser som treningsarena, integrering av tjenester innen helse- og arbeidsrehabilitering, og tett individuell oppfølging av brukerne” (Reme et al., 2016, p. 12). Her gjøres det ingen arbeidsevnevurdering i forkant, og det eneste inntakskriteriet er et ønske om å komme i jobb. Flere utenlandske studier har dokumentert metodens effekt hva gjelder økt sysselsetting for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Bond et al., 2007; Gold et al., 2006; Mueser et al., 2004). I tillegg har det blitt gjennomført en RCT-studie her i Norge, der forskerne dokumenterte at IPS hadde effekt for personer med alvorlige psykiske lidelser også i en norsk kontekst (Reme et al., 2018). Hva gjelder kognitiv atferdsterapi [CBT] finnes det bred forskningsevidens for effekten av denne behandlingen på en rekke ulike psykiske lidelser, og terapiformen anses som ”gullstandarden” innen behandling av angst- og depresjonsplager (National Institute for Health and Care Excellence, 2011, 2014).

### **1.5.1 Gjennomføring av studien**

I perioden januar 2010 til februar 2012 ble Senter for jobbmestring definert som et forskningsprosjekt (Reme et al., 2013). Uni Research Helse fikk i oppgave å evaluere det arbeidsrettede tiltaket, med det hovedformål å 1) evaluere SFJ hva gjaldt både sysselsettingseffekt og virkning på psykisk helse og livskvalitet, 2) ”videreutvikle kunnskap om virkninger av arbeidsrettet behandling for lettere psykiske lidelser” samt 3) gjennomføre en systematisk kartlegging og analyse av hvordan tiltaket fungerer i samarbeid med det øvrige NAV-systemet og primær- og sekundærhelsetjenesten (Uni Research Helse, 2010).

Studien er designet som en randomisert kontrollert multisenterstudie, og totalt 1193 deltakere i aldersgruppen 18-60 år ble inkludert (Reme, Grasdahl, Løvvik, Lie, & Øverland, 2015). De rekrutterte deltakerne var enten i fare for sykemelding, allerede sykemeldte eller mottagere av langvarige helseytelser (eksempelvis arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd) som følge av psykiske plager. Kriterier for eksklusjon var på forhånd satt der andre årsaker enn milde til moderate psykiske plager ble angitt som hovedgrunn til vansker med arbeidsdeltakelse, som for eksempel ”manglende motivasjon for å delta i arbeidslivet, alvorlige psykiske lidelser, høy suicidrisiko, graviditet og pågående rusmisbruk” (Reme et al., 2015, p. 2). Manglende leseferdigheter i norsk, samt deltakelse i annen psykoterapi medførte også eksklusjon. Behandlingen som ble gitt til intervensjonsgruppen bestod som tidligere nevnt av en integrert modell, med kombinert arbeidsfokustert CBT og individuell jobbstøtte.

Studiens kontrollgruppe var aktiv, i den forstand at de mottok standard behandling og oppfølging fra sine fastleger og NAV. Deltakerne i kontrollgruppen ble i tillegg oppfordret til å benytte seg av andre tilgjengelige tjenester og selvhjelpsressurser.

På hvert Jobbmestringssenter ble det dannet små team bestående av terapeuter og jobbspesialister, for å sikre integrasjonen mellom CBT og et eksplisitt arbeidsfokus (Reme et al., 2015). Deltakerne ble tilbudt opp til 15 timer med CBT, hvor fokuset var kognitiv arbeidsmestring. Her hadde man et spesifikt fokus på å mestre psykiske plager relatert til ulike arbeidssituasjoner.

Det primære utfallsmålet i studien var grad av økt sysselsetting ved 12 måneders oppfølging (Reme et al., 2013). Med økt sysselsetting menes opprettholdelse av arbeidsdeltakelse, å finne ny jobb, eller komme helt eller delvis tilbake i jobb. Med *helt eller delvis tilbake i jobb* siktes det til personer som er i jobb uten å motta trygdeytelser, samt personer med økt jobbinnsats og reduserte trygdeutbetalinger ”sammenliknet med status ved inklusjon” (Reme et al., 2013, p. 13). I tillegg ønsket man som nevnt innledningsvis å måle eventuelle endringer i psykisk og fysisk helse og funksjon. Sekundære utfallsmål ble estimert ved bruk av de fire kartleggingsskjemaene *The Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]*, *EQ-5D*, *Subjektive helseplager [SHC]* og *The Chalder Fatigue Questionnaire [FQ]*. Disse målene vil redegjøres for nærmere under metoddelen av oppgaven.

## 1.5.2 Foreløpige funn

Funnene fra studien indikerte en signifikant effekt i favør av Senter for jobbmestring. Konkret fant forskergruppen at en større andel deltakere i intervensjonsgruppen hadde opprettholdt eller økt sin arbeidsdeltakelse enn i kontrollgruppen etter 12 måneder, og at disse forskjellene fremdeles var signifikante ved 18-måneders oppfølging (Reme et al., 2013).

## 1.6 Problemstilling

Overordnet er målet med den foreliggende studien å undersøke eventuelle sammenhenger mellom belastende livserfaringer og arbeidsfungering, basert på data fra forskningsprosjektet Senter for jobbmestring. Spesifikt vil det tas utgangspunkt i den delen av utvalget som oppgir å ha blitt utsatt for ulike voldshendelser. Her vil det ses nærmere på karakteristikkene ved de voldseksponerte som gruppe, samt undersøkes hvorvidt de skiller seg fra de øvrige deltakerne når det kommer til effekt av det arbeidsrettede tiltaket.

## **1. Hvordan er forekomsten av vold fordelt i de ulike arbeidsstatusgruppene 1) i fare for sykmelding, 2) sykmeldt og 3) langtidsytelser?**

Det første forskningsspørsmålet tar sikte på å redegjøre for forekomsten av vold og overgrep i de tre arbeidsstatusgruppene 1) *i fare for sykmelding/i jobb*, 2) *sykmeldt* og 3) *langtidsytelser*. Videre vil det vurderes hvordan individene fordeler seg i de ulike voldskategoriene ”slått”, ”ran/overfall”, ”seksuell vold eller overgrep”, ”frihetsberøvelse” og ”alvorlige trusler”. Det vil også undersøkes hvorvidt de som oppgir henholdsvis voldseksposering som har pågått regelmessig over tid og de som oppgir å ha vært utsatt for flere voldskategorier, skiller seg ut hva gjelder sysselsetting ved baseline.

Basert på forskning innen traumefeltet, samt ulike stress- og mestringsteorier, er en hypotese at både de som oppgir å ha vært utsatt for regelmessig voldseksposering og de som oppgir å ha vært utsatt for flere voldskategorier vil ha større vansker med å opprettholde adekvat fungering i arbeid. Det postuleres på bakgrunn av dette at disse individene vil være overrepresentert i de to arbeidsstatusgruppene *sykmeldt* og *langtidsytelser*.

## **2. Hva karakteriserer voldseksposerte symptomatisk, og i hvilken grad oppgir de komorbiditet sammenliknet med det øvrige utvalget?**

Det andre forskningsspørsmålet er todelt, og hensikten er å si noe om hva som karakteriserer voldseksposerte symptomatisk, i tillegg til å undersøke hvorvidt disse individene skiller seg fra det øvrige utvalget med henblikk på komorbiditet. Innad i voldsgruppen vil det undersøkes om de som oppgir regelmessig voldseksposering skiller seg ut hva gjelder symptomtrykk ved baseline, sammenliknet med dem som oppgir å ha vært utsatt for én eller flere enkelthendelser. Det vil også vurderes hvorvidt det finnes en sammenheng mellom antall voldskategorier og rapportert fysisk og psykisk lidelsestrykk.

Hva gjelder karakteristika er en hypotese at den voldsutsatte gruppen vil rapportere om sammensatte vansker på flere områder når det kommer til fysisk og psykisk helse, samt helseatferd. Dette basert på funn fra studier som finner at tidlige traumerelaterte erfaringer ikke bare er assosiert med økt psykisk lidelsestrykk, men også en rekke helserelaterte faktorer som blant annet røykevaner, alkoholmisbruk, migrene, søvnvansker og ulike typer kroniske lidelser (Austin, 2018; Hughes et al., 2017). Samtlige kan anses å være relevante med tanke på fungering i arbeid, ved at de kan sies å være medierende faktorer for jobbprestasjon (Anda et al., 2004; Felitti et al., 1998). En annen hypotese er at de voldsutsatte som oppgir regelmessig eksponering over tid vil angi større grad av komorbiditet enn dem som oppgir å

ha vært utsatt for én eller flere enkelthendelser, og at de som oppgir å ha vært utsatt for flere voldskategorier vil angi et høyere lidelsestrykk enn dem som kun har blitt eksponert for én voldskategori. Dette basert på funn fra studier som viser en sammenheng mellom belastende livshendelser og senere negative utfall, samt at styrken på denne relasjonen øker jo flere slike erfaringer man har opplevd (Anda et al., 2004; Felitti et al., 1998). Spesifikt postuleres det at både regelmessig voldseksponerte og de utsatt for flere voldskategorier vil rapportere om flere angstpregede og depressive symptomer (som målt av skårer på HADS), og flere somatiske symptomer (som målt av FQ og SHC).

### **3. Hvilken effekt har det arbeidsrettede tiltaket for de voldseksponerte (ved 12-måneders oppfølging)?**

Det siste forskningsspørsmålet tar sikte på å undersøke effekten av det arbeidsrettede tiltaket for de voldseksponerte ved endt behandling, og sammenlikne med det øvrige utvalget. Her vil det være to utfallsmål. Det første er *sysselsetting*, herunder en sammenlikning av andelen voldseksponerte- og øvrige deltakere i intervensjonsgruppen som har opprettholdt eller økt sin arbeidsdeltakelse etter 12 måneder. Det andre utfallsmålet vil være *symptomtrykk* ved 12-måneders oppfølging, som målt av skårer på kartleggingsskjemaet HADS. Her vil det foretas analyser for å sammenlikne tiltakets effekt på symptomtrykk for voldseksponerte og øvrige deltakere i intervensjonsgruppen. Hovedformålet med dette forskningsspørsmålet er å vurdere hvorvidt vold kan sies å predikere henholdsvis sysselsetting og symptomtrykk etter endt behandling. Basert på foregående forskningsspørsmål og hypoteser, postuleres det at voldseksponerte deltakere i intervensjonsgruppen i mindre grad vil nyttiggjøre seg av det arbeidsrettede tiltaket, sammenliknet med de øvrige deltakerne i intervensjonsgruppen.

## 2 Metode

Den foreliggende studien baserer seg på sekundæranalyser av det eksisterende datatilfanget innhentet i forbindelse med den randomiserte kontrollerte multisenterstudien av intervensjonsprogrammet Senter for jobbmestring. Formålet er å kartlegge eventuelle sammenhenger mellom belastende livserfaringer i form av ulike former for voldseksponering, og fungering i arbeid. I tillegg tar studien sikte på å undersøke hvorvidt intervensjonsprogrammet har samme effekt på sysselsetting for voldseksponerte som for det øvrige utvalget. Studien analyserer deltakernes selvrapporterte mål på et bredt spekter av helserelevante plager, symptomer på angst og depresjon samt arbeidssituasjon og jobbengasjement. Utover selvrapporterte mål er informasjon om arbeidsmarkedstilknytning og helserelevante trygdeytelser også innhentet via registerdata. Herunder ”informasjon fra NAV om pensjonsgivende inntekt, utbetaling av trygdeytelser og deltakelse i NAV-tiltak”(Reme et al., 2013, p. 23), samt innhentet informasjon fra Arbeidstakerregisteret om arbeidsforhold. Evalueringen er gjennomført ved bruk av beskrivende statistikk og kvantitative analyser for utprøving av statistisk signifikans og sannsynlighetsestimater. De statistiske metodene som har blitt brukt er t-test, chi-kvadrat, logistisk regresjon og mixed-design ANOVA.

### 2.1 Rekruttering og prosedyrer for datainnsamling

Deltakerne i studien ble rekruttert som en del av det overordnede forskningsprosjektet. Potensielle deltakere ble informert om prosjektet og screenet for inklusjons- og eksklusjonskriterier på de ulike sentrene av en klinisk psykolog. Kvalifiserte og villige deltakere ble så bedt om å signere informert samtykke, i tillegg til å fylle ut baseline spørreskjema (Reme et al., 2015). Deretter ble deltakerne randomisert til henholdsvis kontroll- eller intervensjonsbetingelsen, og intervensjonsgruppen ble gitt en dato for sin første time. Totalt var det 1416 personer som ble henvist, hvorav 197 ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Videre var det 17 personer som ikke ga sitt samtykke og 9 som trakk seg i løpet av prosjektperioden (Reme et al., 2013). Det totale antallet deltakere i prosjektet ble dermed 1193. Av disse ble 336 (32%) henvist fra NAV, 238 (23%) henvist fra fastlege, 351 (22%) hadde selv tatt kontakt med Senter for jobbmestring, mens 124 personer (12%) ble henvist fra andre henvisningsinstanser. 144 personer oppga ingen informasjon om hvordan de hadde blitt en del av prosjektet (Reme et al., 2015).

Deltakernes sysselsettingsstatus ble innhentet ved hjelp av registerdata fra NAV og Arbeidstakerregisteret for hver oppfølgingsmåned frem til 18 måneder etter endt behandling. Hva gjelder mål på endringer i psykiske og helserelaterte plager, ble disse målt ved to tidspunkter etter inklusjon, henholdsvis etter seks og tolv måneder. Mål på endring underveis i behandlingsløpet, det vil si målinger gjort mellom pre- og posttest, vil ikke bli gjort rede for i denne studien.

## 2.2 Kartleggingsverktøy

Ved inklusjon ble deltakerne gitt et spørreskjema om arbeid og helse. Her ble de bedt om å besvare spørsmål om diverse demografiske variabler, arbeids- og livssituasjon, samt spørsmål vedrørende livsstil i form av blant annet alkohol- og røykevaner. I tillegg inkluderte spørreskjemaet mål på mestring, og mål på både helsemessige og psykiske plager. Grunnet omfanget av data som ble samlet inn i det opprinnelige forskningsprosjektet vil kun et utvalg av disse målene redegjøres for i den foreliggende studien. Dette vil være mål som anses relevante med henblikk på tidligere nevnte problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål. Følgende måleinstrumenter er valgt ut og ligger til grunn for analysene foretatt studien:

*Hospital Anxiety and Depression Scale* [HADS] (Zigmond & Snaith, 1983) er et spørreskjema bestående av 14 spørsmål, og er et av de mest brukte spørreskjemaene både i forskning og klinisk sammenheng. Syv av spørsmålene er ment å kartlegge symptomer på angst, mens de resterende syv er ment å kartlegge symptomer på depresjon. HADS kan deles inn i tre skalaer, to delskalaer for henholdsvis angst (HADS-A) og depresjon (HADS-D), i tillegg til en totalskala som består av de to delskalaene slått sammen (HADS-T). Delskalaene har skårer fra 0-21, mens HADS-T har 42 som maksimumskåre. Spørreskjemaet ble i sin tid utviklet for å kartlegge symptomer på angst og depresjon i somatikken. For å unngå symptomforveksling ble somatiske symptomer på angst og depresjon utelatt, slik at vanlige depresjonssymptomer som energitap, søvn- og appetittforstyrrelser ikke dekkes (Leiknes, Dalsbø, & Siqveland, 2016). HADS har imidlertid vist seg å fungerer godt hva gjelder å vurdere alvorlighetsgrad og ”caseness” for angstlidelser og depresjon i både somatiske og psykiatriske populasjoner, i tillegg til normalutvalg (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002). I de opprinnelige normene for spørreskjemaet er skårer på HADS-A og HADS-D mellom 0-7 innen normalområdet, skårer på 8-10 indikerer milde symptomer, 11-14 indikerer moderate symptomer og skårer mellom 15-21 indikerer alvorlige symptomer. Hva som

ansees som optimal grenseverdi («cut-off») for behov for videre utredning er det uenighet om, men skårer over 8 på deltestene benyttes ofte som en indikasjon (Leiknes et al., 2016).

*Subjektive Helseplager* [SHC] (H. R. Eriksen, Ihlebæk, & Ursin, 1999) er et standardisert måleinstrument som måler 29 av de vanligste somatiske og psykologiske helseplagene, oppgitt for de siste 30 dagene. Plagene kan deles inn i fem subskalaer: muskel- og skjelettplager (inkluderer hodepine/migrene og smerter i ulike deler av kroppen), pseudonevrologi (denne subskalaen dekker i tillegg til symptomer på angst og depresjon blant annet hjertebank, søvnvansker og tretthet), gastrointestinale plager (som halsbrann, magesår og luftplager), allergiske plager (blant annet astma, eksem og pustevansker) samt forkjølelse. Instrumentet er ikke et mål på antall plager, men et estimat på hvor plaget respondenten selv opplever å være av de ulike helseplagene. Fordelingen av subjektive helseplager vil som regel ikke være normalfordelt, men rent statistisk vil det være mer normalt å ha opplevd noen plager i løpet av en måned enn å ikke ha opplevd noen plager i en eller annen grad (Ihlebak, Eriksen, & Ursin, 2004).

*Fatigue Questionnaire* [FQ] (Chalder et al., 1993) er et selvutfyllingsskjema ment å måle ulike utmattelsessymptomer ("fatigue"). Skjemaet består av 11 spørsmål som omhandler symptomer på utmattelse, i tillegg til to spørsmål ment å kartlegge varighet og omfang av disse symptomene. Hvert spørsmål rangeres på en 4-poengsskala, hvor totalskåren kan variere mellom 0-33. Skjemaet består av to delskalaer, som tar for seg henholdsvis fysisk- og emosjonell utmattelse. Eksempler på spørsmål ment å måle grad av fysisk utmattelse er "Trenger du mer hvile?" og "Har du redusert styrke i musklene dine?", mens eksempler på spørsmål ment å måle emosjonell utmattelse er "Har du vansker med å konsentrere deg?" og "Hvordan er hukommelsen din?". Bruken av FQ har vært omstrakt i studier som vurderer utmattelsessymptomer blant arbeidspopulasjoner i tillegg til studier som tar for seg kliniske utvalg (Jackson, 2014).

*Tomcats* (Odéen et al., 2013) er et kort kartleggingsskjema med fokus på responsforventninger og kartlegging av individets forsøk på aktiv mestring. Spørreskjemaet består av syv spørsmål, og er basert på Kognitiv aktiveringsteori for stress [CATS] (Ursin & Eriksen, 2004). De syv spørsmålene utgjør tre subskalaer, ment å måle henholdsvis "mestring", "hjelpeløshet" og "håpløshet", og skjemaet benytter en 4-poengsskala som går fra "Stemmer ikke i det hele tatt" til "Stemmer helt". I den foreliggende studien indikerer lave skårer høy grad av de respektive submålene. Det ble i tillegg til analyser på subskalanivå, foretatt gruppesammenlikninger mellom voldseksponerte og ikke-eksponerte på hvert

av enkeltspørsmålene. Dette fordi deltakernes svar på enkeltspørsmål ble ansett som særlig relevante med henblikk på studiens problemstilling.

## 2.3 Deltakere

### 2.3.1 Karakteristika og voldseksponering

Utvalget på totalt 1193 deltakere bestod av 391 menn og 802 kvinner, som vil si at omlag to tredjedeler av deltakerne var kvinner. Gjennomsnittsalderen lå på 40 år (SD= 9,75), og 55 % av deltakerne oppga å ha høyere utdanning.

Hva gjelder de voldseksponerte i utvalget ble disse identifisert ved å spørre deltakerne hvorvidt de på noe tidspunkt hadde blitt påført vold av en eller flere personer. Totalt svarte 421 deltakere bekreftende, noe som utgjør 35 % av det totale utvalget. Ved senere gjennomgang av datamaterialet ble det identifisert ytterligere 14 deltakere som hadde svart avkrefteende på spørsmålet "*Har du på noe tidspunkt vært påført vold av en eller flere andre personer?*", men som samtidig besvarte spørsmål om ulike typer vold og varighet av denne. Da disse deltakerne bekreftet å ha vært utsatt for vold ved å besvare de resterende spørsmålene vedrørende voldseksponering, ble det besluttet å inkludere dem i den voldseksponerte gruppen. Det totale antallet voldseksponerte i studien utgjør dermed 435 deltakere (36,5 % av utvalget).

Utover spørsmål vedrørende hvorvidt deltakerne på noe tidspunkt hadde opplevd voldseksponering, inneholdt spørreskjemaet også spørsmål om hva slags type vold man hadde vært utsatt for. Her var det mulig å krysse av for flere alternativer, slik at én deltaker kunne være representert i flere kategorier. På bakgrunn av studiens problemstilling ble det dannet en samlev variabel der deltakerne henholdsvis ble fordelt etter om de oppga *én voldskategori* eller *to eller flere voldskategorier*. Dette for å undersøke hypotesen om at det å ha vært utsatt for flere voldskategorier er assosiert med dårligere fungering.

Spørreskjemaet inneholdt også et spørsmål rundt varigheten av voldseksponeringen. Her kunne man krysse av for hvorvidt det var snakk om *én enkelthendelse*, *flere enkelthendelser* eller regelmessig eksponering i henholdsvis *mindre enn* eller *mer enn* ett år. Også her ble det med henblikk på relevante analyser, dannet en ny variabel. Varighet ble delt inn etter henholdsvis *enkelthendelser (én eller flere)* eller *regelmessig eksponering (i mindre eller mer enn ett år)*, basert på hypotesen om at regelmessig eksponering for vold ville være assosiert med dårligere fungering.



### 2.3.2 Sysselsetting

Ved oppstart av prosjektet var 16 % av deltakerne i full jobb, mens 15 % var delvis i arbeid og stod på gradert sykmelding. Videre mottok 39 % full sykmelding, mens 27 % stod på ulike ytelser som blant annet arbeidsavklaringspenger og uførepensjon. De resterende deltakerne var ikke i jobb og hadde ved inklusjon oppfølging fra NAV, uten noen form for ytelse.

Med henblikk på studiens formål, og i tråd med sub-grupperingen som ble gjort i den opprinnelige studien (Reme et al., 2013), vil følgende tre statusgrupper benyttes i de videre analysene: 1) *i fare for sykmelding/i jobb*, 2) *sykmeldt* og 3) *langtidssytelser*. I den første statusgruppen finner man, i tillegg til deltakere i fullt arbeid, dem som på undersøkelsestidspunktet mottok gradert sykmelding. De gradert sykmeldte ble inkludert her fordi disse fremdeles var delvis i jobb, og dermed ikke hadde falt helt ut av arbeidslivet enda. Den andre statusgruppen består av dem som ved inklusjon var 100 % sykmeldt. I den tredje statusgruppen finner man dem som ved undersøkelsestidspunktet stod på ulike helserelaterte trygdeytelser, som arbeidsavklaringspenger og uførepensjon. I tillegg inkluderer sistnevnte statusgruppe de deltakerne som var utenfor arbeidslivet, og stod oppført med eller uten andre typer ytelser utover AAP og uførepensjon. Dette gjelder totalt 98 deltakere, hvorav 47 % av disse (n= 46) svarte bekreftende på at de hadde vært utsatt for vold. Til tross for at deltakerne i gruppen som utgjør *langtidssytelser* har varierende status i NAV, representerer samtlige en marginalisert gruppe som i lenger tid har hatt manglende eller usikker tilknytning til arbeidslivet. Totalt utgjør gruppen *i fare for sykmelding* 377 deltakere, mens gruppen *sykmeldt* utgjør 464 deltakere, og *langtidssytelser* 352 deltakere.

### 2.3.3 Helserelaterte og psykiske plager

Gjennomsnittlig rapporterte deltakerne i utvalget en varighet av psykiske plager på 8,6 år. På HADS oppga 78 % av deltakerne angstplager over klinisk grenseverdi (skåre >8), mens 53,5 % av deltakerne oppga tilsvarende depresjonsplager.

Hva gjelder subjektive helseplager målt via SHC, lå gjennomsnittlig sumskåre i utvalget på 20,55. Til sammenlikning fant Ihlebæk, Eriksen og Ursin (2002) i sin studie basert på en norsk normalpopulasjon på 1240 deltakere, at gjennomsnittsskåren på SHC var på 10,58. Ulike kroppslige plager er vanlige i befolkningen, og kan på ingen måte sies å være ensbetydende med en somatisk lidelse (H. Eriksen, Ihlebæk, & Ursin, 2012). Basert på gjennomsnittsskårene på SHC kan man imidlertid si at deltakerne i SFJ-studien relativt sett

rapporterte om å være vesentlig mer tyngnet av helseplager enn hva Ihlebæk og medarbeidere (2002) fant i sin studie. Også for utmattelse rapporterte utvalget om større grad av plager enn man finner i enkelte studier basert på ikke-kliniske utvalg. En studie med 1615 personer hentet fra normalpopulasjonen fant at disse gjennomsnittlig skåret 14,2 på *Chalder Fatigue Questionnaire* (FQ) (Cella, Chalder, & Cella, 2010), mens deltakerne i SFJ-studien gjennomsnittlig skåret 19,4 på dette spørreskjemaet.

## 2.4 Preliminære analyser

Før videre analyser av datasettet ble foretatt ble de mest sentrale variablene undersøkt med henblikk på normalitet og eventuelle uteliggere. Dette for å forsikre at ikke de underliggende antagelsene for de videre statistiske analysene var brutt. De spesifikke variablene som ble undersøkt var de tilknyttet kartleggingsverktøyene for å mål på helseplager (SHC og FQ) og psykiske plager (HADS, inkludert delskalaene som måler henholdsvis angst og depresjon). Resultatene fra Kolmogorov-Smirnov normalitetstest viste signifikansverdier  $< .05$  for samtlige variabler, noe som i utgangspunktet indikerer brudd på antagelsen om normalitet. For denne testen ville et ikke-signifikant resultat ( $p > .05$ ) indikert normalfordeling. Slik asymmetri i en sannsynlighetsfordeling, indikert av blant annet skjevhet og kurtose, er imidlertid svært vanlig for en rekke skalaer og mål brukt i sosialvitenskapen. Dette indikerer ikke nødvendigvis et problem med selve skalaen, men reflekterer heller den underliggende naturen til konstruktet som måles (Pallant, 2013). Eksempelvis er det basert på studiens populasjon ikke overraskende at skårer på *Subjektive Helseplager* er positivt skjevfordelt, i den betydning at skårene er clustret ved de lavere verdiene på spørreskjemaet. Det overordnede inklusjonskriteriet i studien var at milde til moderate psykiske plager skulle være angitt som hovedgrunn til vansker med arbeidsdeltakelse, slik at de med hovedsakelig somatiske årsaker til sin reduserte arbeidskapasitet ikke ville blitt inkludert i studien i utgangspunktet. Man kan anta at fordelingen trolig ville sett annerledes ut om utvalget var basert på deltakere med hovedsakelig somatiske plager. I tillegg har omfattende og langvarige somatiske plager tross alt en lav prevalens i befolkningen generelt. Ser man på somatiserings- og somatoforme lidelser, som kjennetegnes ved legemlige symptomer fra en rekke organsystemer uten en tydelig medisinsk-biologisk forklaring (Malt, 2016), estimeres livstidsprevalensen til mellom 0.2-2% for kvinner, og mindre enn 0.2% for menn (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV*, 1994).

I tillegg kan utvalget i studien sies å være stort, som også har en innvirkning på hvordan normalitetstestene kan tolkes. Tabachnick og Fidell (2013) argumenterer for at flere av testene ment for å evaluere grad av skjevhet og kurtose blir for sensitive når utvalgene er store, altså når  $N > 200$ . For større utvalg anbefales det å inspisere formen til distribusjonen, eksempelvis ved bruk av et histogram (Tabachnick & Fidell, 2013, p. 81). Dette ble gjort for de ulike kartleggingsverktøyene. Tabachnick og Fidell argumenterer også for at skjevhet og kurtose ikke utgjør en stor forskjell for resultatene av analysen ved større utvalg. I tillegg til inspeksjon av histogram for de utvalgte variablene ble det foretatt en Normal Q-Q Plot analyse. Her indikerer en noenlunde rett linje normaldistribusjon (Pallant, 2013). Inspeksjonen av Normal Q-Q Plots viste tilfredsstillende grad av rette linjer for samtlige kartleggingsverktøy.

Med henblikk på innvirkningen av eventuelle uteliggere på gjennomsnittet, undersøkes 5 % Trimmed Mean. Denne statistikken indikerer hva gjennomsnittsverdien blir for en variabel dersom de øvre og nedre 5 % av tilfellene fjernes fra analysen. Sammenlikner man så med det opprinnelige gjennomsnittet, ser man at disse verdiene ikke avviker i større grad fra hverandre.

**Tabell 1.**

	Opprinnelig gj.snitt	Trimmed mean
<i>SHC</i>	20.49	19.96
<i>FQ</i>	19.40	19.42
<i>HADS-T</i>	18.74	18.75
<i>HADS-A</i>	10.66	10.70
<i>HADS-D</i>	8.07	8.02

Basert på inspeksjon av fordelingen ved hjelp av histogram og Normal Q-Q Plot, samt vurderinger basert på utvalgsstørrelsen i datasettet ( $n=1193$ ), konkluderes det med at fordelingen på variablene er tilstrekkelig normalfordelte til at det ikke vil utgjøre en stor risiko for resultatene av de ulike analysene. I tillegg indikerer de marginale forskjellene mellom opprinnelige gjennomsnitt og 5 % Trimmed Mean at uteliggere ikke har en stor innvirkning på gjennomsnittet i de ulike fordelingene. Dermed gjøres ingen endringer i datasettet før videre statistiske analyser gjennomføres.

## 2.5 Forskningsetiske hensyn

Forskningsprosjektet ble gjennomført i samsvar med prinsippene i Helsinkideklarasjonen, forskningsetiske retningslinjer utarbeidet med særlig hensyn til sårbare grupper (National Library of Medicine, 2013). Krav om personvern ble overholdt gjennom forsikring om personlig konfidensialitet. I tillegg signerte samtlige deltakere i prosjektet et informert samtykkeskjema, med spesielt fokus på retten til å trekke seg fra studien på ethvert tidspunkt, uten å måtte oppgi noen spesifikk årsak (Reme et al., 2015). Prosjektet er videre godkjent av REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), hvis godkjenning også omfatter den foreliggende studien.

Tematikken som undersøkes i den foreliggende studien kan sies å være sensitiv, ved at den tar for seg fenomener som for de fleste oppleves som belastende og til dels er forbundet med stigma. I utarbeidelsen av den foreliggende studien har det dermed vært viktig å behandle materialet med respekt, og fremstille resultater på en hensynsfull måte. Utover de ovenfor nevnte tiltakene for å sikre forskningsetisk forsvarlighet, er det verdt å nevne at samtlige deltakere i prosjektet var av myndig alder, og at spørsmål vedrørende ulike former for voldseksponering ikke gikk i dybden hva gjelder subjektiv opplevelse av hendelsene. Deltakernes integritet og velferd anses dermed ivaretatt, til tross for studiens sensitive natur.

## 3 Resultater

Studien er bygget opp slik at det først undersøkes hvilke karakteristikk som kjennetegner de voldseksponerte som gruppe ved inklusjon, og hva som eventuelt skiller dem fra de øvrige deltakerne i studien. Videre undersøkes det for eventuelle inngruppe-forskjeller hva gjelder type vold deltakerne oppgir å ha vært utsatt for, samt grad av eksponering over tid. Ved endt behandling sees det på hvilke effekter de voldseksponerte har hatt av tiltaket, med sysselsetting og symptomtrykk som utfallsmål. Her undersøkes det både for hvordan de voldseksponerte i intervensjonsgruppen har gjort det sammenliknet med de voldseksponerte i kontrollbetingelsen, samt om de voldseksponerte i intervensjonsgruppen har opplevd samme effekt av tiltaket som de øvrige deltakerne i denne betingelsen.

### 3.1 Ved inklusjon

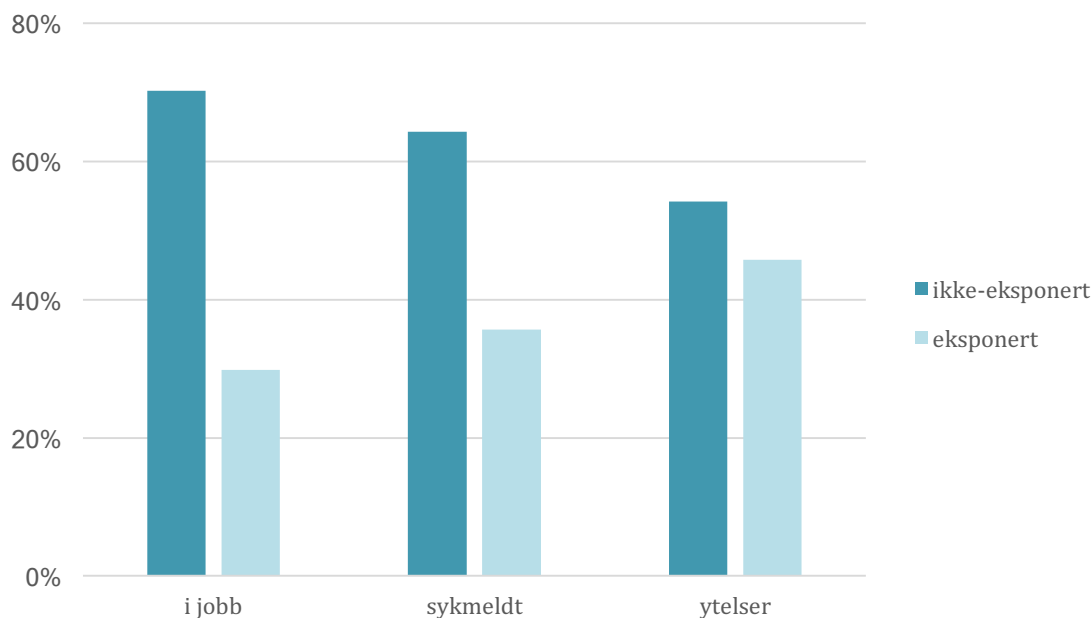
For analysene ved inklusjon ble det ikke foretatt noe skille mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, da hensikten var å kartlegge ulike kjennetegn ved den voldseksponerte gruppen som helhet. Som tidligere nevnt utgjorde andelen voldseksponerte i overkant av én tredjedel av utvalget ( $n=435$ ). 66 % av disse var kvinner, slik at kjønnsfordelingen blant de voldseksponerte var tilnærmet lik kjønnsfordelingen i det totale utvalget.

Gjennomsnittsalderen var 40 år, og over halvparten av de voldseksponerte (54 %) hadde noen form for høyere utdanning. Hva gjaldt ulike demografiske variabler skilte de seg dermed ikke nevneverdig ut fra det øvrige utvalget i studien.

#### 3.1.1 Vold og arbeidsstatus

Deskriptive analyser ble gjort for å undersøke hvordan vold fordelte seg i de tre arbeidsstatusgruppene 1) *i fare for sykmelding/i jobb*, 2) *sykmeldt* og 3) *langtidsytelser*. For 13 deltakere manglet informasjon om voldseksponering og/eller arbeidsstatus, slik at totalt 1180 deltakere inngikk i analysen. Her fremkommer det at 29,8 % av deltakere i jobb var voldseksponerte, mens andelen voldseksponerte blant de sykmeldte var 35,7 %. I gruppen for ulike langtidsytelser var nesten halvparten av deltakerne voldseksponerte (45,8 %). For å undersøke hvorvidt forskjellen mellom gruppene var statistisk signifikant ble det foretatt en chi-kvadrattest for uavhengige utvalg. Resultatene fra denne analysen viste en signifikant sammenheng mellom voldseksponering og arbeidsstatus,  $\chi^2(2, n = 1180) = 20.25, p < .001$ , *Cramer's V* = .13. De voldseksponerte var sammenliknet med de ikke-eksponerte relativt sett

overrepresentert i gruppen for langtidsytelser, i tillegg var en lavere prosentandel voldseksponerte helt eller delvis i arbeid.



Figur 1. Vold fordelt på arbeidsstatus.

### 3.1.2 Karakteristikker ved de voldseksponerte

#### Helseplager og lidelsestrykk

For å undersøke hva som karakteriserer de voldseksponerte symptomatisk ble deskriptive analyser gjennomført. I tillegg ble det gjort en independent samples t-test for å sammenlikne gjennomsnittsskårer på ulike mål for helseplager og lidelsestrykk med det øvrige utvalget. Utfra tabell 2 ser man at samtlige p-verdier er under signifikansnivået  $<.05$ , som indikerer statistisk signifikante forskjeller i gjennomsnittsskårer mellom de voldseksponerte og ikke-voldseksponerte. De voldseksponerte oppga høyere verdier av både angst- og depresjonssymptomer, i tillegg til at de rapporterte om flere helseplager og høyere grad av utmattelse (fatigue). Hva gjelder antall år med psykiske plager ( $M=10,7$  år) ser man at den voldseksponerte gruppen gjennomsnittlig har opplevd vansker på dette området i over tre år lenger enn utvalget forøvrig.

**Tabell 2**

Gjennomsnittsskårer og signifikansverdier (gruppeforskjeller mellom voldseksponerte og det øvrige utvalget)

	Eksponerte		Ikke-eksponerte		<i>t-test for Equality of Means</i>	
	M	SD	M	SD	t-verdi	Sig. (2-tailed)
<i>HADS-T</i>	19.87	6.92	18.08	6.82	-4.31	>.001
<i>Angst (HADS-A)</i>	11.24	4.07	10.32	3.92	-3.80	>.001
<i>Depresjon (HADS-D)</i>	8.62	4.04	7.75	3.96	-3.61	>.001
<i>Helseplager (SHC)*</i>	23.38	10.96	18.81	9.98	-7.12	>.001
<i>Utmattelse (FQ)</i>	20.02	5.95	19.05	5.8	-2.74	.006
<i>Psyk.plag. (år)*</i>	10.68	10.78	7.4	8.89	-5.00	>.001

\*Equal variances not assumed

I henhold til forskningsspørsmålene ønsket man også å undersøke deltakernes helseatferd. Derfor ble en chi-kvadrattest for uavhengige utvalg gjennomført for å undersøke de voldseksponertes alkohol- og røykevaner. Hva gjelder alkoholkonsum fant man ingen indikasjoner på signifikante forskjeller mellom de to gruppene  $X^2(8, n = 1180) = 5.06, p = .751, Cramer's V = .07$ . De voldseksponerte skilte seg imidlertid fra de ikke-eksponerte når det gjaldt røykevaner  $X^2(4, n = 1180) = 26.56, p = .000, Cramer's V = .15$ . De voldseksponerte var vesentlig høyere representert i kategorien *daglige røykere* (30,8 % oppga å røyke daglig, kontra 18,7 % av de ikke-eksponerte). I tillegg oppga 58,1 % i voldsgruppen å være ikke-røykere, mot 71,3 % blant utvalget forøvrig.

### Arbeidsrelaterte karakteristikk

Arbeidsrelaterte karakteristikk ble undersøkt fordi man ønsket å se om den voldutsatte gruppen skilte seg ut fra det resterende utvalget hva gjaldt blant annet jobbtilfredshet og årsaker til eventuelt sykefravær.

En chi-kvadrattest viste ingen signifikante forskjeller mellom deltakerne med henblikk på grad av jobbtilfredshet i form av deltakernes svar på spørsmålene "*Alt i alt, hvor tilfreds er du med jobben din?*" ( $p = .175$ ) og "*Hvis du kunne velge å gå inn i hvilken som helst jobb, hva ville du velge?*" ( $p = .491$ ). Til førstnevnte spørsmål stilte majoriteten i begge grupper seg nøytralt til arbeidet, eller uttrykte tilfredshet med sin nåværende arbeidsplass. Om lag 20 % i begge grupper krysset av for at de ikke var i jobb. På sistnevnte svarte cirka to tredjedeler i begge grupper at de ville ønsket å bytte jobb dersom de fikk muligheten.

Hva gjelder viktigste årsaker til eventuelt sykefravær kunne deltakerne utover "*Er ikke sykmeldt*" krysse av for henholdsvis "*Psykiske plager*", "*Arbeidskonflikt*", "*Andre*

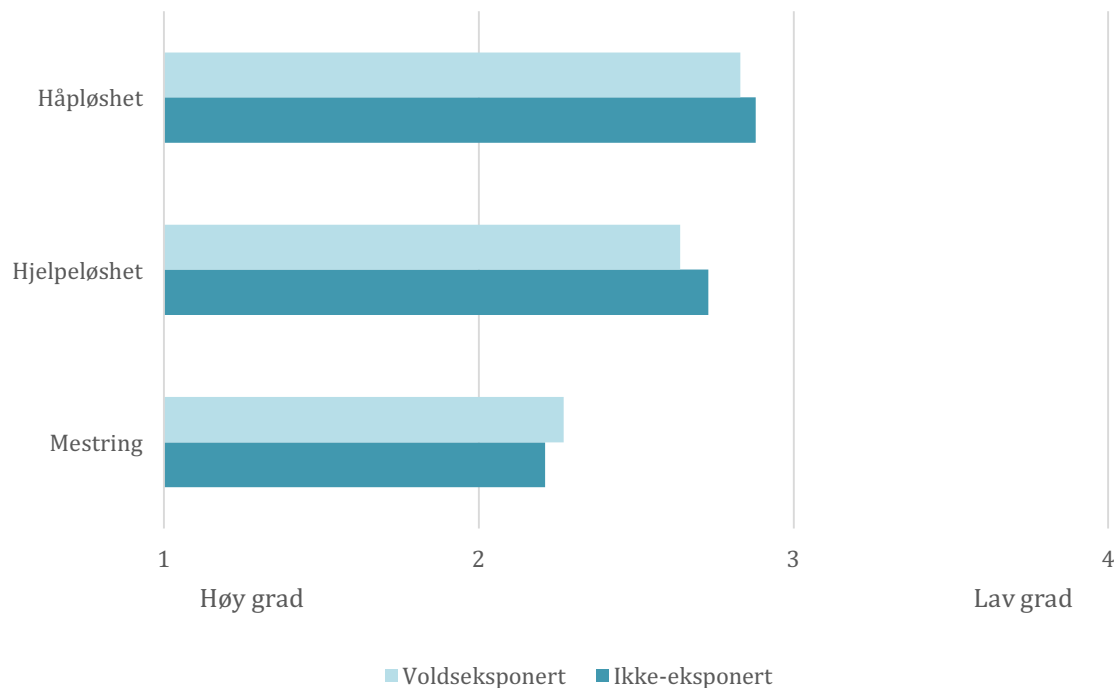
*helseplager*” og ”*Belastninger i hjemmesituasjonen*”. De kunne i tillegg komme med egendefinerte svar under ”*Annet*”, dersom ingen av de andre svaralternativene var beskrivende nok. Her indikerte en chi-kvadrattest (med Yates Continuity Correction) signifikante assosiasjoner mellom vold og arbeidskonflikt  $X^2(1, n = 1063) = 4.68, p = .030, phi = .07$ , og mellom vold og hjemmesituasjon  $X^2(1, n = 1062) = 5.00, p = .025, phi = .07$ . For begge årsaksforklaringene skilte den voldseksponerte gruppen seg ut ved at de relativt sett i høyere grad oppga disse som en av hovedårsakene til sitt sykefravær enn de ikke-voldseksponerte. For begge grupper var det ikke overraskende, basert på inklusjonskriteriene i studien, psykiske lidelser som i størst grad ble angitt som hovedårsak til sykefravær.

### **Mestringsforventninger**

Under den teoretiske delen av oppgaven ble ulike stress- og mestringsteorier trukket frem som relevante med henblikk på studiens problemstilling, da disse vil kunne bidra til å belyse sentrale mekanismer bak menneskers håndtering og mestring av stressende livshendelser og situasjoner. På bakgrunn av dette ble deltakernes respons på spørreskjemaet Tomcats vurdert. Som tidligere nevnt, er Tomcats et kort kartleggingskjema ment å si noe om folks selvopplevde mestringsforventning på tvers av ulike situasjoner.

De syv spørsmålene i Tomcats ble kategorisert etter subskalaene ”*mestring*” (spørsmål 1), ”*hjelpeløshet*” (spørsmål 2-4) og ”*håpløshet*” (spørsmål 5-7), hvor de så ble slått sammen og omdannet til sumskårer. Lave skårer indikerte høy grad av henholdsvis mestring, hjelpeløshet og håpløshet, mens høye skårer indikerte lav grad av de samme konstruktene. Videre ble det foretatt en independent samples t-test for å undersøke om eventuelle forskjeller i gjennomsnittsskårer mellom voldseksponerte og ikke-eksponerte var statistisk signifikante. Figur 2 illustrerer de voldseksponertes og det resterende utvalgets svarstil på spørreskjemaet. Det var en signifikant forskjell i gjennomsnittsskårer mellom voldseksponerte ( $M = 2.64, SD = .62$ ) og ikke-eksponerte ( $M = 2.73, SD = .67; t(1175) = 2.21, p = .03, two-tailed$ ) hva gjaldt grad av hjelpeløshet. Styrken på forskjellen i gjennomsnittsskårer (mean difference = .087, 95 % *CI*: .01 til .17) var dog veldig liten (eta squared = .004). For mestring ( $p = .12$ ) og håpløshet ( $p = .15$ ) fant man ingen signifikante forskjeller i gjennomsnittsskårer mellom voldseksponerte og ikke-eksponerte.





Figur 2. Gjennomsnittlig responsstil på Tomcats for henholdsvis voldseksponerte og ikke-eksponerte, i form av høy eller lav grad av selvopplevd håpløshet, hjelpeløshet og mestring.

Deltakernes svarstil på de syv spørsmålene ble også undersøkt hver for seg. Deskriptive analyser viste en trend der de voldseksponertes skårer gjennomgående indikerte lavere mestringsforventninger enn gjennomsnittsskårene til det øvrige utvalget. Ved nærmere inspeksjon av spørsmålene, viste en chi-kvadrattest signifikante assosiasjoner ( $p < .05$ ) mellom opplevd vold og mestringsforventning på to av spørsmålene i spørreskjemaet. Begge disse lå, i tråd med resultatene fra t-testen, under konstruktet ”hjelpeløshet”. Det første var *spørsmål 2 ”de viktigste sakene i livet mitt har jeg egentlig ingen kontroll over”*,  $X^2(3, n = 1166) = 10.06, p = .018, Cramer's V = .09$ . Her svarte 7,0 % av de voldseksponerte ”stemmer helt” (en indikasjon på høy grad av hjelpeløshet), mens kun 4,9 % av de ikke-eksponerte svarte det samme. 13,3 % av de voldseksponerte opplevde at utsagnet ikke stemte overhode (en indikasjon på lav grad av hjelpeløshet) mens hele 20,1 % av de ikke-eksponerte uttrykte lav hjelpeløshet på dette spørsmålet. Man fant også signifikante assosiasjoner mellom vold og mestringsforventninger på *spørsmål 3 ”Jeg skulle ønske at jeg kunne forandre livssituasjonen min, men det går ikke”*,  $X^2(3, n = 1173) = 10.16, p = .017, Cramer's V = .09$ . Her var 65,8 % av voldseksponerte *helt eller delvis* enige i utsagnet, som kan tolkes som høy grad hjelpeløshet, mens 57,7 % av de ikke-eksponerte hadde samme svarstil.

### 3.1.3 Type vold

Det ble foretatt deskriptive analyser for å kartlegge frekvensen av de ulike typene vold deltakerne oppga å ha vært utsatt for, basert på deres svar på spørsmålet ”*I tilfelle vold, hva slags vold har du blitt utsatt for*”. Tabell 3 illustrerer svarfordelingen på de fem voldskategoriene. Her fremkommer det at frekvensen av henholdsvis å ha blitt slått, vært utsatt for alvorlige trusler samt overgrep var høyest representert i utvalget.

**Tabell 3**

*Antall positive responser per voldskategori*

	<b>Slått</b>	<b>Ran</b>	<b>Overgrep</b>	<b>Frihetsberøvelse</b>	<b>Alvorlige trusler</b>
<i>Frekvens</i>	273	53	129	45	184

Videre ønsket man å undersøke hvorvidt de som oppga å ha vært utsatt for flere voldskategorier skilte seg ut hva gjaldt helseproblemer, psykisk lidelsestrykk og arbeidsstatus sammenliknet med dem som kun oppga å ha blitt utsatt for én voldskategori. Totalt var det altså mulig for deltakerne å krysse av for fem voldskategorier. Av de 432 deltakerne som besvarte spørsmålet oppga 58,8 % å ha blitt utsatt for én voldskategori (n = 254), 28,0 % oppga to typer (n = 121), 10,5 % av utvalget krysset av for tre voldskategorier (n = 45) mens de som oppga å ha bli utsatt for enten fire eller fem voldskategorier tilsammen utgjorde 2,7 % (n=12). For å kartlegge eventuelle forskjeller i helseproblemer og psykisk lidelsestrykk ble en independent samples t-test gjennomført. Her ble kategoriene som nevnt under metoddelen slått sammen, slik at man skilte mellom dem som oppga *én voldskategori* og *to eller flere* voldskategorier. Resultatene fra denne analysen kan sees i tabell 4. Her fremkommer det en signifikant forskjell mellom de to subgruppene på samtlige variabler ( $p < .05$ ), hvor de som hadde blitt utsatt for flere typer vold oppga gjennomgående høyere verdier på de ulike målene for fysiske og psykiske plager. I tillegg var gjennomsnittet for antall år med psykiske plager tre år lenger for dem som hadde blitt utsatt for flere typer vold, 12,58 år kontra 9,41 år for gruppen som kun oppga én voldskategori.

## Tabell 4

Sammenlikning av gjennomsnittsskårer for én voldskategori vs. flere voldskategorier

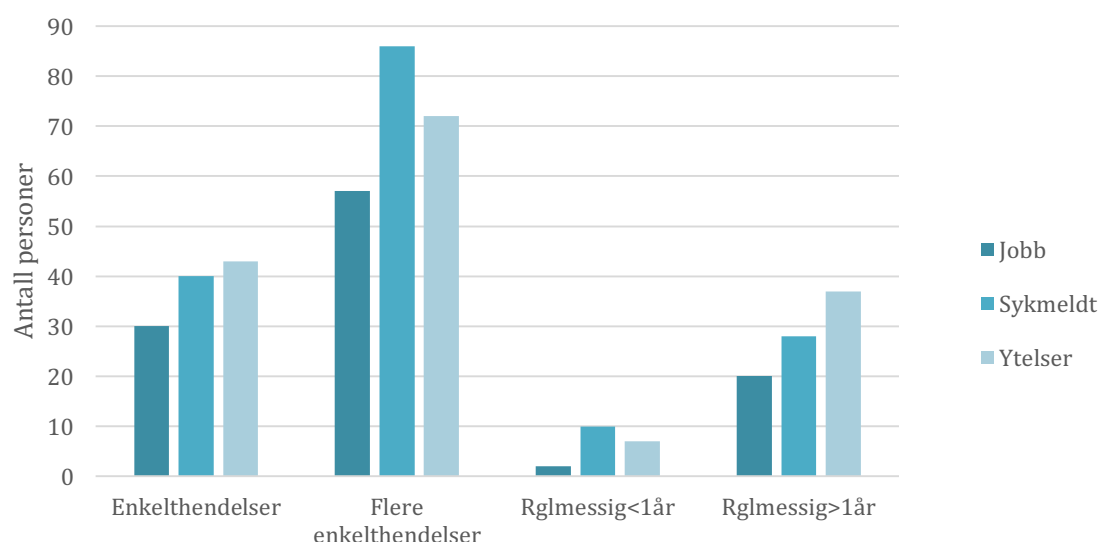
	1 type (n=254)		≥ 2 typer (n=178)		t-test for Equality of Means	
	M	SD	M	SD	t-verdi	Sig. (2-tailed)
FQ	19.44	5.96	20.88	5.75	-2.50	.013
SHC	22.15	10.42	25.11	11.62	-2.75	.006
HADS (total)	18.95	7.11	21.18	6.39	-3.31	.001
HADS (angst)	10.77	4.16	11.9	3.86	-2.85	.004
HADS (depr)	8.18	4.06	9.27	3.91	-2.77	.006
Psyklagår*	9.41	9.97	12.58	11.69	-2.74	.006

\*Equal variances not assumed

For å undersøke fordeling i de ulike statusgruppene ble det gjennomført en chi-kvadrattest for uavhengige utvalg. Denne viste ikke-signifikante forskjeller mellom antall voldskategorier og arbeidsstatus,  $\chi^2(2, n = 432) = 1.04, p = .60, Cramer's V = .05$ . Med andre ord later det ikke til at antall voldskategorier hadde noen sammenheng med grad av sysselsetting i utvalget.

### Regelmessig voldseksponering

Videre ble det kartlagt hvordan vold fordelte seg i utvalget når det gjaldt grad av eksponering over tid. Den største gruppen bestod av dem som oppga flere enkelthendelser (n=215). Kun 19 deltakere rapporterte om regelmessig eksponering i mindre enn ett år, mens 20 % av deltakerne som hadde besvart spørsmålet oppga å ha vært utsatt for vold regelmessig i mer enn ett år (n=85). Sistnevnte subgruppe var også relativt sett overrepresentert i gruppen for langtidsytelser. Hele 43,5 % av dem som oppga regelmessig voldseksponering i mer enn ett år, hadde i lenger tid vært utenfor arbeidslivet i form av at de enten var uføretrygdet, stod på AAP eller hverken var i jobb eller mottok noen form for stønad.



Figur 3. Arbeidsstatus fordelt på grad av voldseksponering over tid

For å teste hypotesen om at regelmessig voldseksponering over tid bidrar til dårligere fungering på flere områder, ble de fire subgruppene slått sammen til to grupper. Den første gruppen bestod av dem som oppga å være utsatt for én eller flere enkelthendelser, mens den andre gruppen bestod av dem som hadde rapportert om regelmessig eksponering over tid. Ulike statistiske analyser ble gjennomført for å sammenlikne de to gruppene med henblikk på helseproblemer, psykisk lidelsestrykk og arbeidsstatus. Hva gjelder helseproblemer og psykisk lidelsestrykk er resultatene presentert i tabell 5. Regelmessig-gruppen skilte seg ut ved at de gjennomgående skåret høyere på samtlige av de utvalgte måleverktøyene. I tillegg oppga de gjennomsnittlig to år lenger med psykiske plager (M=12 år) enn enkelthendelser-gruppen (M= 10 år). En independent-samples t-test viste imidlertid at de to gruppene kun skilte seg signifikant fra hverandre på sine gjennomsnittsskårer på *Hospital Anxiety and Depression Scale* ( $p = .016$ ), spesielt på delskalaen for angst ( $p = .011$ ).

Tabell 5

Sammenlikning av gjennomsnittsskårer for enkelthendelser vs. regelmessig eksponering

	Enkelthendelser (n=328)		Regelmessig (n=104)		t-test for Equality of Means	
	M	SD	M	SD	t-verdi	Sig. (2-tailed)
FQ	19.78	5.85	20.69	6.22	-1.36	.173
SHC	22.90	11.06	24.33	11.45	-1.14	.254
HADS (total)	19.38	6.55	21.23	7.43	-2.41	.016
HADS (angst)	10.93	3.94	12.08	4.32	-2.54	.011
HADS (depr)	8.45	3.87	9.14	4.21	-1.54	.124
Psyklagår	10.05	10.61	12.14	11.17	-1.64	.102

En chi-kvadrattest for uavhengige utvalg ble foretatt for å undersøke om eventuelle forskjeller i arbeidsstatus mellom de to gruppene var signifikant. Resultatene her indikerte ingen signifikant assosiasjon mellom grad av voldseksponering over tid og arbeidsstatus,  $X^2(2, n = 432) = 2.10, p = .35, Cramer's V = .07$ .

### 3.1.4 Sammendrag av analyser ved inklusjon

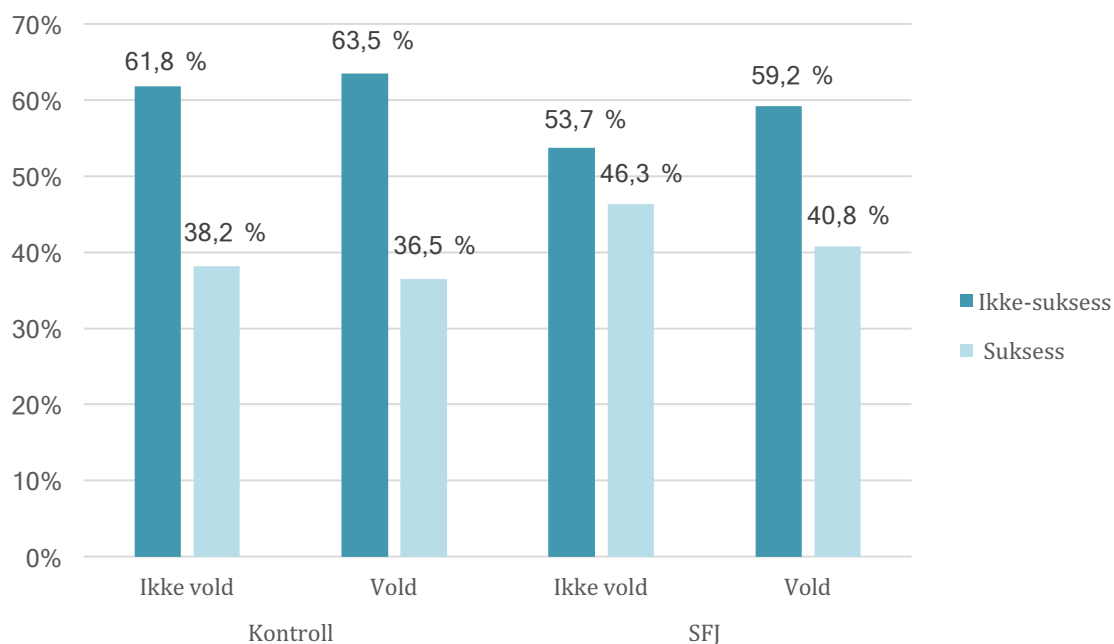
For de voldsutsatte fant man en lavere sysselsettingsprosent, i tillegg til at de i større grad var representert i gruppen for langtidsytelser. De voldseksponerte skilte seg også signifikant fra det øvrige utvalget på samtlige mål for fysisk- og psykisk lidelsestrykk. Videre oppga den voldsutsatte gruppen signifikant lenger varighet av sine psykiske plager enn de resterende deltakerne i prosjektet. Av type vold var det å ha blitt slått det mest vanlige, etterfulgt av alvorlige trusler og seksuelle overgrep. Hva gjaldt varighet av voldseksponering fant man at å ha blitt utsatt for enkeltepisoder med vold var mest utbredt i utvalget. Her oppga halvparten av de voldseksponerte at de hadde blitt utsatt for flere enkelthendelser. Omlag én femtedel av de voldseksponerte rapporterte om regelmessig voldseksponering i mer enn ett år. Man fant gjennomgående et høyere psykisk og fysisk lidelsestrykk, i tillegg til lenger varighet av psykiske plager, både hos de som rapporterte om eksponering for *flere* voldskategorier samt hos de som oppga *regelmessig* voldseksponering over tid. Det å ha vært utsatt for flere voldskategorier later imidlertid til å ha flere konsekvenser for lidelsestrykk, da man her fant statistiske forskjeller på samtlige mål for fysiske og psykiske plager (sammenliknet med dem som kun oppga én voldskategori). For dem som oppga regelmessig eksponering over tid var det kun mål på angstsymptomer som skilte disse signifikant fra de deltakerne som oppga å ha vært utsatt for enkeltepisoder med vold. Hverken regelmessig voldseksponering eller det å ha vært utsatt for flere voldskategorier ble imidlertid funnet å ha noen sammenheng med sysselsettingsstatus ved baseline, sammenliknet med henholdsvis dem som hadde opplevd enkeltepisoder med vold eller kun var utsatt for én type vold. Hva gjelder mestringsstil skilte de voldseksponerte seg fra de øvrige deltakerne i studien ved at de i større grad rapporterte om opplevelse av hjelpeløshet, i form av manglende kontroll og liten grad av innvirkning på egen livssituasjon.

## 3.2 Etter behandling (12 måneder)

For å undersøke effekten av det arbeidsrettede behandlingstiltaket for de voldseksponeerte over tid, ble det gjennomført ulike analyser for de to utfallsvariablene 1) *sysselsetting* og 2) *symptomtrykk* (HADS-T). I den originale SFJ-studien fant man at deltakerne i intervensjonsgruppen hadde hatt en større økning i sysselsetting enn kontrollgruppen (Reme et al., 2013). Den overordnede hensikten med analysene var dermed å finne ut om en slik økning også gjaldt for de voldseksponeerte i intervensjonsgruppen. Sysselsettingsvariabelen som ble brukt er dikotom, og deltakerne ble kategorisert etter om de hadde henholdsvis ikke-suksess eller suksess. Med *ikke-suksess* menes de som hverken hadde økt eller vedlikeholdt sin arbeidsdeltakelse i løpet av prosjektet, eksempelvis de som forble ufør eller gikk fra å være delvis sykmeldt til 100 % sykmeldt. Med *suksess* menes de som hadde vedlikeholdt eller økt sin arbeidsdeltakelse i løpet av behandlingen. Eksempelvis ved at de forble helt eller delvis i arbeid, gikk fra å være 100 % sykmeldt til gradert sykmeldt, eller på andre måter fikk økt sin sysselsettingsgrad i løpet av prosjektets varighet. I tillegg ønsket man å undersøke i hvilken grad vold kan sies å predikere sysselsetting etter endt intervensjon hos de som mottok den arbeidsrettede behandlingen. Med henblikk på symptomtrykk var formålet å undersøke hvorvidt psykisk lidelsestrykk hadde gått ned, og om det var noen statistisk signifikante forskjeller i psykiske plager innad i intervensjonsgruppen mellom de voldseksponeerte og de øvrige deltakerne som mottok behandlingen.

### 3.2.1 Effekt på sysselsetting

Som tidligere vist fant man at intervensjonsgruppen som helhet hadde hatt en større økning i sysselsetting enn kontrollgruppen, med en økning hos henholdsvis 44 % av deltakerne i intervensjonsbetingelsen, mot 37 % i kontrollbetingelsen (Reme et al., 2013). En chi-kvadrattest (med Yates Continuity Correction) viste at forskjellene i økning av sysselsetting mellom de to betingelsene var signifikant  $\chi^2(1, n = 1190) = 5.62, p = .018, phi = .07$ . I figur 4 ser man en graf over sysselsetting etter 12 måneder, for både voldseksponeerte og øvrige deltakere fordelt i kontroll- og intervensjonsbetingelsen.



Figur 4. Sysselsetting etter 12 måneder, for henholdsvis voldseksponerte og øvrige deltakere i de to betingelsene ”kontroll” og ”intervensjon/SFJ”

For å undersøke hvorvidt vold kan sies å predikere sysselsetting etter 12 måneder innad i intervensjonsgruppen, ble det foretatt en logistisk regresjonsanalyse med den dikotome sysselsettingsvariabelen som avhengig variabel. En ujustert analyse med vold som eneste uavhengig variabel viste at modellen ikke var statistisk signifikant  $X^2(1, N= 620) = 1.78, p = .182$ , som indikerer at modellen ikke klarte å skille mellom deltakere i intervensjonsgruppen som hadde hatt suksess eller ikke hatt suksess hva gjaldt å få økt sin arbeidsdeltakelse. I sin helhet forklarte den kun mellom 0,3 % (Cox and Snell R square) og 0,4 % (Nagelkerke R squared) av variansen i arbeidsdeltakelse, og klassifiserte bare 55,6 % av tilfellene korrekt. Vold som eneste uavhengig variabel utgjorde ikke et signifikant bidrag til modellen, og det ble dermed ikke foretatt noen justert analyse.

Videre ble ytterligere en logistisk regresjonsanalyse gjennomført, for å undersøke hvorvidt vold kan sies å predikere sysselsetting blant deltakerne i kontrollgruppen. Også her viste den ujusterte analysen med vold som eneste uavhengige variabel en ikke-signifikant modell  $X^2(1, N= 557) = .15, p = .695$ . I sin helhet forklarte modellen 0 % av variansen i arbeidsdeltakelse, og klassifiserte 62,5 % av tilfellene korrekt. Vold som prediktorvariabel utgjorde dermed ikke et signifikant bidrag til modellen, og predikerte ikke sysselsetting blant deltakerne som mottok ordinær oppfølging.

## Flere voldskategorier og sysselsetting

Fordi analysene ved inklusjon viste at de deltakerne utsatt for flere typer voldshendelser strevde mer med sin fungering i form av økt lidelsestrykk, var det ønskelig å undersøke hvorvidt disse hadde hatt samme effekt av den arbeidsrettede behandlingen som de øvrige deltakerne i intervensjonsgruppen. Dette til tross for at man ikke fant noen signifikante forskjeller mellom antall voldskategorier og arbeidsstatus ved inklusjon. En chi-kvadrattest ble dermed utført blant deltakerne i intervensjonsgruppen, der man undersøkte hvorvidt deltakere som hadde rapportert om henholdsvis *ingen vold*, *én voldskategori*, *to voldskategorier* eller *tre eller fler voldskategorier* skilte seg fra hverandre på utfallsvariabelen sysselsetting. De fem voldskategoriene det var mulig å ha krysset av for var som tidligere nevnt ”Slått”, ”Ran/overfall”, ”Seksuell vold eller overgrep”, ”Frihetsberøvelse” og ”Alvorlige trusler”. Testen indikerte en signifikant assosiasjon mellom antall voldskategorier og sysselsetting,  $\chi^2(3, n = 630) = 11.02, p = .012, Cramer's V = .13$ . I tabell 6 ser man resultatene fra analysen. Deltakerne utsatt for  $3 \geq$  voldskategorier hadde signifikant lavere suksessrate hva gjaldt økt eller opprettholdt arbeidsdeltakelse, enn de øvrige deltakerne i intervensjonsgruppen. Imidlertid så man at det var de utsatt for 2 voldskategorier som tilsynelatende hadde best effekt av det arbeidsrettede tiltaket, hvorav godt over halvparten hadde økt eller opprettholdt sin sysselsettingsgrad etter endt behandling. Det er dog verdt å merke seg at begge disse gruppene bestod av relativt få deltakere, sammenliknet med de øvrige gruppene i analysen.

### Tabell 3

*Prosentvis fordeling av suksess og ikke-suksess for deltakere med henblikk på økt eller opprettholdt arbeidsdeltakelse, fordelt på antall voldskategorier*

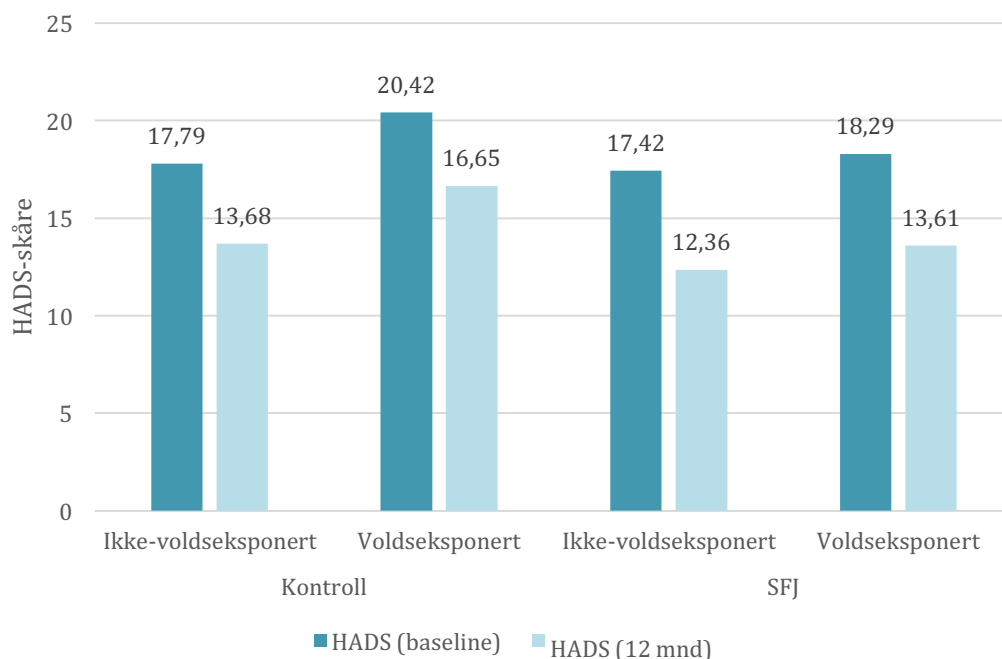
	Ikke-suksess	Suksess
<i>Ingen vold</i>	53,9 % (n= 219)	46,1 % (n= 187)
<i>1 voldskategori</i>	62,3 % (n= 86)	37,7 % (n= 52)
<i>2 voldskategorier</i>	42,6 % (n= 23)	57,4 % (n= 31)
<i>3<math>\geq</math> voldskategorier</i>	74,2 % (n= 23)	25,8 % (n= 8)

### 3.2.2 Effekt på symptomtrykk

For å måle effekter av intervensjonsprogrammet på psykisk lidelsestrykk for voldsgruppen ble skårer på *Hospital Anxiety and Depression Scale* ved inklusjon sammenliknet med skårer



på det samme kartleggings skjemaet ved 12 måneders oppfølging. Både delskalaen for angst og for depresjon ble administrert ved begge tidspunkt, i tillegg til at det ble laget en samleskåre for de to deltestene (HADS-T). Først ble totalskårer ved baseline og etter 12 måneder sammenliknet for samtlige deltakere i studien. Her ble deltakerne delt inn etter intervensjons- og kontrollgruppe, i tillegg til inndeling etter hvorvidt de ved inklusjon hadde oppgitt å ha vært utsatt for vold eller ikke. Resultatene for endring i symptomtrykk fra inklusjon til etter behandling er oppsummert i figur 5.



Figur 5. Skårer på Hospital Anxiety and Depression Scale ved inklusjon og etter endt intervensjon

Som figur 5 illustrerer hadde samtlige deltakere i begge betingelser fått redusert sitt symptomtrykk etter 12 måneder, som vist gjennom reduksjon i gjennomsnittsskårer på HADS-T. I den originale SFJ-studien fant man at forskjellene i symptomreduksjon mellom kontroll- og intervensjonsgruppen var signifikante (Reme et al., 2013). Den ikke-voldseksponerte gruppen i intervensjonsbetingelsen hadde størst reduksjon, med 5 poeng endring fra baseline til endt intervensjon ved 12 måneder, etterfulgt av den voldseksponerte gruppen i intervensjonsgruppen som gjennomsnittlig hadde redusert sine HADS-skårer med 4,68 poeng.

For å undersøke om forskjellen i symptomreduksjon mellom de voldseksponerte og øvrige deltakerne i intervensjonsgruppen var signifikant, ble mixed between-within ANOVA

benyttet. Her ble effekten av vold (eksponert/ikke-eksponert) og tid (baseline og 12 måneder) på HADS-T undersøkt. Variansanalysen viste ingen signifikant interaksjonseffekt mellom vold og tid, Wilks' Lambda = .99,  $F(1, 367) = .21$ ,  $p = .646$ , eta squared = .01. Videre fant man en hovedeffekt av tid (Wilks' Lambda = .72,  $F(1, 367) = 140.57$ ,  $p = .000$ , partial eta squared = .27), men man fant derimot ingen signifikant hovedeffekt av vold,  $F(1,367) = 2.30$ ,  $p = .130$ , partial eta squared = .006. Begge grupper hadde dermed en signifikant reduksjon i sine angst- og depresjonsplager i løpet av behandlingen, men det var ingen statistisk signifikante forskjeller i symptomtrykk mellom de voldseksponerte og de øvrige deltakerne i intervensjonsgruppen.

### **3.2.3 Sammendrag av analyser etter endt behandling**

Hva gjaldt de voldseksponerte deltakerne i intervensjonsgruppen, fant man at disse hadde økt sin arbeidsdeltakelse i løpet av behandlingen. Resultatene fra den ujusterte logistiske regresjonsanalysen, der det ble undersøkt hvorvidt vold kan sies å predikere sysselsetting etter 12 måneder hos deltakerne i intervensjonsgruppen, viste en ikke-signifikant modell. For voldseksponerte utsatt for tre eller fler voldskategorier fant man imidlertid en signifikant lavere suksessrate når det kom til effekt av behandlingen på sysselsetting. Hva gjelder psykisk lidelsestrykk hadde samtlige deltakere i studien en reduksjon i symptombelastning i løpet av en 12-måneders periode. Variansanalysen av deltakerne innad i intervensjonsgruppen viste ingen signifikante forskjeller i reduksjon av angst- og depresjonssymptomer mellom de voldseksponerte og de øvrige deltakerne. Både voldseksponerte og ikke-eksponerte kan dermed sies å ha hatt god nytte av behandlingen hva gjelder reduksjon av psykisk lidelsestrykk.

# 4 Diskusjon

## 4.1 Diskusjon av hovedfunn

Det overordnede målet med denne studien å vurdere effekten av det arbeidsrettede tiltaket Senter for jobbmestring for de voldseksponerte deltakerne i utvalget. Her ønsket man både å vurdere tiltakets effekt på sysselsetting og på psykisk lidelsestrykk. Utover dette var et mål med studien å si noe om karakteristikker ved de voldseksponerte deltakerne, og om disse skilte seg fra studiens øvrige deltakere på noe vis.

Totalt rapporterte 435 deltakere (36,5 %) i denne studien å ha vært utsatt for ulike voldshendelser. I forkant av behandlingen skilte de voldseksponerte seg fra de resterende deltakerne ved at de hadde en svakere arbeidslivstilknytning, rapporterte om mer omfattende fysiske og psykiske plager, i tillegg til at de rapporterte om betydelig lenger varighet av sine psykiske plager. Etter endt behandling fant man ingen signifikante forskjeller i tiltakseffekt mellom de voldseksponerte og ikke-eksponerte. Dette tyder på at de voldseksponerte deltakerne hadde like god effekt av tiltaket som de øvrige deltakerne i studien, både når det kom til å få økt sin sysselsetting, samt redusert sitt psykiske lidelsestrykk.

### 4.1.1 Voldseksponering, lidelsestrykk og arbeidsstatus ved inklusjon

I forkant av analysene hadde man en hypotese om at den voldseksponerte gruppen ville rapportere om flere og mer sammensatte vansker enn de ikke-eksponerte. Resultatene fra studien bekreftet dette både hva gjelder sysselsettingsstatus og ulike helseplager ved behandlingsstart. Den voldseksponerte gruppen hadde ved oppstart av prosjektet en statistisk signifikant lavere sysselsettingsprosent enn det øvrige utvalget, i tillegg til at de relativt sett var vesentlig høyere representert i gruppen for langtidsytelser. Dette indikerer at den voldsutsatte gruppen i større grad strevde med sin arbeidsdeltakelse enn de ikke-eksponerte deltakerne før behandling. At så mange av dem mottok ytelser er trolig også en indikasjon på at både arbeidsevne og funksjonsnivå for denne gruppen har vært redusert over lenger tid enn hva den har vært for det øvrige utvalget. Dette understøttes av at de voldseksponerte deltakerne ved oppstart skåret signifikant høyere på samtlige mål for fysiske og psykiske plager, i tillegg til at de oppga hele tre år lenger varighet av sine psykiske plager enn de ikke-eksponerte deltakerne i studien. I tråd med tidligere forskning er både varighet av plager, alvorlighetsgraden av disse plagene samt tidligere episoder med sykefravær assosiert med

dårligere fungering i arbeidslivet (Brouwers et al., 2009; H. de Vries et al., 2018; Roelen et al., 2012). Funnene gjort i den foreliggende studien samsvarer altså med funn gjort i andre studier, da man så at alle disse faktorene var forbundet med svakere arbeidslivstilknytning for de voldseksponeerte deltakerne.

#### **4.1.2 Andre karakteristika ved voldseksponeerte deltakere**

De voldseksponeerte skilte seg ikke bare fra de øvrige deltakerne i utvalget når det gjaldt symptomtrykk og arbeidsevne, men også på flere andre områder. Som årsaker til sitt sykefravær oppga de i større grad arbeidskonflikt og problemer ved hjemmesituasjonen som avgjørende faktorer. Brouwers og medarbeidere (2009) fant i sin studie at familieproblemer som oppgitt årsak for vanskene predikerte lavere sannsynlighet for tilbakeføring til arbeid. Samtidig finner man at jobberelatert stress utgjør en risikofaktor både for sykefravær og manglende tilbakeføring til arbeid (H. de Vries et al., 2018). De voldseksponeerte deltakerne skåret i tillegg høyere på mål for helseatferd, nærmere bestemt når det kom til røykevaner. Dette er ytterligere en faktor som er funnet å predikere sykefravær hos folk med milde til moderate psykiske plager (H. de Vries et al., 2018).

Også hva gjaldt mestringsforventninger skilte de voldseksponeerte seg ut når det kom til opplevelse av hjelpeløshet. Selv om dette målet ikke er direkte relatert til arbeidslivet, er det rimelig å anta at denne mestringsstilen også vil kunne ha en innvirkning på deltakernes tro på hvorvidt de vil klare å komme seg tilbake i arbeid eller ikke. Flere studier finner en sammenheng mellom mestringsstro og arbeidsfungering (Brouwer et al., 2011; Brouwer et al., 2009; Fitzgerald et al., 1989; Labriola et al., 2007; Karen Nieuwenhuijsen et al., 2013). Nieuwenhuijsen og medarbeidere (2013) fant blant annet i sin studie at arbeidsrelatert mestringsstro, heller enn forventninger knyttet til varigheten av sykefraværet, var det som i størst grad predikerte suksessfull tilbakeføring til arbeid. Her må det understrekes at mestringsstil, mestringsforventninger og mestringsstro ikke er helt synonyme konstrukter, da førstnevnte handler om hvordan man konkret forholder seg til utfordrende situasjoner, mens de to sistnevnte i større eller mindre grad omhandler individets tro på egne evner til å mestre situasjoner og oppnå mål (Bandura, 1977). Det kan allikevel argumenteres for at disse er nært koblet til hverandre ved at en persons mestringsstil trolig i høy grad vil avhenge av vedkommendes mestringsforventninger og mestringsstro. Én studie finner ingen signifikant assosiasjon mellom mestringsstil og varighet av sykefravær (van Der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2003). Her sammenliknet man imidlertid to grupper som i utgangspunktet skåret

relativt likt hva gjaldt mestring - i motsetning til i SFJ-studien, hvor den voldseksponerte gruppen som en trend gjennomgående skåret lavere på mål for mestring enn ikke-eksponerte deltakere ved baseline.

Samlet sett rapporterer de voldseksponerte deltakerne om flere typer plager og vansker som har vist seg å ha en indirekte eller direkte kobling til arbeidsfungering. Dermed kan alle disse faktorene i ulik grad ha vært medvirkende årsaker til at de voldseksponerte ved oppstart av prosjektet opplevde større grad av plager på flere områder, og hadde en lavere sysselsettingsprosent enn de øvrige deltakerne.

### **4.1.3 Regelmessig vold og eksponering for flere voldskategorier**

En hypotese man konkret ønsket å undersøke i forbindelse med den foreliggende studien, var hvorvidt regelmessig eksponering over tid og eksponering for flere typer voldshendelser var assosiert med dårligere fungering, også hva gjelder arbeidsevne. Dette på bakgrunn av at flere studier finner nettopp slike sammenhenger (Anda et al., 2004; Felitti et al., 1998). Her fant man spesielt at det å ha vært utsatt for flere typer voldshendelser utgjorde en risikofaktor for både økt fysisk og psykisk lidelsestrykk, i tillegg til at disse individene hadde signifikant lenger varighet av sine plager enn både andre voldseksponerte og utvalget forøvrig. Sammenliknet med gjennomsnittet i utvalget, oppga personer utsatt for to eller flere voldskategorier hele fire år lenger varighet av sine psykiske plager (12,5 år mot 8,6 år i det totale utvalget). Tilsvarende varighet av psykiske plager fant man hos de deltakerne som oppga regelmessig voldseksponering i henholdsvis under eller over ett år, men denne gruppen skilte seg kun signifikant fra dem utsatt for én eller flere enkelthendelser med vold når det gjaldt mål på angstsymptomer ved baseline. Som tidligere redegjort for er både varighet og alvorlighetsgrad av psykiske plager assosiert med dårligere arbeidsfungering. I tillegg er spesielt angstsymptomer funnet å ha en sterk kobling til lengre perioder med sykefravær (A. K. Knudsen et al., 2013). På disse områdene samsvarer dermed funnene gjort i denne studien med funn gjort i andre studier. Det man imidlertid ikke fant i den foreliggende studien, var forskjeller mellom henholdsvis det å ha vært utsatt for én voldskategori kontra flere voldskategorier, eller forskjeller mellom å ha vært utsatt for enkelthendelser med vold kontra regelmessig eksponering, når det kom til arbeidsstatus ved baseline. Med andre ord fant man ikke evidens for at varighet av, eller antall belastende livshendelser, var assosiert med dårligere arbeidsfungering for de voldseksponerte i utvalget før prosjektet startet. Dette var et noe overraskende funn, spesielt med tanke på at disse deltakerne rapporterte om mer

omfattende plager enn gjennomsnittet. En mulighet for at man ikke fant en slik sammenheng, kan være at ulike subgrupper ble slått sammen til større grupper. Her kan det tenkes at egenskaper ved én spesiell subgruppe forsvant når de ble slått sammen med andre deltakere med lignende, men noe ulike, karakteristika. Eksempelvis ville resultatene muligens vært annerledes om man kun inkluderte de deltakerne som rapporterte om regelmessig voldseksponering i over ett år, eller kun dem som oppga å ha vært utsatt for tre eller flere voldstyper.

Etter endt behandling ble eksponering for flere voldskategorier undersøkt nærmere med henblikk på effekt av det arbeidsrettede tiltaket. Her ble det benyttet mindre subgrupper, nettopp for å få frem eventuelle unike karakteristikk i størst mulig grad. Resultatene av denne analysen viste en statistisk signifikant forskjell mellom dem utsatt for tre eller fler voldskategorier, sammenliknet med de øvrige deltakerne i intervensjonsgruppen. Blant disse deltakerne hadde kun en fjerdedel opprettholdt eller økt sin sysselsetting i løpet av behandlingen. Til sammenlikning hadde samlet sett nesten halvparten av dem utsatt for henholdsvis ingen, én eller to voldskategorier opprettholdt eller økt sin sysselsettingsgrad i løpet av den samme perioden. Selv om man ikke fant noen forskjeller i arbeidsstatus mellom dem utsatt for én eller fler voldskategorier ved inklusjon, tyder altså resultatene på at deltakerne utsatt for tre eller fler voldskategorier i mindre grad greide å nyttiggjøre seg det arbeidsrettede tiltaket enn de øvrige deltakerne som mottok denne behandlingen. Ut fra et traumeperspektiv vil som tidligere nevnt ulike voldshendelser betegnes som potensielt traumatiserende hendelser. En mulig forklaring på at deltakere utsatt for tre eller flere voldskategorier opprettholdt en svakere arbeidslivstilknytning etter endt behandling kan være at en større andel av disse på forhånd slet med traumerelaterte vansker. I så måte kan det tenkes at behandlingen ikke har hatt tilfredsstillende effekt for denne gruppen, fordi den ikke har adressert deres primære problemområder. Innen traumefeltet vil angst- og depresjonstilstander, som er de psykiske plagene behandlingen i SFJ har tatt sikte på å redusere, sees på som komorbide plager knyttet til traumeerfaringen (Amstadter et al., 2013; Anstorp & Benum, 2014). Mange med slike sammensatte tilstander vil dog oppleve problemer på en rekke andre områder også, blant annet når det kommer til reguleringsevne, overaktivering av kroppens alarmsystem og vansker i sosialt samspill med andre (Anstorp & Benum, 2014; Hagenaars, Fisch, & van Minnen, 2011). Dette er områder som ikke måles eller adresseres direkte i den foreliggende studien. En kan dermed ikke utelukke at de har vært medvirkende årsaker til vedvarende redusert arbeidsfungering for enkelte av deltakerne i utvalget som har opplevd mer omfattende voldseksponering. Med tanke på at andelen

deltakere utsatt for tre eller fler voldskategorier i denne studien er så liten, må disse resultatene imidlertid testes i flere oppfølgingsstudier før man eventuelt kan trekke mer sikre konklusjoner.

#### **4.1.4 Voldseksponering, lidelsestrykk og arbeidsstatus etter endt behandling**

Hva gjelder utfallsmålet sysselsetting hadde deltakerne som mottok det arbeidsrettede behandlingstilbudet en signifikant større økning i arbeidsdeltakelse enn deltakerne i kontrollbetingelsen etter 12 måneder. Innad i intervensjonsgruppen fant man at vold ikke predikerte sysselsetting etter endt behandling. Det var riktignok en trend at de ikke-eksponerte i større grad opplevde økt arbeidsdeltakelse enn de voldseksponerte, men denne forskjellen viste seg å ikke være statistisk signifikant. Man fant med andre ord ikke statistisk sikker støtte for at voldseksponering reduserte behandlingseffekten av tiltaket, da det å ha vært utsatt for ulike voldshendelser i seg selv ikke predikerte hvorvidt behandlingen førte til økt arbeidsdeltakelse eller ikke. I tillegg indikerer funnene fra studien at tiltaket har hatt en betydelig effekt på psykisk lidelsestrykk for den voldseksponerte gruppen. I den originale SFJ-studien fant man at angst- og depresjonsskårer var signifikant mer redusert hos deltakerne i intervensjonsgruppen enn hos kontrollgruppen, og den foreliggende studien fant tilsvarende ingen signifikante forskjeller mellom voldseksponerte og øvrige deltakere innad i intervensjonsgruppen. Dette til tross for at de utsatt for vold i forkant av behandlingen hadde et signifikant høyere lidelsestrykk enn de som ikke var utsatt for slike voldshendelser. Samlet sett taler disse funnene i favør av Senter for jobbmestring, fordi det jobbmestrende tiltaket på tross av voldseksponering synes å ha hatt en god effekt på både symptomreduksjon og arbeidsevne sammenliknet med ordinær oppfølging.

#### **4.1.5 Voldseksponering og arbeidsrettet behandling – hvordan øke fungering og sysselsetting ytterligere?**

Relativt sett befant fler av de voldseksponerte seg i gruppen for langtidsytelser ved oppstart, enn de ikke-eksponerte. Hele 45,8 % av deltakerne i denne statusgruppen oppga å være utsatt for ulike voldshendelser, noe som anses å være et høyt tall med tanke på at de voldseksponerte utgjorde et klart mindretall i det totale utvalget. Til tross for at voldseksponering i seg selv ikke later til å predikere sysselsetting etter endt behandling, utgjør disse individene allikevel en sårbar gruppe. Dette fordi en så stor prosentandel av de

voldseksponeerte i utgangspunktet ser ut til å ha hatt dårligere arbeidsfungering, som igjen utgjør en vesentlig risikofaktor for vedvarende redusert arbeidskapasitet.

Det er rimelig å tenke seg at det kreves mer av behandlingssystemet for å få individer som har vært lenger ute av arbeidslivet tilbakeført i arbeid enn dem som kun har vært ute i en kortere periode. Fra den opprinnelige SFJ-studien vet man at det i intervensjonsgruppen nettopp var deltakerne på langtidsytelser som relativt sett hadde den største økningen i arbeidsdeltakelse, sammenliknet med sine jevnbyrdige i kontrollgruppen. Etter endt behandling hadde 24 % av disse deltakerne i intervensjonsgruppen økt eller opprettholdt sin arbeidsdeltakelse, mot kun 12 % av de som mottok ordinær oppfølging (Reme et al., 2015). Denne forskjellen skyldes trolig i stor grad den ekstra bistanden deltakerne i Senter for jobbmestring fikk i form av tilgang på jobbkonsulenter og individuell jobbstøtte fra disse. Til tross for de oppløftende resultatene kommer man ikke forbi at det på et overordnet plan var deltakerne som ved inklusjon hadde strevd lengst med sin arbeidsfungering, som hadde lavest grad av vellykket tilbakeføring til arbeidslivet. Dette er også i tråd med forskning på feltet, som finner at varighet av sykefravær ved baseline er en av de sterkeste prediktorene for fortsatt redusert arbeidskapasitet etter endt behandling (Brouwers et al., 2009).

Selv om man i SFJ-studien ikke fant noen signifikante forskjeller i økt arbeidsdeltakelse mellom voldseksponeerte og ikke-eksponerte i intervensjonsgruppen, og i så måte kan si seg fornøyd med tiltakets effekt, må et fremtidig mål være å sørge for at *enda flere* voldseksponeerte får økt sin arbeidsfungering og yrkesdeltakelse. Av den grunn er det, til tross for de gode resultatene Senter for jobbmestring har vist, hensiktsmessig å fokusere på karakteristikkene ved de voldseksponeerte man vet predikerer sykefravær og tilbakeføring til arbeid. Dette for å kunne tilrettelegge behandlingen slik at flere voldseksponeerte, spesielt dem som i lenger tid har slitt med redusert arbeidskapasitet, kan nyttiggjøre seg av tiltaket.

En spesielt interessant variabel er mestringstro, som man har sett har en sterk sammenheng med varighet av sykefravær (Brouwer et al., 2011; Brouwer et al., 2009; Fitzgerald et al., 1989). Deltakernes mestringstro anses som relevant i dette øyemed fordi de voldseksponeerte deltakerne, sammenliknet med de ikke-eksponerte, rapporterer om større grad av vansker på dette området. Mestringstro er også relevant med tanke på at de voldseksponeerte relativt sett er overrepresentert i gruppen for langtidsytelser. Det er nærliggende å tenke seg at disse deltakerne utgjør en sårbar gruppe hva gjelder tro på egen mestring og måloppnåelse i jobbsammenheng, fordi de over tid har erfart nettopp vansker med å stå i ordinært arbeid. I følge CATS-modellen (Ursin & Eriksen, 2004) vil utfallet av en vanskelig situasjon avhenge av individets forventninger, og hvilke forventninger en har vil



igjen avhenge av tidligere erfaringer. Negative erfaringer vil kunne føre til lav mestringstro (Bandura, 1977), og dermed lave forventninger til egen håndtering av utfordringer. Dette vil igjen kunne medføre økt stressbelastning for individet (Lazarus, 1984), som kan resultere i en rekke negative konsekvenser. På denne måten kan en ond sirkel oppstå, hvor personen ikke lenger opplever noen sammenheng mellom egne handlinger og utfall i ulike situasjoner. Sett i konteksten av ulike stress- og mestringsteorier (Bandura, 1977; Lazarus, 1984; Ursin & Eriksen, 2004) kan man altså tenke seg at de voldseksponeerte deltakernes belastende opplevelser kan ha bidratt til forhøyet stress over tid, og en manglende opplevelse av suksessfull håndtering i ulike situasjoner. Dette igjen kan ha gitt en følelse av hjelpeløshet, og lavere grad av forventninger til egen mestring. Her kan også traumeperspektivet inkorporeres, ved at et psykisk traume kan sies å innebære en overskridelse av individets evne til mestring og tilpasning i hverdagen (Anstorp & Benum, 2014, p. 24). Ut fra et slikt syn vil fokus på økt mestringstro være et potensielt nøkkelelement i behandlingen av voldseksponeerte mennesker, da mestringstro kan være en mulig beskyttende faktor hva gjelder arbeidsfungering (Lagerveld, Brenninkmeijer, Blonk, Twisk, & Schaufeli, 2017).

## 4.2 Styrker og svakheter ved studien

En klar styrke ved datamaterialet som er benyttet i denne studien er at det ble gjennomført med et robust design (RCT-studie). Denne forskningsmetoden ble valgt for å sikre at eventuelle forskjeller i effekt mellom gruppene kunne tilskrives det arbeidsrettede tiltaket (Reme et al., 2013), som igjen er med på å sikre indre validitet. En annen styrke ved studien er selve utvalgsstørrelsen. En generell regel er at jo større utvalget er, jo mindre vil sannsynligheten være for store avvik mellom det faktiske fenomenet i populasjonen man ønsker å si noe om, og forekomsten av det samme fenomenet i utvalget man har trukket (Skog, 1998). Utvalg med fler enn 200 deltakere anses som store (Tabachnick & Fidell, 2013), og med tanke på at den foreliggende studien har nesten seks ganger dette antallet taler det for en svært tilfredsstillende utvalgsstørrelse. Større utvalg sikrer større grad av generaliserbarheten av funnene, som igjen fører til økt ekstern (økologisk) validitet (Howell, 2013). Selv om RCT-studier anses som ”gullstandarden” i forskning (Svartdal, 2018), finnes det ulike fallgroper i alle type studier. Et problem med RCT-studier er at kravene om at de må gjennomføres under kontrollerte og standardiserte forhold nettopp er en trussel for generaliserbarhet og økologisk validitet. I etterkant av den originale SFJ-studien ble det gjennomført en studie hvor man undersøkte hvorvidt deltakerne i prosjektet kunne sies å være

representative for pasientgruppen som vanligvis mottar dette tilbudet (Øverland, Grasdal, & Reme, 2016). Her fant man store likhetstrekk mellom de to gruppene hva gjaldt mål på selvrapportert helse og demografiske variabler. I så måte kan studien sies å ha høy økologisk validitet, da utvalgspopulasjonen synes å likne pasientgruppen som ellers mottar tilbudet. Hvorvidt funn fra den foreliggende studien kan generaliseres til andre pasientpopulasjoner, og da spesielt andre pasientgrupper utsatt for ulike voldshendelser, kan man imidlertid ikke vite med sikkerhet.

Frafall av deltakere og inkomplett utfylling av skjemaer er vanlige problemer i effektstudier som går over lengre perioder (D. M Clark, Fairburn, & Wessely, 2008; David M. Clark et al., 2009). Dette har også vært en utfordring i den foreliggende studien når det gjelder selvrapporterte mål på fysisk og psykisk helse ved endt behandling. På bakgrunn av dette skal man være forsiktig med å generalisere funn vedrørende lidelsestrykk ved behandlingsslutt til hele studiens pasientpopulasjon. Når det gjelder sysselsettingsgrad er imidlertid en styrke ved studien at post-målinger vedrørende arbeidsdeltakelse er basert på registerdata, som gjør at man unngår problematikk knyttet til lav svarprosent for dette hovedutfallsmålet.

En annen begrensning ved studien går ut på prinsippet om at man ”kun får ut, det man putter inn”. Analysene som er gjort er basert på et ferdig innsamlet datamateriale, som innebærer at en del variabler og potensielle sammenhenger som hadde vært interessante å se på med henblikk på studiens formål, ikke har vært mulig å undersøke. Hva gjelder voldseksponering spesifikt utgjør det eksempelvis en begrensning at studien mangler detaljbeskrivelser om deltakernes subjektive opplevelse av voldshendelsene. Spørsmålene åpner ikke for svar på i hvilken grad deltakerne opplever at volden har hatt en vesentlig innvirkning på livene deres, ei heller hvorvidt den har bidratt til deres psykiske vansker eller arbeidsfungering. De voldsrelaterte spørsmålene i studien er heller ikke validert, og deltakerne fikk ingen operasjonalisert definisjon av voldsbegrepet i forkant av administreringen av spørreskjemaet. Dette er et mulig problem, fordi ”vold” som nevnt innledningsvis er et diffust begrep som kan defineres på flere måter. Dette kan også være en av grunnene til at flere av deltakerne som svarte avkreftende på spørsmål om vold, senere svarte bekreftende når de ble gitt konkrete voldskategorier å forholde seg til. I den forbindelse er det også viktig å understreke at den opprinnelige SFJ-studien ikke var designet for den foreliggende studiens formål, og at datagrunnlaget dermed ikke er dimensjonert for dens problemstillinger. Denne mangelen på statistisk styrke kan ha medført type-II feil, hvor reelle sammenhenger i utvalget kan ha blitt oversett. Et eksempel kan være trenden man ser

hva gjelder sysselsetting, hvor voldseksponeerte later til å ha litt mindre tiltakseffekt enn de øvrige deltakerne i intervensjonsgruppen. Denne trenden i datamaterialet kan være tilfeldig, men funnene må tolkes med forbehold grunnet den nevnte manglende dimensjoneringen. For fremtidig forskning på relasjonen mellom voldseksponeering og arbeidsfungering, vil det være fordelaktig å foreta slike styrkeberegninger som en del av prosjektet.

En annen potensiell svakhet ved studien er relatert til multippel testing. I den foreliggende studien ble det gjennomført mange analyser og sammenlikninger, uten at disse ble korrigert for i form av en bonferroni korreksjon. Rasjonalet bak å bruke denne metoden er at man ved multippel testing av samme variabel øker sannsynligheten for en såkalt type-I feil, altså at man får et signifikant resultat ved en tilfeldighet (Bland & Altman, 1995). Ved bonferroni korreksjon korrigerer man for dette ved å justere p-verdien til et strengere nivå. Det er imidlertid uenighet i feltet rundt bruken av metoden, da den øker sannsynligheten for type-II feil. Argumentet er da at den kan føre til overkorreksjon, ved at et for strengt signifikansnivå kan føre til at man går glipp av reelle, viktige sammenhenger (Perneger, 1998). Av den grunn ble det ikke foretatt en bonferroni korreksjon i den foreliggende studien, men man kan heller ikke utelukke at enkelte av de signifikante resultatene oppstod tilfeldig.

I studien har man i stor grad antatt at voldseksponeering i seg selv utgjør en belastende livshendelse, basert på assosiasjoner mellom voldseksponeering og grad av fysiske og psykiske helseplager. For enkelte deltakere er det sannsynlig at disse hendelsene har vært belastende i ulik grad, men konkret for hvilke – og i så måte om disse har nyttiggjort seg tiltaket dårligere enn andre, finnes det ikke konkret belegg for å si noe om. Hva gjelder selve analysene kunne man også gått enda mer i dybden hva gjaldt de ulike voldskategoriene. Grunnet det allerede omfattende analysegrunnlaget ble dette ikke gjort, men dette er noe som hadde vært interessant å se på i fremtidige studier. Eksempelvis hadde det vært interessant å undersøke hvorvidt noen typer vold, som seksuelle overgrep eller alvorlige trusler, i større grad predikerer dårligere arbeidsfungering enn andre typer vold.

Med tanke på all forskning som finnes på ulike prediktorer for varighet av sykefravær og tilbakeføring til arbeid (Brouwers et al., 2009; H. de Vries et al., 2018; K. Nieuwenhuijsen et al., 2006), hadde det vært nyttig med ytterligere informasjon om deltakernes arbeidsstatus ved inklusjon. Studien sier ingenting om hvor lenge deltakerne i gruppene for henholdsvis sykmeldte og langtidssytelser har vært utenfor arbeidslivet, eller hvorvidt de har opplevd slike perioder med redusert arbeidskapasitet tidligere. Dette hadde vært interessant informasjon å vite med henblikk på ytterligere kunnskap om karakteristikk ved voldseksponeerte, og faktorer som kan tenkes å ha en innvirkning på arbeidsfungering og generelt funksjonsnivå.

## 4.3 Implikasjoner

I den foreliggende studien finner man en rekke interessante resultater med henblikk på fremtidig forskning og behandlingspraksis. Først og fremst er den med på å belyse hvor stor andel av utvalget som har opplevd ulike former for voldseksponering. Funnene viser at over en tredjedel av utvalget på 1193 deltakere hadde opplevd noen form for voldseksponering i løpet av livet. Ser man på prevalensestimater av vold fra andre studier, er disse tallene sprikende (Saunders & Adams, 2014; Thoresen & Hjemdal, 2014). Det både den foreliggende studien og annen forskning finner, er at forekomsten av ulike former for voldseksponering er et relativt vanlig fenomen. Disse resultatene sier noe om viktigheten av preventive tiltak, for å sørge for at voldseksponering avdekkes og stoppes så tidlig som mulig. Prevalensestimaterne understreker imidlertid også viktigheten av at potensiell voldseksponering screenes for og kartlegges i langt større grad enn hva som gjøres i generell psykologisk behandling i dag. Fra traumefeltet vet man en del om komorbiditet og vanlige følgetilstander ved voldseksponering. Blant annet finnes det bred konsensus for at voldseksponering er en risikofaktor for ulike angst- og depresjonstilstander (Assari & Lankarani, 2018; Folkehelseinstituttet, 2018; K. S. Kendler & Gardner, 2016). Når angst og depresjon på sin side utgjør de vanligste psykiske lidelsene (Reneflot et al., 2018), er dette en indikasjon på nytteverdien av økt fokus på kartlegging av eventuelle voldserfaringer i dagens behandlingssystem. Dette fordi voldseksponering utgjør en potensiell bakenforliggende årsak for problemene deler av pasientpopulasjonen opplever, og at disse individene vil kunne profitere på større grad av traumefokus i behandlingen av sine psykiske plager. Hva gjelder behandlingsrutiner avdekker denne studien også viktigheten av bistand for de voldseksponerte utover ren psykologisk behandling med fokus på symptomlette. Spesielt gjelder dette for voldseksponerte (og andre med psykiske lidelser) som har vært ute av arbeidslivet over lengre perioder. SFJ-studien skiller seg fra ordinær praksis ved at den inkorporerer et eksplisitt fokus på arbeid i CBT-behandlingen. I tillegg skiller den seg ut ved at deltakerne har fått tilbud om bistand fra jobbkonsulenter etter IPS-modellen. Individuell jobbstøtte med samtidig behandlingsfokus rettet inn mot fungering i arbeidssammenheng ser ut til å ha hatt en gunstig effekt for den voldseksponerte gruppen. Siden voldseksponerte mennesker på et overordnet plan rapporterer om større grad av plager på flere områder (herunder fysisk og psykisk lidelsestrykk samt utmattelsessymptomer), vil et poeng muligens også være å øke fokus på samarbeid mellom ulike instanser i behandlingssystemet. Dette understøttes av forskning, som har funnet at både relasjonelle vansker, emosjonelt stress,

somatiske symptomer og rusmisbruk medierer relasjonen mellom voldseksposering og arbeidsfungering (Anda et al., 2004). For å sørge for en mest mulig helhetlig behandling av personer utsatt for vold, later det til at alle disse faktorene er av betydning for økt fungering og bedring.

Videre ser det ut til at det kan være hensiktsmessig å jobbe med å øke mestringstro hos voldseksposerte deltakere. Dette på bakgrunn av hvordan egenopplevd mestringskapasitet anses som helt sentralt i ulike stress- og mestringsteorier (Bandura, 1977; Lazarus, 1984; Ursin & Eriksen, 2004), samt bred forskningsevidens som peker mot at mestringstro har en avgjørende rolle for tilbakeføring til arbeid (Brouwer et al., 2011; Brouwer et al., 2009; Fitzgerald et al., 1989). Selv om mestring i ulike arbeidssituasjoner var et uttalt behandlingsmål i prosjektet, kan det altså synes som dette fokuset er noe voldseksposerte deltakere spesielt kunne profittert på å få styrket ytterligere. I den foreliggende studien ble ikke mestringstro/mestringsforventninger målt ved follow-up. For fremtidig forskning ville det vært interessant med studier som ser direkte på sammenhengen mellom vold og arbeidsfungering, hvor ulike mestringsvariabler mer systematisk inkorporeres som en potensiell medierende faktor i denne relasjonen.

## 4.4 Konklusjon

Fra før har det arbeidsrettede behandlingstiltaket ”Senter for jobbstring” vist seg nyttig i å øke arbeidsdeltakelse hos folk med milde til moderate former av angst og depresjon (Reme et al., 2013). Den foreliggende studien viser at behandlingen ser ut til å ha liknende effekt for mennesker utsatt for ulike voldshendelser, både når det kommer til økt sysselsetting og redusert lidelsestrykk. Tiltaket er i utgangspunktet ikke utarbeidet eller tilrettelagt for å behandle mennesker med potensiell traumbakgrunn, og det er dermed gledelig å se at det kan ha en effekt også for denne gruppen. Før behandlingsoppstart skilte de voldseksposerte deltakerne seg ut ved at de var høyere representert i gruppen for langtidsytelser, og at en lavere andel av dem var helt eller delvis i jobb. Videre skilte de seg fra de øvrige deltakerne på mål for både fysiske og psykiske helseplager, i tillegg til at de voldseksposerte rapporterte om lenger varighet av sine psykiske plager. De rapporterte også om større grad av hjelpeløshet når det gjaldt mål på mestringsforventninger. Etter endt behandling fant man ingen signifikante forskjeller mellom voldseksposerte og øvrige deltakere i intervensjonsbetingelsen på de to utfallsmålene sysselsetting og symptomtrykk. Man så imidlertid en trend i datamaterialet der voldseksposerte så ut til å ha hatt noe dårligere effekt

av tiltaket med henblikk på økt eller opprettholdt arbeidsdeltakelse, men disse forskjellene var ikke signifikante. Dette kan skyldes at de små forskjellene man fant var tilfeldige, og at voldseksponerte profitterte på behandlingen på lik linje som de ikke-eksponerte. Trenden kan imidlertid også være en indikasjon på at de to gruppene har hatt ulik effekt av det arbeidsrettede tiltaket, men at disse forskjellene ikke viste seg som signifikante fordi datatilfanget ikke var dimensjonert for studiens problemstillinger. Dette burde tas hensyn til ved fremtidig forskning på relasjonen mellom voldseksponering og arbeidsfungering, med tanke på eventuelle sammenhenger som ikke ble avdekket i den foreliggende studien. Det vil også være interessant med studier som mer systematisk ser på ulike mestringsvariabler hos voldseksponerte, da disse potensielt kan være medierende faktorer i relasjonen mellom vold og yrkesdeltakelse.

# Litteraturliste

- Amstadter, A., Aggen, S., Knudsen, G., Reichborn-Kjennerud, T., & Kendler, K. (2013). Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 48(2), 215-223. doi:10.1007/s00127-012-0537-2
- Anda, R. F., Fleisher, V. I., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Whitfield, C. L., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2004). Childhood Abuse, Household Dysfunction, and Indicators of Impaired Adult Worker Performance. *The Permanente Journal*, 8(1), 30. doi:10.7812/TPP/03-089
- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). *Traumebehandling : komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Arbeidsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*. Retrieved from [http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter\\_planer/planer/2007/nasjonal-strategiplan-for-arbeid-og-psyk.html?id=481370](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter_planer/planer/2007/nasjonal-strategiplan-for-arbeid-og-psyk.html?id=481370)
- Arends, I., van der Klink, J. J., & Bültmann, U. (2010). Prevention of recurrent sickness absence among employees with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial with cost-benefit and effectiveness evaluation. *BMC public health*, 10(1), 132. doi:10.1186/1471-2458-10-132
- Assari, S., & Lankarani, M. M. (2018). Violence Exposure and Mental Health of College Students in the United States. *Behavioral Sciences*, 8(6), 53. doi:10.3390/bs8060053
- Austin, A. (2018). Association of Adverse Childhood Experiences with Life Course Health and Development. *N C Med J*, 79(2), 99-103. doi:10.18043/ncm.79.2.99
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. doi:10.1016/S0022-3999(01)00296-3
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1995). Multiple significance tests: The Bonferroni method. *BMJ*, 310(6973), 170. doi:10.1136/bmj.310.6973.170
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Dincin, J., Drake, R., Becker, D. R., Fraser, V. V., & Haines, M. (2007). A Randomized Controlled Trial Comparing Two Vocational Models for Persons with Severe Mental Illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 968-982. doi:10.1037/0022-006X.75.6.968
- Bowlby, J. (1958). SEPARATION OF MOTHER AND CHILD. *The Lancet*, 271(7018), 480-480. doi:10.1016/S0140-6736(58)90794-3
- Brage, S., Nossen, J. P., Kann, I. C., & Thune, O. (2012). *Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000 - 2011*. (3). Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet  
Retrieved from <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/sykefrav%C3%A6r-med-diagnose-innen-psykiske-lidelser-20002011>
- Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K., & Tse, C. K. (1990). Depression, Disability Days, and Days Lost From Work in a Prospective Epidemiologic Survey. *JAMA*, 264(19), 2524-2528. doi:10.1001/jama.1990.03450190056028

- Brouwer, S., Franche, R.-L., Hogg-Johnson, S., Lee, H., Krause, N., & Shaw, W. (2011). Return-to-Work Self-Efficacy: Development and Validation of a Scale in Claimants with Musculoskeletal Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation, 21*(2), 244-258. doi:10.1007/s10926-010-9262-4
- Brouwer, S., Krol, B., Reneman, M., Bültmann, U., Franche, R.-L., Klink, J., & Groothoff, J. (2009). Behavioral Determinants as Predictors of Return to Work After Long-Term Sickness Absence: An Application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of Occupational Rehabilitation, 19*(2), 166-174. doi:10.1007/s10926-009-9172-5
- Brouwers, E. P. M., Bruijne, M. C. d., Terluin, B., Tiemens, B. G., & Verhaak, P. F. M. (2006). Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: a randomized controlled trial. *17*(2), 214-220. doi:10.1093/eurpub/ckl099
- Brouwers, E. P. M., Terluin, B., Tiemens, B. G., & Verhaak, P. F. M. J. J. o. O. R. (2009). Predicting Return to Work in Employees Sick-Listed Due to Minor Mental Disorders. *19*(4), 323. doi:10.1007/s10926-009-9198-8
- Carr, P. C., Martins, S. C. M., Stingel, M. A., Lemgruber, B. V., & Jurueña, F. M. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(12), 1007-1020. doi:10.1097/NMD.0000000000000049
- Cella, M., Chalder, T., & Cella, M. (2010). Measuring fatigue in clinical and community settings. In (pp. 17-22).
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D., & Wallace, E. P. (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research, 37*(2), 147. doi:10.1016/0022-3999(93)90081-P
- Clark, D. M., Fairburn, C. G., & Wessely, S. (2008). Psychological treatment outcomes in routine NHS services: a commentary on Stiles et al. ( 2007 ). *Psychol. Med., 38*(5), 629-634. doi:10.1017/S0033291707001869
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy, 47*(11), 910-920. doi:10.1016/j.brat.2009.07.010
- Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., & Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*(2), CD003080.
- Dahl, E., van der Wel, K. A., & Harsløf, I. (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. (1/2010). Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/28/Arbeid-helse-og-sosial-ulikhet-IS-1774.pdf>
- de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 47*(2), 203-213. doi:10.1007/s00127-010-0334-8
- De Vries, G. J., & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 259-267. doi:10.1002/jts.20429
- de Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A., & Wegewitz, U. J. J. o. O. R. (2018). Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among



- Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *28*(3), 393-417. doi:10.1007/s10926-017-9730-1
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV.* (1994). (4th ed. ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Ellingsen, J. (2018). *Utvikling i uføretrygd per 30.juni 2018*. Oslo: NAV Retrieved from <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevn+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd>
- Eriksen, H., Ihlebæk, C., & Ursin, H. (2012). The epidemiology of subjective health complaints (SHC) and why they are not symptoms for most people. *Journal of Psychosomatic Research*, *72*.
- Eriksen, H. R., Ihlebæk, C., & Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, *27*(1), 63-72. doi:10.1177/14034948990270010401
- Felitti, V. J. M. D., FACP, Anda, R. F. M. D., MS, Nordenberg, D. M. D., Williamson, D. F. M. S., . . . Mph. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, *48*, 13-21. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth.(Report). *Pediatrics*, *124*(5), 1411.
- Fitzgerald, S. T., Becker, D. M., Celentano, D. D., Swank, R., & Brinker, J. (1989). Return to work after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *The American Journal of Cardiology*, *64*(18), 1108-1112. doi:10.1016/0002-9149(89)90861-8
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018*. Oslo Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Gold, P., Meisler, N., Santos, A. B., Carnemolla, M. A., Williams, O., & Keleher, J. (2006). Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. In *Schizophr. Bull.* (pp. 378-395).
- Hagenaars, M. A., Fisch, I., & van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *132*(1), 192-199. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.017>
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliott, K. (2005). Long term sickness absence - Is caused by common conditions and needs managing. *Br. Med. J.*, *330*(7495), 802-803.
- Henderson, M., Glozier, N., & Holland Elliott, K. (2005). Long term sickness absence. *BMJ*, *330*(7495), 802-803. doi:10.1136/bmj.330.7495.802
- Howell, D. C. (2013). *Statistical Methods for Psychology*: Wadsworth Cengage Learning.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., . . . Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, *2*(8), e356-e366. doi:[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Ihlebak, C., Eriksen, H., & Ursin, H. (2004). SHC - et måleinstrument for subjektive helseplager. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *41*(5), 385-387.

- Ihlebak, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health, 30*(1), 20-29. doi:10.1177/14034948020300010701
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Jackson, C. (2014). The Chalder Fatigue Scale (CFQ 11). *Occupational Medicine, 65*(1), 86. doi:<https://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqu168>
- Kalstø, Å. M., & Galaasen, A. M. (2015). *Helserelaterte ytelser - Utviklingen frem til 2014*. (2). Arbeid og velferd Retrieved from <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/helserelaterte-ytelser-utviklingen-frem-til-2014>
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood Sexual Abuse and Adult Psychiatric and Substance Use Disorders in Women: An Epidemiological and Cotwin Control Analysis. *Archives of General Psychiatry, 57*(10), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.57.10.953
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2016). Depressive vulnerability, stressful life events and episode onset of major depression: a longitudinal model. *46*(9), 1865-1874. doi:10.1017/S0033291716000349
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol. Med., 27*(5), 1101-1119. doi:10.1017/S0033291797005588
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., . . . Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med, 352*(24), 2515-2523. doi:10.1056/NEJMsa043266
- Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A., & Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long - term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 127*(4), 287-297. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01902.x
- Knudsen, A. K., Øverland, S., Aakvaag, H. F., Harvey, S. B., Hotopf, M., & Mykletun, A. (2010). Common mental disorders and disability pension award: Seven year follow-up of the HUSK study. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(1), 59-67. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.03.007
- Labriola, M., Lund, T., Christensen, K. B., Albertsen, K., Bultmann, U., Jensen, J. N., . . . Public Health, R. (2007). Does self-efficacy predict return-to-work after sickness absence? A prospective study among 930 employees with sickness absence for three weeks or more. *Work, 29*(3), 233-238.
- Lagerveld, S. E., Brenninkmeijer, V., Blonk, R. W. B., Twisk, J., & Schaufeli, W. B. (2017). Predictive value of work-related self-efficacy change on RTW for employees with common mental disorders. In (pp. 381): BMJ Publishing Group Ltd.
- Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. In S. Folkman (Ed.).
- Leiknes, K. A., Dalsbø, T. K., & Siqveland, J. (2016). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). In.
- Malt, U. (2016). Somatiseringslidelse. In *Store medisinske leksikon*.
- Mauramo, E., Lahti, J., Lallukka, T., Lahelma, E., Pietiläinen, O., & Rahkonen, O. (2019). Changes in common mental disorders and diagnosis-specific sickness absence: a register-linkage follow-up study among Finnish municipal employees. *Occupational and Environmental Medicine, 76*(4), 230. doi:10.1136/oemed-2018-105423
- Michalopoulos, I. (2012). Stabilisering - det viktigste leddet i traumebehandling?

- manualbasert psykoedukativ behandling for pasienter med komplekse traumelidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7), 652-657.
- Mossige, S., & Huang, L. (2010). Omfanget av seksuelle krenkelser og overgrep i en norsk ungdomsbefolkning. *Norsk epidemiologi*, 20(1), 53-62.
- Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., Drake, R. E., McHugo, G. J., Bond, G. R., . . . Sobell, M. (2004). The Hartford Study of Supported Employment for Persons With Severe Mental Illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 479-490. doi:10.1037/0022-006X.72.3.479
- Myklestad, I., Rognerud, M. A., & Johansen, R. (2008). Utsatte grupper og psykisk helse : levekårsundersøkelsen 2005. In.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11250/220092>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Depression in adults: NICE guidance*. NICE
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Anxiety: NICE guidance*. NICE
- National Library of Medicine. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. In (pp. 2191-2194).
- NAV. (2013). Senter for jobbmestring. Retrieved from <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/senter-for-jobbmestring>
- NAV. (2016). *NAV's omverdensanalyse 2016*. (3). Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet Retrieved from <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/NAV+rapportserie/NAV+rappporter/omverdensanalyse-2016>
- Nieuwenhuijsen, K., Noordik, E., Dijk, F., & Klink, J. (2013). Return to Work Perceptions and Actual Return to Work in Workers with Common Mental Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(2), 290-299. doi:10.1007/s10926-012-9389-6
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., de Boer, A. G., Blonk, R. W., & Van Dijk, F. J. (2006). Predicting the Duration of Sickness Absence for Patients with Common Mental Disorders in Occupational Health Care. *Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health*, 32(1), 67-74. doi:10.5271/sjweh.978
- Odéen, M., Westerlund, H., Theorell, T., Leineweber, C., Eriksen, H., & Ursin, H. (2013). Expectancies, Socioeconomic Status, and Self-Rated Health: Use of the Simplified TOMCATS Questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 242-251. doi:10.1007/s12529-012-9221-x
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Norway*.
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (5th ed. ed.). Maidenhead: McGraw-Hill.
- Perneger, T. (1998). What's wrong with Bonferroni adjustments. *Br. Med. J.*, 316(7139), 1236-1238.
- Priebe, G., & Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect*, 32(12), 1095-1108. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.04.001>
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 801-813. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.004>

- Reme, S. E., Grasdahl, A. L., Løvrvik, C., Lie, S. A., & Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 72(10), 745-752. doi:10.1136/oemed-2014-102700
- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Sveinsdottir, V., Løvrvik, C., Lie, S. A., & Øverland, S. N. (2018). A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. doi:<https://doi.org/10.5271/sjweh.3753>
- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Øverland, S., Ludvigsen, K., Sveinsdottir, V., . . . Lie, S. A. (2016). Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport. In.
- Reme, S. E., Øverland, S. N., Grasdahl, A. L., Ludvigsen, K., Løvrvik, C., & Lie, S. A. (2013). Effektevaluering av Senter for jobbmesting: sluttrapport. In.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Roelen, C., Norder, G., Koopmans, P., Rhenen, W., Klink, J., & Bültmann, U. (2012). Employees Sick-Listed with Mental Disorders: Who Returns to Work and When? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 409-417. doi:10.1007/s10926-012-9363-3
- Saunders, B. E., & Adams, Z. W. (2014). Epidemiology of Traumatic Experiences in Childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 167-184. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.003>
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind : how relationships and the brain interact to shape who we are* (2nd ed. ed.). New York: Guilford Press.
- Skog, O. (1998). *Å forklare sosiale fenomener : en regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Steihaug, S., & Harsvik, T. (2009). *Evaluering av "jobbmestrende oppfølging" i Østfold og Oslo : sluttrapport*. In SINTEF rapport (SINTEF : 2006- : online), Vol. A11297.
- Sutterud, L. (2018). *Utviklingen i mottaker av arbeidsavklaringspenger og personer med nedsatt arbeidsevne per 30.juni 2018*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet Retrieved from <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Arbeidsavklaringspenger>
- Svartdal, F. (2018). Randomisert kontrollstudie. In *Store norske leksikon*.
- Sørbo, M. F., Grimstad, H., Bjørngaard, J. H., Schei, B., & Lukasse, M. (2013). Prevalence of sexual, physical and emotional abuse in the Norwegian mother and child cohort study. *BMC public health*, 13, 186-186. doi:10.1186/1471-2458-13-186
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed., International ed. ed.). Boston: Pearson.
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge: en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (Vol. 1/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Trommald, M., Christensen, T. Ø., Schjelderup, V. M., Paulsen, K., Opdalshei, O. A., Røren, K., & Blekesaune, M. (2005). *Arbeid, velferd og samfunn*. Rikstrygdeverket Retrieved from <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=2ahUKEwjRlouu1fvdAhUPiaYKHVBqAhAQFjADegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.nav.no%2Finternett%2Fno%2FNAV%2FBog%2Bsamfunn%2FKunnskap>

[%2FAnalyser%2Bfra%2BNAV%2FAnalyser%2F\\_attachment%2F1073745954%3F\\_download%3Dtrue%26\\_ts%3D10cd8dab070&usg=AOvVaw2rFYj7Yc6j7ai1CfbTgAvx](#)

- Twamley, E. W., Jeste, D. V., & Lehman, A. F. (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(8), 515-523. doi:10.1097/01.nmd.0000082213.42509.69
- Uni Research Helse. (2010). Effektevaluering av Senter for jobbmestring. Retrieved from <http://uni.no/nb/uni-helse/stress-helse-og-rehabilitering/effektevaluering-av-senter-for-jobbmestring/>
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 567-592. doi:10.1016/s0306-4530(03)00091-x
- van Der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. H. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. In (pp. 429): BMJ Publishing Group Ltd.
- World Health Organization. (2016). *Child maltreatment*. Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Ybarra, M. L., Espelage, D. L., Langhinrichsen-Rohling, J., Korchmaros, J. D., & Boyd, D. J. A. o. S. B. (2016). Lifetime Prevalence Rates and Overlap of Physical, Psychological, and Sexual Dating Abuse Perpetration and Victimization in a National Sample of Youth. 45(5), 1083-1099. doi:10.1007/s10508-016-0748-9
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Øverland, S., Grasdahl, A., & Reme, S. E. (2016). Trial participant representativeness compared to ordinary service users in a work rehabilitation setting. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 2, 12-15. doi:<https://doi.org/10.1016/j.conctc.2015.12.005>
- Øverland, S., Knudsen, A. K., & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(8), 739-744.

# Vedlegg / Appendiks

## Spørreskjema om arbeid & helse



## **Forskningsprosjektet ”Senter for jobbmestring”**

Hensikten med dette forskningsprosjektet er å få bedre kunnskap om hva som kan hjelpe folk med lettere psykiske lidelser til å delta i arbeidslivet. Prosjektet er finansiert av Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse drives på oppdrag fra NAV av Uni helse og Universitetet i Bergen. Ansvarlig for prosjektet er forskningsleder og professor Stein Atle Lie.

For å avgjøre om tilbudet ved Senter for jobbmestring virker, er det nødvendig å spørre ganske grundig om hvordan du har det nå før oppfølgingen igangsettes. Vi ber deg bl.a. svare på spørsmål om mental helse, helseplager, utdanning, arbeidsevne og funksjon. Du vil bli bedt om å fylle ut et mindre spørreskjema om 6 og 12 måneder.

Det er mange spørsmål i skjemaet. Det er ingen riktige eller gale svar. Les spørsmålene nøye og forsøk å beskrive det som passer best for deg. Bruk magefølelsen og svar det som umiddelbart virker som det riktige svaret for deg. Noen spørsmål ligner på hverandre. Årsaken til dette er at spørreskjemaet er sammensatt av flere standardiserte spørreskjema som brukes i forskning internasjonalt og ikke kan endres på. Det er derfor viktig at du besvarer alle spørsmålene.

Det utfylte skjemaet er konfidensielt. Resultatene vil ikke bli presentert på en måte som gjør det mulig å identifisere den enkelte svargiver. Alle som er knyttet til prosjektet har taushetsplikt.

Dersom du har spørsmål om prosjektet, ta kontakt med oss.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

Stein Atle Lie  
**Prosjektleder**  
Uni helse/Universitetet i Bergen  
Christies gate 13  
5015 Bergen

### **Prosjektmedarbeidere Uni helse/Universitetet i Bergen**

Camilla M.S. Løvvik

Simon N. Øverland

Silje E. Reme

**1. Kjønn**

<sub>1</sub> Mann      <sub>2</sub> Kvinne

**2. Fødselsår: 19\_\_\_\_\_**

**3. Har du lese og skrivevansker?**

<sub>1</sub> Ja  
<sub>2</sub> Nei

Si fra dersom du ønsker  
hjelp til å fylle ut skjema.

**4. Sivilstand**

<sub>1</sub> Ugift                      <sub>3</sub> Samboer                      <sub>5</sub> Skilt  
<sub>2</sub> Gift/partnerskap      <sub>4</sub> Enke-/enkemann      <sub>6</sub> Separert

**5. a) Hvor mange barn har du? \_\_\_\_\_**

**b) Hvor mange barn bor hos deg nå/er i husholdningen?**

Antall 0-3 år: \_\_\_\_\_ 4-7 år: \_\_\_\_\_ 8-16 år: \_\_\_\_\_ over 16 år: \_\_\_\_\_

**6. Ditt fødeland: \_\_\_\_\_**

Mors fødeland \_\_\_\_\_

Fars fødeland \_\_\_\_\_

**7. Hva slags utdanning har du? (Sett kryss ved den høyeste utdannelsen du har)**

<sub>1</sub> Grunnskolenivå (Barne- og ungdomsskole)  
<sub>2</sub> Videregående skole  
<sub>3</sub> Universitet/høgskole 1-4 år  
<sub>4</sub> Universitet/høgskole mer enn 4 år  
<sub>5</sub> Annet

**8. YRKE**

**a) Hva er/var ditt hovedyrke: \_\_\_\_\_**

antall år i yrket \_\_\_\_\_ stillingsprosent: \_\_\_\_\_ %

**b) Type bedrift: \_\_\_\_\_**



c) Har du privat uføreforsikring <sub>1</sub> Ja <sub>2</sub> Nei

9. Sett et kryss ved det utsagnet som passer best for deg:

- <sub>1</sub> Jeg er arbeidsledig
- <sub>2</sub> Jeg er i jobb
- <sub>3</sub> Jeg kommer til å komme tilbake i jobb, men jeg vet ikke når
- <sub>4</sub> Jeg har planlagt å komme tilbake i jobb om ..... uker
- <sub>5</sub> Jeg har ingen planer om å komme tilbake til jobb

d) Dersom du er sykmeldt, hva er da de viktigste årsakene til at du er sykmeldt (årsakene rangeres dersom det er flere enn én årsak)?

- <sub>1</sub> Er ikke sykmeldt
- <sub>2</sub> Psykiske plager
- <sub>3</sub> Arbeidskonflikt
- <sub>4</sub> Andre helseplager
- <sub>5</sub> Belastninger i hjemmesituasjonen
- <sub>6</sub> Annet \_\_\_\_\_

## BEHANDLING

10. Hvor lenge har du hatt psykiske plager? Antall år.....

a) Har du tidligere fått behandling for dine psykiske plager? (Hvis ja, oppgi årstall)

- <sub>0</sub> Nei
- <sub>1</sub> Ja, behandling hos psykolog År: \_\_\_\_\_
- <sub>2</sub> Ja, annen samtalebehandling År: \_\_\_\_\_
- <sub>3</sub> Ja, medikamentell behandling År: \_\_\_\_\_
- <sub>4</sub> Ja, alternativ behandling ikke nevnt ovenfor År: \_\_\_\_\_

b) Hvilken effekt synes du denne behandlingen hadde på dine psykiske plager?

- <sub>1</sub> Jeg ble bedre
- <sub>2</sub> Ingen effekt
- <sub>3</sub> Jeg ble verre

11. Jobbsikkerhet

a) Har du et arbeid å gå tilbake til nå?

<sub>1</sub> Ja

<sub>2</sub> Nei

b) Hvis nei, hvor gode muligheter tror du at det er for å få arbeid etter endt behandling?

<sub>1</sub> Svært gode

<sub>2</sub> Meget gode

<sub>3</sub> Gode

<sub>4</sub> Mindre gode

<sub>5</sub> Dårlige

12. Har du vært utsatt for mobbing på jobb (gjelder både nåværende/forrige arbeidsplass og tidligere arbeidsplasser)?

<sub>1</sub> Aldri

<sub>2</sub> En sjelden gang

<sub>3</sub> Av og til

<sub>4</sub> 1 gang i uken

<sub>5</sub> Flere ganger i uken

13. Har du vært involvert i personkonflikt på jobb (gjelder både nåværende/forrige arbeidsplass og tidligere arbeidsplasser)?

<sub>1</sub> Aldri

<sub>2</sub> Ved én enkelt anledning

<sub>3</sub> Ved mer enn én anledning

<sub>4</sub> Ved flere anledninger

#### 14. JOBBTILFREDSHET

a) Alt i alt, hvor tilfreds er du med jobben din?

<sub>1</sub> Svært misfornøyd

<sub>3</sub> Verken misfornøyd eller fornøyd

<sub>5</sub> Svært fornøyd

<sub>2</sub> Misfornøyd

<sub>4</sub> Fornøyd

<sub>6</sub> Er ikke i jobb

b) Hvis du kunne velge å gå inn i hvilken som helst jobb, hva ville du velge?

<sub>1</sub> Ville foretrekke en annen jobb enn den jeg nå er sykmeldt fra.

<sub>2</sub> Ville ikke jobbe i det hele tatt.

<sub>3</sub> Ville ønske den jobben jeg nå er sykmeldt fra.

c) Med det du vet i dag, ville du tatt den jobben du nå har?

<sub>1</sub> Jeg ville uten tvil takke nei.

<sub>2</sub> Jeg ville tenke meg om to ganger.

<sub>3</sub> Jeg ville uten å nøle ta den samme jobben.

d) Svarer jobben din til forventningene du hadde da du tok den?

<sub>1</sub> Ikke særlig lik forventningene.

<sub>2</sub> Litt lik forventningene.

<sub>3</sub> Svært lik forventningene.

e) Hvis en god venn av deg var interessert i å ta en jobb tilsvarende jobben du nå har for samme arbeidsgiver, hva ville du råde ham eller henne til?

<sub>1</sub> Jeg ville fraråde min venn det.

<sub>2</sub> Jeg ville vært i tvil om å anbefale det.

<sub>3</sub> Jeg ville anbefale det på stedet.

## 15. EGENVURDERINGER

a) Hvis du fortsetter i arbeid, hvilken effekt vil det ha på dine plager?

<sub>1</sub> Forverre tilstanden

<sub>2</sub> Forsinke helbredelsen

<sub>3</sub> Ikke noen effekt

<sub>4</sub> Litt gunstig effekt

<sub>5</sub> Svært gunstig effekt

b) Ta standpunkt til følgende utsagn

<i>(Sett ring rundt tallet)</i>	Helt uenig	Nokså uenig	Litt uenig	Litt enig	Nokså enig	Helt enig
Jeg har ikke muligheter til å påvirke min egen arbeidssituasjon.	1	2	3	4	5	6
Jeg har problemer med å si nei til oppgaver enten hjemme eller på arbeid.	1	2	3	4	5	6

b) Ta standpunkt til denne påstanden

<i>(Sett kryss)</i>	Passer svært godt	Passer godt	Passer verken godt eller dårlig	Passer dårlig	Passer svært dårlig
Jeg regner med å være tilbake på jobb i løpet av noen uker					

---

**15. Har du på noe tidspunkt vært påført vold av en eller flere andre personer?**

(Uhell og vanlige barneslagsmål regnes ikke med)

<sub>1</sub> Ja      <sub>2</sub> Nei

**a) I tilfelle vold, hva slags vold har du vært utsatt for?**

<sub>1</sub> Blitt slått      <sub>3</sub> Seksuell vold eller overgrep  
<sub>2</sub> Ran/Overfall      <sub>4</sub> Frihetsberøvelse      <sub>5</sub> Alvorlige trusler

**b) I tilfelle du har vært utsatt for vold, hvor ofte har dette skjedd?**

<sub>1</sub> En enkelt hendelse      <sub>3</sub> Regelmessig i 1 – 12 måneder  
<sub>2</sub> En eller flere enkelthendelser      <sub>4</sub> Regelmessig i over ett år

**LIVSSTIL**

**14. Fysisk form**

**a) Hvordan vil du beskrive din fysiske form?**

<sub>1</sub> Meget god      <sub>3</sub> Middels  
<sub>2</sub> God      <sub>4</sub> Dårlig      <sub>5</sub> Meget dårlig

**b) Er din fysiske form dårligere enn vanlig?**

<sub>1</sub> Ja      <sub>2</sub> Nei

**15. Hvor ofte røyker du?**

<sub>1</sub> Ikke i det hele tatt  
<sub>2</sub> Sjeldnere enn en gang i uken  
<sub>3</sub> Hver uke  
<sub>4</sub> Hver dag

Hvis du røyker hver dag, hvor mange sigaretter røyker du vanligvis per dag? (Både ferdigsigaretter og hjemmerullede)

Antall \_\_\_\_\_

Hvis du røyker hver uke, hvor mange sigaretter røyker du vanligvis per uke? (Både ferdigsigaretter og hjemmerullede)

Antall \_\_\_\_\_

**16. Hvor ofte bruker du snus?**

- <sub>1</sub> Ikke i det hele tatt  
<sub>2</sub> Sjeldnere enn en gang i uken  
<sub>3</sub> Hver uke  
<sub>4</sub> Hver dag

Hvis du bruker snus, omtrent hvor mange bokser snus bruker du per uke?

Antall \_\_\_\_\_

**17. Omtrent hvor ofte har du i løpet av det siste året drukket alkohol?**

- <sub>1</sub> Har aldri drukket alkohol  
<sub>2</sub> Har ikke drukket alkohol siste år  
<sub>3</sub> Noen få ganger siste år  
<sub>4</sub> Ca 1 gang i mnd  
<sub>5</sub> 2-3 ganger per mnd  
<sub>6</sub> Ca 1 gang i uken  
<sub>7</sub> 2-3 ganger i uken  
<sub>8</sub> 4-7 ganger i uken

Når du drikker alkohol, hvor mange glass og/eller drinker drikker du vanligvis?

Antall \_\_\_\_\_

Omtrent hvor mange ganger i løpet av det siste året, har du drukket så mye som minst 5 glass og/eller drinker i løpet av ett døgn?

Antall \_\_\_\_\_

Når du drikker, drikker du da vanligvis (sett ett eller flere kryss)

- Øl  
 Vin  
 Brennevin

**18. Søvn**

**a) Hvordan har du sovet de tre siste månedene?**

- <sub>1</sub> Meget godt                      <sub>3</sub> Middels  
<sub>2</sub> Godt                                      <sub>4</sub> Dårlig                      <sub>5</sub> Meget dårlig

**b) Hvor mange timer sover du vanligvis per døgn? Ca. \_\_\_\_\_ timer**

**c) Hvor mange timer søvn trenger du per døgn (hvor mange timer ville du sove hvis du hadde muligheten til å sove så lenge som du trengte)? Fyll ut:**

Jeg trenger \_\_\_\_\_ timer og \_\_\_\_\_ minutter søvn per døgn

- c) **Trenger du hvile i løpet av dagen (hvor mange timer ville du hvile hvis du hadde muligheten til å hvile så mye som du trengte)?** Fyll ut:

Jeg trenger \_\_\_\_\_ timer og \_\_\_\_\_ minutter hvile i tillegg til søvn per døgn

**19. Hvordan vil du beskrive din egen helse?**

- <sub>1</sub> Meget god                      <sub>3</sub> Middels  
<sub>2</sub> God                                      <sub>4</sub> Dårlig                      <sub>5</sub> Meget dårlig

**20. Medikamenter**

- a) **Bruker du medisiner?**

- <sub>1</sub> Ja, daglig  
<sub>2</sub> Ja, ved behov

Hvilke medisiner bruker du? \_\_\_\_\_

**21. Helseproblemer siste 30 døgn**

På den neste siden nevnes noen vanlige helseplager. Vi vil be deg om å vurdere hvert enkelt problem/symptom, og oppgi i **hvilken grad du har vært plaget** av dette i løpet av de siste tretti døgn, og **antall dager** du har vært plaget.

**Eksempel**

Hvis du føler at du har vært *endel* plaget med forkjølelse/influensa siste måned, og varigheten av plagene var *ca. en uke*, fylles dette ut på følgende måte:

Sett ring rundt tallet som passer best.

Nedenfor nevnes noen alminnelige helseproblemer	Ikke plaget	Litt plaget	Endel plaget	Alvorlig plaget	Antall dager plagene varte (omtrent)
1. Forkjølelse, influensa	0	1	(2)	3	7

**NB! Det er viktig at du fyller ut både *hvor plaget du har vært*, og *omtrent antall dager du har vært plaget siste tretti døgn*.**

SHC (Eriksen et al., 1999)

**Nedenfor nevnes noen alminnelige                      Ikke                      Litt                      Endel                      Alvorlig                      Antall dager**

<b>helseproblemer</b> (sett ring rundt tallet som passer)	<b>plaget</b>	<b>plaget</b>	<b>plaget</b>	<b>plaget</b>	<b>plagene varte (omtrent)</b>
1. Forkjølelse, influensa.....	0	1	2	3	.....
2. Hoste, bronkitt.....	0	1	2	3	.....
3. Astma .....	0	1	2	3	.....
4. Hodepine .....	0	1	2	3	.....
5. Nakkesmerter .....	0	1	2	3	.....
6. Smerter øverst i ryggen .....	0	1	2	3	.....
7. Smerter i korsrygg .....	0	1	2	3	.....
8. Smerter i armer.....	0	1	2	3	.....
9. Smerter i skuldre .....	0	1	2	3	.....
10. Migrene.....	0	1	2	3	.....
11. Hjertebank, ekstraslag.....	0	1	2	3	.....
12. Brystsmerter .....	0	1	2	3	.....
13. Pustevansker .....	0	1	2	3	.....
14. Smerter i føttene ved anstrengelser	0	1	2	3	.....
15. Sure oppstøt, "halsbrann".....	0	1	2	3	.....
16. Sug eller svie i magen .....	0	1	2	3	.....
17. Magekatarr, magesår .....	0	1	2	3	.....
18. Mageknip .....	0	1	2	3	.....
19. «Luftplager».....	0	1	2	3	.....
20. Løs avføring, diaré .....	0	1	2	3	.....
21. Forstoppelse .....	0	1	2	3	.....
22. Eksem .....	0	1	2	3	.....
23. Allergi .....	0	1	2	3	.....
24. Hetetokter .....	0	1	2	3	.....
25. Søvnproblemer .....	0	1	2	3	.....
26. Tretthet.....	0	1	2	3	.....
27. Svimmelhet .....	0	1	2	3	.....
28. Angst .....	0	1	2	3	.....
29. Nedtrykt, depresjon.....	0	1	2	3	.....

## 22. Mestring av problemer og utfordringer

Nedenfor finner du eksempler på utsagn som beskriver hvilke muligheter man har når man møter problemer og utfordringer i hverdagen. Vennligst sett kryss i ruten som passer best for deg. Det finnes ingen riktige eller gale svar.

	Stemmer helt	Stemmer ganske bra	Stemmer ikke særlig bra	Stemmer ikke i det hele tatt
1. <b>De aller fleste vanskelige situasjoner klarer jeg å løse med et bra resultat</b>	1	2	3	4
2. <b>De viktigste sakene i livet mitt har jeg egentlig ingen kontroll over</b>	1	2	3	4
3. <b>Jeg skulle ønske at jeg kunne forandre livssituasjonen min, men det går ikke</b>	1	2	3	4
4. <b>Alle mine forsøk på å forandre min livssituasjon er meningsløse</b>	1	2	3	4
5. <b>Det er bedre at andre forsøker å løse problemene enn at jeg skal rote det til og gjøre det verre</b>	1	2	3	4
6. <b>Jeg ville nok hatt det bedre hvis jeg ikke hadde strevd sånn med å løse problemene mine</b>	1	2	3	4
7. <b>Alle mine forsøk på å gjøre ting bedre gjør det egentlig bare verre</b>	1	2	3	4

TomCats 7.

### 23. Sosial støtte

Har du i løpet av de siste 14 dagene snakket med:	1. Ja	2. Nei
a) Noen i familien om gleder og sorger?		
b) Noen i familien om helsespørsmål?		
c) Andre, utenom familien om gleder og sorger?		
d) Andre, utenom familien om helsespørsmål?		

**24. Vi vil gjerne vite om du har følt deg sliten, svak eller i mangel av overskudd den siste måneden. Vennligst besvar ALLE spørsmålene ved å krysse av for det svaret du synes**



passer best for deg. Vi ønsker at du besvarer alle spørsmålene selv om du ikke har hatt slike problemer. Vi spør om hvordan du har følt deg i det siste og ikke om hvordan du følte deg for lenge siden. Hvis du har følt deg sliten lenge, ber vi om at du sammenligner deg med hvordan du følte deg sist du var bra.

(Sett ett kryss på hver linje)

Har du problemer med at du føler deg sliten?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Trenger du mer hvile?	<input type="checkbox"/> Nei, mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Føler du deg søvning eller døsig?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Har du problemer med å komme igang med ting?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Mangler du overskudd?	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Har du redusert styrke i musklene dine?	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Føler du deg svak?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Som vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Har du vansker med å konsentrere deg?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Som vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Forsnakker du deg i samtaler?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Er det vanskeligere å finne det rette ordet?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Hvordan er hukommelsen din?	<input type="checkbox"/> Bedre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke verre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Verre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye verre enn vanlig

FQ

**25.** Vær vennlig å besvare hvert spørsmål med å sette en ring rundt «ja» eller «nei». Det er ingen riktige eller gale svar, og det er ingen «lure-spørsmål». Arbeid raskt med spørsmålene, og bruk ikke for lang tid på å tenke på den eksakte meningen med spørsmålene. Vennligst besvar alle spørsmålene.

1	Går humøret ditt ofte opp og ned?	Ja	Nei
2	Føler du deg «helt elendig» uten grunn?	Ja	Nei
3	Har du lett for å bli irritert?	Ja	Nei
4	Blir følelsene dine lett såret?	Ja	Nei
5	Har du ofte følelsen av å «ha fått nok»?	Ja	Nei
6	Vil du beskrive deg selv som en nervøs person?	Ja	Nei
7	Er du en bekymret person? ..	Ja	Nei
8	Ville du beskrive deg som anspent eller overnervøs?	Ja	Nei
9	Bekymrer du deg for lenge etter en pinlig opplevelse?	Ja	Nei
10	Plages du av «nervene»?	Ja	Nei
11	Føler du deg ofte ensom?	Ja	Nei
12	Er du ofte bekymret over å ha skyldfølelse?	Ja	Nei

EPQ-N

**26.**

**Sykdomsforståelse**

Vennligst sett en ring rundt det tallet som best samsvarer med din mening om de følgende spørsmålene.

**Hvor mye påvirker sykdommen livet ditt?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen påvirkning										Voldsom påvirkning

**Hvor lenge tror du at sykdommen din vil vare?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Svært kort tid										For alltid

**Hvor mye kontroll føler du at du har over sykdommen din?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolutt ingen kontroll										Svært stor kontroll

**Hvor mye mener du at behandlingen din kan hjelpe mot sykdommen din?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ikke i det hele tatt										Svært hjelpsom

**Hvor mye opplever du symptomer fra sykdommen din?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen symptomer i det hele tatt			alvorlige							Mange symptomer

**Hvor bekymret er du angående sykdommen din?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ikke bekymret i det hele tatt										Svært bekymret

**Hvor godt føler du at du forstår sykdommen din?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Forstår ikke i det hele tatt										Forstår svært godt

**Hvor mye påvirker sykdommen din deg følelsesmessig? (dvs gjør den deg sint, redd, urolig eller deprimert?)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ikke påvirket følelsesmessig i det hele tatt										Svært påvirket følelsesmessig

Vennligst skriv ned i rekkefølge de tre viktigste faktorene som du tror forårsaket sykdommen din.

**De aller viktigste årsaker for meg:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## 27. HAD

Disse spørsmålene handler om hvordan du føler deg for tiden. Kryss av det svaret som best beskriver dine følelser **siste uken**. Funder ikke for lenge på ditt svar; din umiddelbare reaksjon på hvert spørsmål er sannsynligvis riktigere enn et svar du har fundert lenge på.

<p><b>1</b> Jeg er nervøs eller anspent</p> <p>For det meste <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p> <p>Ofte <input type="checkbox"/><sub>2</sub></p> <p>Noen ganger <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p>Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/><sub>4</sub></p>	<p><b>2</b> Det føles som om alt går langsommere</p> <p>Nesten hele tiden <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p> <p>Svært ofte <input type="checkbox"/><sub>2</sub></p> <p>Fra tid til annen <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p>Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/><sub>4</sub></p>
<p><b>3</b> Jeg gleder meg fremdeles over ting jeg pleide å glede meg over</p> <p>Avgjort like mye <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p> <p>Ikke fullt så mye <input type="checkbox"/><sub>2</sub></p> <p>Bare lite grann <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p>Ikke i det hele <input type="checkbox"/><sub>4</sub></p>	<p><b>4</b> Jeg føler meg urolig liksom jeg har sommerfugler i magen</p> <p>Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p> <p>Fra tid til annen <input type="checkbox"/><sub>2</sub></p> <p>Ganske ofte <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p>Svært ofte <input type="checkbox"/><sub>4</sub></p>
<p><b>5</b> Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig kommer til å skje</p> <p>Helt sikkert og svært ille <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p> <p>Ja, men ikke så veldig ille <input type="checkbox"/><sub>2</sub></p> <p>Litt ille, men det bekymrer meg ikke så mye <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p>Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/><sub>4</sub></p>	<p><b>6</b> Jeg har sluttet å bry meg om hvordan jeg ser ut</p> <p>Ja, helt klart <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p> <p>Jeg bryr meg ikke så mye som jeg burde <input type="checkbox"/><sub>2</sub></p> <p>Det kan nok hende jeg ikke bryr meg nok <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p>Jeg bryr meg om utseende like mye som jeg alltid har gjort <input type="checkbox"/><sub>4</sub></p>
<p><b>7</b> Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner</p> <p>Like mye som jeg alltid har gjort <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p> <p>Ikke like mye nå som før <input type="checkbox"/><sub>2</sub></p> <p>Avgjort ikke så mye nå som før <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p>Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/><sub>4</sub></p>	<p><b>8</b> Jeg føler meg rastløs som om jeg stadig må være i aktivitet</p> <p>Uten tvil svært mye <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p> <p>Ganske mye <input type="checkbox"/><sub>2</sub></p> <p>ikke så veldig mye <input type="checkbox"/><sub>3</sub></p> <p>Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/><sub>4</sub></p>
<p><b>9</b> Jeg har hodet fullt av bekymringer</p> <p>Veldig ofte <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p>	<p><b>10</b> Jeg kan se framover med glede</p> <p>Like mye som jeg alltid har gjort <input type="checkbox"/><sub>1</sub></p>

Ganske ofte	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Heller mindre enn jeg pleier	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Av og til	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Avgjort mindre enn jeg pleier	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
En gang i blant	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Nesten ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>11 Jeg er i godt humør</b>		<b>12 Jeg kan plutselig få en følelse av panikk</b>	
Aldri	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Uten tvil svært ofte	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Noen ganger	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Svært ofte	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Ganske ofte	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Ikke så veldig ofte	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
For det meste	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<b>13 Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet</b>		<b>14 Jeg kan glede meg over en god bok eller et radio eller TV-program</b>	
Ja, helt klart	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Ofte	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Vanligvis	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Fra tid til annen	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Ikke så ofte	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Ikke så ofte	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Svært sjeldent	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

(Snaith et al., 1982; Herman, 1997)

## 28. Helsetilstand

Vis hvilke utsagn som passer best på din helsetilstand i dag ved å sette et kryss i en av rutene utenfor hver av gruppene nedenfor.

**Vanlige gjøremål** (f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie- eller fritidsaktiviteter).

- Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål <sub>1</sub>  
Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål <sub>2</sub>  
Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål. <sub>3</sub>

**Smerte/ubehag**

- Jeg har verken smerte eller ubehag. <sub>1</sub>  
Jeg har moderat smerte eller ubehag. <sub>2</sub>  
Jeg har sterk smerte eller ubehag. <sub>3</sub>

**Angst/depresjon**

- Jeg er verken engstelig eller deprimert. <sub>1</sub>  
Jeg er noe engstelig eller deprimert. <sub>2</sub>  
Jeg er svært engstelig eller deprimert. <sub>3</sub>

**Gange**

- Jeg har ingen problemer med å gå omkring. <sub>1</sub>  
Jeg har litt problemer med å gå omkring. <sub>2</sub>  
Jeg er sengeliggende. <sub>3</sub>

**Personlig stell**

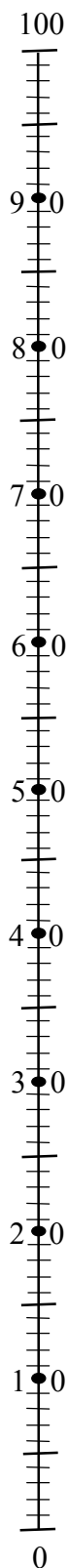
- Jeg har ingen problemer med personlig stell. <sub>1</sub>  
Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg. <sub>2</sub>  
Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg. <sub>3</sub>

29.

For å hjelpe folk til å si hvor god eller dårlig en helsetilstand er, har vi laget en skala (omtrent som et termometer) hvor den beste tilstanden du kan tenke deg er merket 100 og den verste tilstanden du kan tenke deg er merket 0.

Vi vil gjerne at du viser på denne skalaen hvor god eller dårlig helsetilstanden din er i dag, etter din oppfatning. Vær vennlig å gjøre dette ved å trekke en linje fra boksen nedenfor til det punktet på skalaen som viser hvor god eller dårlig din helsetilstand er i dag.

Best tenkelige  
helsetilstand



Verst tenkelige  
helsetilstand

EQ-5D

*Tusen takk for hjelpen!*