

Vanlige psykiske lidelser og jobbmestring etter sykefravær

Betydningen av klinisk versus subklinisk symptomnivå

Inger Helene Godø



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt
UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2021

Sammendrag:

Forfatter: Inger Helene Godø

Tittel: Vanlige psykiske lidelser og jobbmestring etter sykefravær. Betydningen av klinisk versus subklinisk symptomnivå

Veileder: Silje Endresen Reme

Bakgrunn/ hensikt: Milde og moderate former for angst og depresjon, inkludert subkliniske tilstander, er en vanlig årsak til sykefravær og uføretrygd, både i Norge og øvrige OECD-land. Dette har store omkostninger, både på individ- og samfunnsnivå. For å bidra til økt inkludering av mennesker med milde til moderate psykiske lidelser i arbeidslivet, ble NAV-tiltaket Senter for jobbmestring iverksatt. Tiltaket ble evaluert gjennom en randomisert kontrollert studie. Denne oppgavens problemstillinger er å undersøke i hvilken grad effekten av tiltaket, målt i økt/ ikke økt jobbdeltakelse var forskjellig avhengig av symptomnivå over/under terskel, basert på datamaterialet fra effektstudien. Dernest var neste problemstilling å undersøke hvorvidt tiltaket medførte en reduksjon i andel deltakere med klinisk nivå av angst og depresjon.

Metode: Senter for jobbmestring, som er i skjæringsfeltet mellom et helse- og et arbeids-tiltak, innebærer en kombinasjon av Kognitiv adferdsterapi (CBT- cognitive behaviour therapy) og Individuell jobbstøtte (IPS- individual placement and support). Evalueringsstudien hadde 1193 deltakere, randomisert i én gruppe som fikk tiltaket, og én kontrollgruppe. Gruppene var enten i fare for å bli sykmeldt, sykmeldt eller på langtidsstønader, oftest AAP. Denne studien baserer seg på utvalgte variabler fra studien, spesielt HADS- målene, men og de andre helserelevante målene og målet for helserelevanter livskvalitet. For å undersøke

Resultater: Hypotesen for den første problemstillingen ble delvis bekreftet, med et signifikant funn på to av variablene, HADS-D subklinisk og HADS-A klinisk, hvilket er et svært interessant funn. Dette betyr at tiltaket bidro signifikant til høyere grad av jobbdeltakelse for deltakere med klinisk nivå på de nevnte symptomnivåer. Hypotesen for den andre problemstillingen ble indikert å være signifikant på alle variabler

Konklusjon:

Det er funnet indikasjon på at tiltaket senter for jobbmestring for det primære utfallsmålet økt jobbdeltakelse har best effekt for de med lave nivåer av depresjon, og høye nivåer av angst.

Det kan være interessant å finne ut mer om dette ved å studer forskjellene på subklinisk versus klinisk nivå nøyere for de tre subgruppene. Dette kan gi mer kunnskap om hvem som kan ha best nytte av tiltaket, og hvem som eventuelt kan profittere mer på andre typer av intervensjoner. At tiltaket bidrar til signifikant lavere andel deltakere med klinisk nivå for både angst og depresjon, bidrar til å understøtte at Senter for jobbmestring er effektiv på å redusere symptomnivå, av klinisk betydning, i tillegg til som tidligere å ha vist å ha signifikant effekt på jobbdeltakelse i den opprinnelige effektstudien.

Innholdsfortegnelse:

1.0 Psykisk helse og arbeid

- 1.1 Psykiske helse og arbeid
- 1.2 Underdiagnostisering av psykiske lidelser
- 1.3 Psykiske lidelser og konsekvenser i jobbsammenheng
- 1.4 Senter for Jobbmestring - et NAV-tiltak som øker jobbdeltakelse
- 1.5 Fører psykiske helseutfordringer til problemer relatert til arbeid eller er det motsatt? – hypotesen om sosial seleksjon vs. sosial kausalitet
- 1.6 Arbeid og betydning for helsen
- 1.7 Hvilke faktorer i arbeidslivet kan utgjøre en risiko for utvikling av psykiske lidelser?
- 1.8 Symptomnivåets betydning for retur til arbeid
- 1.9 Hva vet vi om virksomme tiltak – i Norge og internasjonalt?
- 1.10 Om diagnose/ Personlighetsfaktorer

2.0 Problemstilling og teoretiske perspektiver

- 2.1 Problemstilling
- 2.2 Hypoteser
- 2.3 Modeller for arbeidsuførhet - fra en biomedisinsk til en biopsykososial forståelse
- 2.4 Bandura – Mestringstro (Self-efficacy, SE)

3.0 Metode

- 3.1 En oversikt over hvordan data fra opprinnelsesstudien benyttes i gjeldende studie
- 3.2 Deltakere, utvalg og rekrutteringsprosedyrer
- 3.3 Deltakerne

3.4 Intervensjoner

3.5 Utfallsmål

3.6 Utvalgte kartleggingsinstrumenter – mål på symptombelastning og helsestatus

3.6.1 Spørreskjema med baseline –opplysninger

3.6.2 Hospital anxiety and depression scale (HADS)

3.6.3 Subjektive helseplager (Subjective Health Complaints, SHC)

3.6.4 Fatigue Questionnaire (FQ)

3.6.5 Helserelatert livskvalitet (EQ-5D)

3.7 Kjennetegn ved deltakerne – symptombelastning og helsestatus

3.8 Frafall

3.9 Forberedende analyser

3.10 Etiske hensyn

3.11 Statistiske analyser

4.0 Resultater

4.1 Fremgangsmåte for dataanalysen

4.2 Klinisk og subklinisk symptomnivå av angst og depresjon – i utvalget og i subgruppene

4.3 Hvordan skiller deltakere med kliniske nivåer av angst og depresjon seg fra utvalget for øvrig på andre helserelevante mål?

4.3.1 Symptomnivå HADS - forskjeller i demografiske karakteristika, deskriptive mål

4.3.2 Symptomnivå HADS - forskjeller på helserelevante mål

4.4 Betydningen av klinisk versus subklinisk symptomnivå av vanlige psykiske lidelser for jobbdeltakelse etter tiltaket Senter for jobbmestring.

4.5 Tiltaket Senter for jobbmestring og symptomreduksjon

5.0 Diskusjon

6.0 Konklusjon

Forord:

Jeg vil gjerne rette en stor takk til veileder, som har muliggjort det å få jobbe med dette temaet i hovedoppgaven. Jeg er utrolig heldig som har fått anledning til å bli jobbe med dette temaet, og er svært takknemlig for det. Jeg vil og takke for inspirerende forelesninger som bidro til min interesse for temaet, og ikke minst for fantastisk veiledning. Jeg vil og takke familie og venner for at dere har vært med meg i prosessen med oppgaven. Prosessen har mest av alt vært utrolig interessant og spennende.

1.0 Psykisk helse og arbeid

1.1 Psykisk helse og arbeid

Arbeid er en av de viktigste faktorene for sosial inkludering i samfunnet, som en kilde til økonomisk trygghet, sosial status, identitet, sosiale relasjoner og rutiner i hverdagen (OECD, 2012). I tillegg til å sikre den individuelle velferden, er arbeid viktig for å opprettholde velferden i et land, og har i uminnelige tider vært en livsopprettende aktivitet, som bidrar med inntekt som sikrer mat, tak over hodet og andre livsnødvendigheter (Gichure, 1998; Loisel & Durand, 2005; NOU 2004:13, 2004). Før industriens tidsalder var det oftest familie eller andre typer fellesskap som sørget for mennesker som ikke forsørget seg selv, mens vi i dag har en velferdsstat som skal tjene som et sikkerhetsnett (Loisel & Durand, 2005; NOU 2004:13, 2004). Fortsatt i dag er arbeidet for de fleste den viktigste kilde til inntekt, men også til meningsfull deltakelse og fellesskap. Loisel & Durand, 2005 poengterte at «den finansielle kompensasjonen ikke kan kompensere for tapet av følelsen av å være til nytte og den sosiale rollen som arbeider». Et grunnlag for å opprettholde en sterk velferdsstat er at utgiftene står i forhold til inntektene (Finansdepartementet, 2021). Både av den grunn, men ikke minst også på grunn av de individuelle omkostningene, har det lenge vært en bekymring knyttet til at en høy andel mennesker står utenfor arbeidslivet på grunn av sykefravær eller uføretrygd, hvor psykiske lidelser og muskel-skjelett-lidelser er de største diagnosegruppene (NAV, 2020; OECD, 2012). Milde til moderate psykiske lidelser, herunder angst og depresjon, er vanlig i befolkningen, og omtales derfor gjerne som «common mental disorders», som kan oversettes med vanlige psykiske lidelser (Eaton et al., 2008; OECD, 2012; Reme, 2020). Grunnet høy prevalensrate sammenliknet med alvorligere psykiske lidelser, er det disse som bidrar mest til kostnadene forbundet med psykiske lidelser i arbeids-sammenheng (OECD, 2012).

Per 3. kvartal 2020 var det totale sykefraværet i Norge på 4,5 %, og psykiske lidelser var den klart nest største gruppen, med 21,3% av fraværet, mens muskel-skjelettlidelsen utgjorde den største gruppen, med 38.1%. Den neste på listen er andre lidelser som utgjør 8,7%. Hjerne-kar-lidelser utgjorde 3,6% (NAV, 2020).

Andel uføretrygder innvilget grunnet psykiske lidelser var i Norge i 2016 på 36,2%, som er de sist oppdaterte NAV-tallene. Muskel-skjelett-lidelser utgjorde 27,3% (Ellingsen, 2020). I

perioden 2000 til 2016 har det vært en økning i andel uføretrygder med psykiske lidelser som årsak på 6,7%, mens det har vært en omtrent tilsvarende nedgang i andelen med muskel/skjelett-lidelser som årsak, på 6,0% (NAV, 2020). Det er forventet at denne utviklingen fortsetter, hvilket en blant annet kan se på AAP-tall, da 80 % av de som får uføretrygd først har mottatt AAP. 43% hadde en diagnose innen psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser i august 2020. (NAV, 2020)

Psykiske lidelser og muskel-skjelett-lidelser har ofte fellestrekk, i den forstand at det ofte ikke er så enkelt å finne den «egentlige» årsaken til lidelsene, da de ofte er multifaktorielle (e.g. Frank, 1998; Ose, Jensberg, Reinertsen, Sandsund & Dyrstad, 2006, referert i Andersen, Frydenberg & Meland, 2009). Forskning har for begge lidelser vist at det ofte ikke er tilstrekkelig eller hensiktsmessig for jobbreturn å først arbeide for å bli kvitt symptomene, og deretter for jobbtilpasning, men heller parallelt (Ejeby et al., 2014; Reme et al., 2020).

En nærliggende forklaring på økningen i sykmelding og uføretrygd grunnet psykiske lidelser, ville være at det er en økning i psykiske lidelser. Dette er noe forskningen snarere avkrefter, både når det gjelder OECD-land og Norge, med unntak av at det den siste tiden har kommet noe ny evidens fra Norge som kan indikere en mulig økning i psykiske lidelser blant unge (Reneflot et al., 2018). Dette er uavhengig av den økningen som det er fremkommet tegn til som en følge av korona-pandemien (Folkehelseinstituttet, 2020).

En annen mulig forklaring på økningen i psykiske lidelser som årsak til sykmelding, kan være at det har skjedd en dreining mot noe mer fokus på og alminneliggjøring av psykiske lidelser (Mykletun & Overland, 2006; OECD, 2012).

Unge er en spesielt sårbar gruppe, hvor hele seks av ti innvilgede uføretrygder i aldersgruppen under 30 år skyldes psykiske lidelser. For å forhindre vedvarende utenforskap er det viktig med tidlig innsats og å hindre utstøting fra videregående opplæring, utdanning og yrkesliv, samtidig som det også fokuseres på behandling og arbeidsrettede tiltak (Arbeids- og sosialdepartementet, 2013).

Den såkalte *arbeidslinja* i norsk politikk, som handler om at flest mulig skal jobbe jf. St.meld.nr. 35 (1994-1995) (Sosial- og helsedepartementet, 1995 referert i Arbeids- og sosialdepartementet, 2013), har eksempelvis fått kritikk for ikke å bygge opp under en solidaritetstankegang, men heller bidra til større forskjeller (Jensen, 2009). På den annen side er det bekymring knyttet til at Norges rause velferdsordninger kan fungere som en «velferdsfelle» (OECD, 2013 referert i Reme, 2020). Norge har 100% dekning for tapt lønn fra første

sykefraværsgang (Folketrygdloven, 1997, §8-16). Ved fortsatt sykdom kan en eventuelt søke om arbeidsavklaringspenger AAP, som vil kunne utgjøre ca. 66 % av tidligere inntekt (NAV, 2021, 19. mars). Det finnes indikasjoner på at sykmeldingen kan ha en tendens til å opphøre like før utløpet av max-perioden på 52 uker (Markussen, Røed, Røgeberg & Gaure, 2011).

Ovennevnte viser at årsaker til sykefravær og jobbbretur er et komplekst område, hvor arbeidsmarked, kompensasjonsordninger og velferdshensyn spiller en rolle, i tillegg til en rekke andre faktorer.

Mange av de som står utenfor arbeidslivet ønsker å jobbe (OECD, 2012). Det er blitt innført mange tiltak for å bidra til økt inkludering i arbeidslivet, blant annet avtalen om et Inkluderende arbeidsliv, som ble innført første gang i 2001 (Arbeids- og sosialdepartementet, 2018). Økt sysselsetting og å inkludere flere i arbeidslivet er fortsatt ett av regjeringens viktigste mål (Finansdepartementet, 2021)

1.2 Underdiagnostisering av psykiske lidelser

Til tross for at psykiske lidelser er en økende årsak til sykmelding, er det også mye som tyder på en underdiagnostisering av psykiske lidelser (Mykletun & Overland, 2006). Dette kan ha flere årsaker. Noe forskning peker i retning av manglende kunnskap om psykiske lidelser hos leger, som kan gjøre at milde til moderate psykiske lidelser noen ganger overses (Mykletun & Overland, 2006; Lundin, 2008). Fysiske symptomer opptrer ofte sammen med depresjon, ifølge en studie hos så mye som 80 % av pasientene (Kirmayer, Robbins, Dworkind & Yaffe, 1993). Dette kan handle om ulike typer smerter, eksempelvis i muskel-skjelettsystemet. (Stahl, 2002). Det er godt underbygget at depresjon kan bidra til en forsterket smerteopplevelse (Moret & Briley, 2011). Depresjon er funnet å være forbundet med ubalanse i signalsystemer som regulerer serotonin, noradrenalin og dopamin i kroppen, og kjente medisiner mot depresjon virker ved å påvirke reguleringen av disse stoffene (Moret & Briley, 2011). Dysfunksjon i noradrenerge og serotonerge baner ser og ut til å medføre at signaler om kroppens indre tilstand i mindre grad hemmes, slik at normale kroppstilstander kan medføre en feilinformasjon som kan gi en opplevelse av smerte, uten at det er mulig å påvise patologisk avvik for øvrig (Stahl, 2002 Stewart, 2003) Det kan se ut til at det ved samtidig forekomst av fysiske og psykiske lidelser, noen ganger heller settes en diagnose ut fra det, mulig og understøttet av preferanse for «fysiske lidelser» som diagnose hos pasienter, hvorav en mulig forklaring kan være en kombinasjon av somatoform lidelse, svak kjennskap til egne følelser og et ønske om å unngå stigmatisering (Mykletun & Overland, 2006; Lundin, 2008;

Stewart, 2003; Stahl, 2002). Mykletun og Overland, 2010, belyser i en annen artikkel det de også omhandler som en underbehandling av psykiske lidelser, og argumenterer for at dette kan ha sammenheng med at en ikke har tatt inn over seg i hvilken grad psykiske lidelser kan henge sammen med svekket helse og økt dødelighet som følge av dette. Det er altså oppsummert en dobbelthet her, ved at psykiske lidelser noen ganger kan overses på bekostning av fysiske lidelser, mens det på den annen side av hensyn til de potensielt alvorlige, også fysiske, følgende av psykiske lidelser, vil være viktig med adekvat diagnostisering og behandling.

1.3 Psykiske lidelser og konsekvenser i jobbsammenheng

Psykiske lidelser kan noen ganger gå utover fungering på jobb, det kan påvirke ens måte oppfatte, fortolke og reagere på omverdenen, og kan således påvirke psykososial og arbeidsmessig fungering. (Berge & Repål, 2018). Det medfører ofte overdreven grad av uro, bekymring eller grubling og kan medføre for eksempel usikkerhet, isolasjonstendens, og kan også gå utover konsentrasjonsevne, søvn og energi. (Berge & Repål, 2018; Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, & Schaufeli, 2010) Et arbeidsliv der det ofte stilles store krav til samarbeid, konsentrasjon, beslutningsdyktighet og effektivitet, kan psykiske lidelser gjøre at det blir vanskelig å leve opp til de krav som stilles (Mykletun & Overland, 2006; OECD, 2012) Psykiske lidelser er ofte usynlige lidelser, som det i mange tilfeller kan være vanskelig å være åpen om, hvilket kan gi grobunn for misforståelser, konflikter og bidra til sykefravær eller til at bedriften i visse tilfeller sier opp den ansatte («kvitter seg med den «*problematiske*» ansatte») (OECD, 2012) I Norge er stillingsvernet sterkt, hvilket innebærer at det for eksempel ikke er lov å si opp en sykmeldt ansatt uten saklig grunn. (Arbeidsmiljøloven, 2005, §15-8).

Det er også slik at det å være åpen og fortelle om sine psykiske helseutfordringer, også kan gi problemer for den ansatte, eksempelvis viste en studie at både det å være åpen om sin psykiske lidelse og det å ikke være åpen, kan begge lede til problemer for den ansatt (Brouwers, Joosen, van Zelt, & van Weeghel, 2019). Det å ikke være åpen kan også ha negative følger, som nevnt over. Det kan også gjøre det vanskeligere å beholde jobben også på grunn av manglende støtte fra leder og at en ikke får anledning til å få eventuell tilrettelegging (Brohan, Henderson, Slade & Thornicroft referert i Brouwers et al., 2019.)

Problemet med potensiale for negative konsekvenser for jobbtilhørighet både ved å fortelle om sin psykiske helseutfordring og ved ikke å gjøre det, er ett av fire punkter som trekkes frem som vesentlige trekk ved stigmatisering som en viktig årsak til manglende jobbtilknytning ved psykiske lidelser. De tre andre punktene er diskriminerende holdninger og adferd blant ledere, selv-stigmaet som bidrar til oppgitthet når det gjelder ens situasjon på arbeidsmarkedet og at stigmatiserende holdninger bidrar til underbehandling (Brouwers, 2020).

Økt inkludering av mennesker med psykiske lidelser i arbeidslivet, er satt på den politiske dagsorden internasjonalt, både i Verdens helseorganisasjon (WHO), Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) og EU, og nasjonalt. Det er i tillegg til et økonomisk perspektiv (e.g. OECD, 2012), ikke minst også et menneskerettighets-perspektiv som ligger til grunn for arbeidet med dette. Spesielt har OECD satt psykisk helse og arbeid på dagsorden (Helsedirektoratet, 2015) Et eksempel er rapporten fra 2012 «Sick on the job? Myths and realities about mental health and work,», med siktemål å heve kunnskapsnivået om arbeid og psykiske helse og fjerne stigma, med henblikk på å danne et kunnskapsgrunnlag for politikkutforming. De har og laget rapporter om ni enkeltland og deres spesifikke utfordringer knyttet til arbeid og psykisk helse, deriblant Norge, med rapporten «Mental health and work: Norway» fra 2013. Eksempelvis fremkommer det i rapporten at Norge har det høyeste nivået av sykefravær knyttet til psykiske lidelser sammenliknet med de øvrige OECD-landene. Det er komplekse årsaker til dette, men kommer ikke til å beskrive dette nærmere (OECD; 2012; OECD, 2013).

Mennesker med milde til moderate psykiske lidelser har oftere en arbeidstilknytning enn de med alvorlige psykiske lidelser. For alvorlige psykiske lidelser er det i OECD-land sett under ett, et sysselsettings-gap på 30 prosent, mens det for moderate psykiske lidelser er på omtrent 10-15 prosent (OECD, 2012). Manglende jobbtilhørighet ved psykiske helseproblemer rammer en betydelig andel mennesker, og innebærer store kostnader både for individ og samfunn. Likevel ser vi at majoriteten på tross av psykiske helseproblemer, er i jobb. Det er ikke gitt at psykiske helseproblemer nødvendigvis medfører problemer med jobbfungering, «disability», selv om dette gjelder en del (OECD, 2012). Manglende jobbproduktivitet kan gi seg utslag i så vel sykefravær som sykenærvær. Sykenærvær defineres gjerne som det å være tilstede på jobb, men ha nedsatt jobbfunksjon (Lepiné & Briley, 2011).

Det å finne ut hva som fremmer retur til arbeid, er et sentralt mål for forskningen på feltet, og generelt også å utforske hva som hindrer og hva som fremmer bedre integrering av mennesker med psykiske lidelser i arbeidslivet (Lagerveld & Houtman, 2020 2012; Reme, 2020). Retur til arbeid er oversatt fra begrepet «Return to work», som kan defineres som det å gjenoppta arbeidet etter en periode på sykmelding (Lagerveld & Houtman, 2020).

Mangel på kunnskap om psykiske lidelser og negative holdninger eller stigma knyttet til det, anføres i en omfattende rapport fra OECD, 2012, som noe som har bidratt til manglende fokus på temaet arbeid og psykisk helse.

Feltet arbeid og psykisk helse er komplekst, og veien til sykefravær grunnet psykiske lidelser kan ses som en prosess der både sosiale, kulturelle og medisinske forhold spiller en sentral rolle sammen med psykologiske faktorer (Henderson, Harvey, Øverland, Mykletun & Hotopf, 2011). I denne oppgavene vil hovedfokus være på individnivå, samtidig som kompleksiteten ved feltet gjør at dette må ses i den sammenheng det inngår i.

Andelen som mottar uføretrygd med en psykisk lidelse har økt de siste to tiårene (NAV, 2020) Også i de fleste øvrige OECD-land har en de siste to tiårene, regnet frem til 2009, sett en økning i andelen uføretrygder med psykiske lidelser som årsak. Som i Norge utgjør dette i de fleste av landene omkring en tredjedel, og i noen land halvparten (OECD, 2012). Det er viktig å være klar over at ordningene ikke alltid vil være direkte sammenliknbare, da ordningene med sykelønn og uføretrygd varierer mellom de ulike landene varierer (Kaltenbrunner Bernitz, 2013; Berge, Holch Johannessen & Næsheim, H., 2012).

1.4 Tiltaket Senter for jobbmestring – et NAV-tiltak som øker jobbdeltakelse

Internasjonale føringer gjelder som nevnt og på feltet arbeid og psykisk helse, og gjenspeiler seg også i norsk politikk på området. I Norge er et viktig ledd i dette arbeidet Nasjonal strategiplan for arbeid og psykiske helse, 2007-2013, med uttalt mål om økt inkludering av

mennesker med psykiske lidelser i arbeid. Strategiplanen, og er utgangspunkt for finansieringen av tiltaket Senter for jobbmestring, iverksatt av NAV (Reme et al, 2013)

Tiltaket er en kombinasjon av kognitiv adferdsterapi, spesifikt rettet mot mestring av jobbsituasjonen og Individual Job support (IPS), individuell jobbstøtte (Reme, Grasdahl, Løvvik, Lie & Øverland, 2015). Terapien gis av psykolog eller en person med videreutdanning i jobbfokusert kognitiv terapi, IPS av jobbkonsulenter, IPS er en modell som har som mål å hjelpe mennesker raskt ut i jobb i det ordinære arbeidsmarkedet, hvor individuell støtte og kontakt med arbeidsgivere er viktige elementer (Linnemørken et al., 2018)

Tiltaket har vist seg å ha god effekt (Reme et al., 2015). Effekten ble målt i om en kom tilbake i jobb, og i tillegg endring i opplevd livskvalitet og symptombedring for gruppene henholdsvis i fare for å bli sykmeldt, sykmeldt og på langtidsstønad (Reme et al., 2015). Tiltaket var signifikant for alle grupper, både på økt jobbdeltakelse og på endring i opplevd livskvalitet og symptombedring, men spesielt god effekt var det hva angår jobbdeltakelse på gruppen på langtidsstønader, med en 24 % økning i jobbdeltakelse i gruppen som fikk tiltaket, mot 12% økning i kontrollgruppen, altså en forskjell på 12%, mens økningen i jobbdeltakelse for gruppen som helhet var på 6.9% (Reme et al., 2015). Tiltaket medførte også symptomreduksjon og forbedret helse relatert livskvalitet (Reme et al., 2015).

Den virkelig virksomme ingrediensen i Senter for jobbmestring anses å være det *integrerte* fokuset på CBT og jobb, altså med fokus på å bidra til symptombehandling i jobbsammenheng. For å sikre god integrasjon jobbet behandlere og jobbkonsulenter i miniteam (Reme et al., 2013).

Det er et tiltak i skjæringsfeltet mellom arbeidsrehabilitering og helse, med like stor vekt på symptomforbedring som arbeidssituasjon (Reme et al. 2013) Et økt fokus på at arbeidsrehabiliterings- tiltak skal være evidensbasert, sammen med et økt fokus på integrerte/samordnede og evidensbaserte tjenester, er noe av bakgrunnen (Reme et al, 2013) Målet om evidensbasering har også rådet grunnen for denne rct-studien, som den første i sitt slag til å evaluere et NAV-tiltak (Reme et al, 2013). Studien besto i 1193 deltakere randomisert i én gruppe som fikk tiltaket og én gruppe som fikk vanlig oppfølging, det vil si

et aktivt kontrolltiltak, der de ble oppfordret til å ta imot den hjelp de kunne, og også hjelp til selvhjelp (Reme et al., 2015).

1.5 Fører psykiske helseutfordringer til problemer relatert til arbeid eller er det motsatt? – Hypotesen om sosial seleksjon vs. sosial kausalitet

Langtidssykefravær ved psykiske lidelser ble i en svensk studie funnet å predikere økt dødelighet av alle årsaker og økt dødelighet for kreft, hjerte-karsykdommer og selvmord. (Bryngelson, Åsberg, Nygren, Jensen & Mittendorfer-Rutz, 2013)

Arbeidsledighet har i en studie vist seg å være forbundet med redusert hjerte-kar-helse og økt dødelighet av alle årsaker, også i grupper med høy sosioøkonomisk status og en sunn livsstil. Det har vært en usikkerhet om hvorvidt helseproblemene forårsaker eller er forårsaket av arbeidsledigheten, slik beskrevet i kausalitet versus helseseleksjons-debatten. I den gjeldende studien fant de det sannsynlig at den økte sykkeligheten og dødeligheten, målt 12 år senere, var en konsekvens av og ikke noe som forårsaket arbeidsledigheten, da forsøkspersonene ikke hadde svekket helse ved studiestart (Meneton et al., 2015). En vanlig innvending er at helseproblemene kan ligge latent og komme til syne senere, selv om de ikke ser ut til å være der ved startmåletidspunktet av en studie, jf. hypotesen om latent sykdom (oversatt fra «latent sickness hypothesis»), noe som understøttes av mange studier. Samtidig poengteres det at det er mer støtte for mestrings-hypotesen (oversatt fra «coping hypothesis»), om at arbeidsledigheten i seg selv ofte bidrar til uhensiktsmessig mestringsstrategier ved mer alkoholinntak, røyking, typiske markører for mer usunn livsstil (Roelfs, Shor, Davidson & Schwartz, 2011; Björklund et al., 2015). Relatert til mestrings-hypotesen er det som gjerne kalles *sårbarhets-hypotesen*, som betegner det å ha mindre ressurser til rådighet ved lavere sosioøkonomisk status, til å mestre belastende psykososiale hendelser (Elstad, 2006). Det spesielle ved studien til Meneton et al., 2015 er at den undersøkte arbeidsledighet i en gruppe med høy sosial status og som var opptatt av å ha en sunn livsstil. Mye tyder på at det å stå utenfor arbeidslivet for mange kan være en selvstendig risikofaktor for redusert helse, med potensielt alvorlige følger (Reme, 2020).

Oppgavens problemstilling handler om betydningen av symptomnivået (over/under terskel) for tilbakeføring til arbeid. At det er mest belegg for kausalitetshypotesen, selv om det også er en del belegg for seleksjonshypotesen innebærer at det kan være grunn til å anta at

symptomnivået i større grad blir påvirket av forhold som har sammenheng med jobb eller mangelen på jobb, heller enn at symptomnivået alene er det som påvirker jobbdeltakelse.

En studie fant belegg for både sterke seleksjonseffekter og kausalitetseffekter på forholdet mellom arbeidsledighet og milde psykiske lidelser. Og det var også en dose-respons-relasjon hva angår sistnevnte: jo lengre en person hadde vært arbeidsledig, desto mer negativt påvirket det den psykiske helsen. (Harkko, Virtanen & Kouvonen, 2018)

1.6 Arbeid og betydning for helse

Vi vet mye om at arbeid er helsefremmende, mens mangelen på arbeid tilsvarende kan ha negative helsemessige konsekvenser (Waddel og Burton, 2006). Det underbygges av omfattende forskning at det å returnere til arbeid vil kunne reversere de negative helsemessige konsekvensene av mangel på arbeid, både fysisk og psykisk (Waddel og Burton, 2006).

Arbeid har ut fra omfattende forskning vist seg å ha helsefremmende effekter, mens mangel på arbeid er forbundet med negative helseeffekter og økt dødelighet (Waddel & Burton, 2006). En systematisk oppsummering av van der Noordt et al., 2014 påpekte at oppsummeringen til Waddel og Burton (2006) var en systematisk gjennomgang av litteratur, men av mange ulike typer kilder og studier, fra politiske notat og med både kryss-seksjonelle, longitudinelle data og metaanalyser, at det ikke ble en systematisk oppsummering av studier, noe van der Noordt tok seg mål av ved kun å ta for seg longitudinelle studier. (van der Noordt, 2014; Virtanen, 2014). Van der Noordt fant sterk evidens for at arbeid har gode helseeffekter, spesielt på psykisk helse og depresjon. De fant ikke tilstrekkelig evidens for andre helseeffekter (fysisk helse) av arbeid, dels grunnet inkonsistens i forskningen, dels for få studier på det. De maner til forsiktighet ved tolkning av resultatet, da det ikke er så lett å vite om de psykiske helseeffektene er et resultat av jobb eller en forutsetning. En metareview fra 2016 av Modini et al. undersøkte psykiske helseeffekter av arbeid, og forsøkte å ta høyde for at effekten av arbeid på psykisk helse kan gå i begge retninger ved å legge vekt på prospektive studier. De fant at arbeid er forbundet med flere positive effekter, både mindre angst og depresjon, høyere grad av wellbeing, økt autonomi og opplevelse av å ha ressurser til å imøtekomme krav, personlig utvikling og høyere sosial status. Artikkelforfatterne konkluderer med at det er viktig at klinikere blir mer oppmerksomme på den positive og rehabiliterende effekten arbeid kan ha, og tar til orde for bedre integrering mellom helse- og arbeids-rehabilitering, og økt bevissthet om at retur til arbeid kan fungere rehabiliterende ved psykiske lidelser.

Samtidig kan arbeid i seg selv noen ganger være helseskadelig. Mennesker med psykiske lidelser er overrepresentert både blant de som er uten arbeid, og blant de som er mer utsatt for negativt jobb-stress. De befinner seg oftere i ufaglærte jobber, og oftere i arbeid som ikke passer til utdanningen (OECD, 2012).

Temaet for denne oppgaven handler om symptomnivåets betydning for gjenopptakelse av arbeid etter sykmelding grunnet vanlige psykiske lidelser, det vil si hvilken betydning har det for effekten av tiltaket senter for jobbmestring med tanke på retur til arbeid, om en er over eller under klinisk cut-off på angst, depresjon eller begge deler.

Omfattende forskning tyder, som nevnt, på at arbeid i det store og det hele fungerer helsefremmende, og til og med terapeutisk, og at dette gjelder både de uten og de med vanlige psykiske lidelser. (Obs, evt. ha med om presenteeism som mulig helseskadelig.) Arbeid bidrar med inntekt, virker identitetsskapende og gir økt livskvalitet. Motsatt virker arbeidsledighet eller mangelen på arbeidstilknytning overordnet sett negativt inn på folks helse, og er også forbundet med økt dødelighet. Det å returnere til arbeid anses å ha positive helseeffekter, mentalt og fysisk (Waddell & Burton, 2006).

En studie viste at mennesker med vanlige psykiske lidelser som gikk fra arbeidsledighet over i jobb, opplevde å få bedre helse, fysisk og psykisk, økt selvtillit og mestring. Studien konkluderer med at arbeid anbefales som del av helsefremmende tiltak (Schuring, Robroek & Burdok, 2017).

1.7 Hvilke faktorer i arbeidslivet kan utgjøre en risiko for utvikling av psykiske helseproblemer?

En meta-review som undersøkte risikofaktorer i arbeidsmiljøet forbundet med utviklingen av vanlige psykiske lidelser, oppsummerte resultatene i en modell av tre overordnede risikofaktorer: ubalansert jobb-design, usikker jobb-situasjon og manglende verdsetting og respekt (Harvey et al., 2017) Førstnevnte ubalansert jobb-design handler blant annet om manglende overensstemmelse mellom krav og kontroll i arbeidssituasjonen, en faktor som lenge har være anerkjent som en viktig risiko.

Kategorien usikker jobb-situasjon kan blant annet handle om usikkerhet i form av midlertidig stilling, omorganisering eller rolle-konflikt. Rollekonflikt, som kan omhandle tvetydighet i hva som forventes av en, har i nyere forskning fremkommet som kanskje den aller mest betydningsfulle faktorene (Finne, Christensen & Knardal, 2014)

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) opplyser om at opplevelse av mobbing og trakassering blant ansatte er vanlig, og at 5% rapporterer å oppleve mobbing og 15 % opplever trakassering/ konflikter («som kan utvikle seg til mobbing») (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021).

Ifølge en studie, som er del av en doktorgradsavhandling i et større forskningsprosjekt (Rajalingam et al., 2020), ble det antydnet at mobbing antakeligvis har mer alvorlige konsekvenser enn tidligere antatt. Studien fant at det skjer en aktivering av stress-systemet ved gjentatte nederlag, som kan bidra til angst, ved at det bidrar til økt amygdala-aktivitet. Det påvirker også utskillelsen av hormoner som virker nedbyggende på immunforsvaret og skaper betennelsesreaksjoner i kroppen, som så i neste omgang kan bidra til utvikling av fysisk sykdom, som kunne variere avhengig av gener. Studien er riktignok begrenset av at det er forsøk på dyr, som det gjenstår å se effekten av på mennesker.

1.8 Symptomnivåets betydning for tilbakeføring til arbeid

Det har lenge vært en forståelse av og en praksis ved sykmelding fra jobb grunnet psykiske lidelser, at symptombedring vil innebære at personen kommer tilbake i jobb, noe som ikke alltid ser ut til å stemme. (Henderson et al, 2005; Loisel et Durand, 2005). Begrepene som brukes er ofte at det er bedre med en *integrert* heller enn en *sekvensiell* tilnærming, både for tilfriskning, funksjon og jobbreturn (Lambeek et al., 2010; Linnemørken et al., 2018.; Bjaarstad, S., Trane, Hatling & Reinertsen, 2014)). Eksempelvis er Helse i Arbeid et tiltak som har tatt opp i seg dette, hvor de har valgt nettopp «God jobbhverdag, tross plager», som tittel på sin informasjonsbrosjyre (Helsedirektoratet, 2018).

At symptomreduksjon er utilstrekkelig for jobbreturn underbygges også i en oversiktsartikkel som påpeker at forskningen tidligere var fokusert på å studere prognostiske faktorer ved selve grunnlidelsen med tanke på jobbreturn. Forskningen gikk derfor etter hvert over til i større grad å fokusere på person- og miljø-faktorer, som for eksempel forhold på arbeidsplassen. (De Vries et al., 2018)

Selv om det er mye som tyder på at symptomreduksjon ikke er tilstrekkelig for å bidra til jobbretur (Ejeby et al, 2014.), er det viktig å likevel ikke underslå betydningen av at alvorlighetsgraden av symptomer er en viktig prediktor for retur til arbeid (de Vries et al, 2018).

I norsk sammenheng har Senter for jobbmestring, vist seg å være et tiltak med svært lovende resultater, og som baserer seg nettopp på en integrert tilnærming hva angår symptom- og arbeidsfokus (Reme et al., 2013).

Nieuwenhuijsen et al. (2020) undersøkte i en omfattende review-artikkelen hvilken type tiltak/ behandling som så ut til å ha best effekt for jobbretur og symptombedring. De undersøkte flere ulike varianter, deriblant kun behandling, kun jobb-rehabilitering og en kombinasjon av jobb og behandling samtidig. Det som var mest lovende når det gjaldt effekt på jobbfunksjon, syntes å være en kombinasjon, i tråd med ovennevnte forskning på feltet. Det var en riktignok en indikasjon på reduksjon i sykefravær også knyttet til kun psykologisk behandling, men med en mer usikker effekt knyttet til påvirkning på arbeidsfungering (e.g Reme et al., 2015, Ejeby et al., 2014).

1.9 Hva vet vi om virksomme tiltak - i Norge og internasjonalt?

Som beskrevet tidligere i oppgaven, er det påvist et stort behandlings-gap når det gjelder psykiske lidelser, til tross for at det finnes mye virksom behandling og tiltak, både forebyggende tiltak og tiltak rettet mot allerede oppståtte problemer (European commission, 2016).

I internasjonal og norsk forskning på tiltak for å bidra til økt arbeidsdeltakelse ved sykmelding grunnet psykiske lidelser, har det skjedd en dreining i fokus bort fra et ensidig fokus på det individuelle sykdomsforløp og diagnosen, over til å inkludere også arbeidsmessige faktorer (Ekberg & Ståhl, 2020; Reme et al., 2015). Som tidligere nevnt er det funnet mye som tyder på at en nedgang i symptomer ikke nødvendigvis medfører økt jobbdeltakelse, men at det er nødvendig med et spesifikt fokus rettet mot jobbretur (Ejeby, 2014; Reme, 2020). Men dette fokuset er relativt nytt. En systematisk review og meta-analyse viste at 9 av 30 studier ikke inkluderte et spesifikt jobb-retur-fokus, men kun hadde fokus på symptombedring (Finnes et al., 2019).

Fra et holistisk perspektiv, nærmere bestemt fra en forskergruppe som har foreslått en modell for varig arbeidsretur kalt IGLOO, der akronymet, som er engelsk og vil kunne være

tilsvarende på norsk, står oversatt for ressurser på individ-, gruppe-, ledelse-(i betydning helsevesen og jobbledere), organisasjon- og overordnet kontekst-nivå. (Nielsen, Yarkes, Munir & Bültmann, 2018). Modellen er ikke empirisk undersøkt foreløpig, men er bygget på forskning på jobbreturn og teori fra arbeidshelsepsykologi. De påpeker at fokuset på forskningsfeltet har vært begrenset til retur til arbeid i sin startfase, uten å fokusere på varig retur til arbeid, og at det er viktig også å fokusere de ressursene som bidrar til at en medarbeider trives og vil fortsette å jobbe (Nielsen et al, 2018). De viser til at sannsynligheten for at en jobbreturn vil vedvare vil være mindre dersom bedriftens kultur er preget av stigmatisering, eller at medarbeider lettere vil kunne søke støtte dersom media ikke er preget av stigmatiserende holdninger.

De påpeker også at en må se situasjonen til den som er kommet tilbake i jobb i sammenheng, dvs jobblivet og livet utenfor (Nielsen et al, 2018).

Dette illustrerer hvordan faktorer som handler om å opprettholde sunne arbeidsplasser, også er faktorer av betydning for retur til arbeid. Tiltak som virker forebyggende og helsefremmende på arbeidsplassen generelt, kan også være viktig for retur til arbeid. Slik henger tiltak på ulike nivåer sammen. Tiltak kan inndeles i universelle, indiserte og selektive tiltak. (Major et al., 2011) Universelle tiltak er tiltak som retter seg mot hele befolkningen, indiserte tiltak rettes mot grupper som en anser har spesiell risiko for å utvikle problemet, mens selektive tiltak er rettet mot grupper der problemet allerede har oppstått (Major et al., 2011). Tiltak rettet mot jobbreturn for mennesker sykmeldt grunnet vanlige psykiske lidelser vil falle innunder sistnevnte. EU-kommisjonen tar til orde for at helsepolitikken har en viktig rolle å spille sammen med HMS-arbeidet og lederne på arbeidsplassene, som vil kreve at en arbeider på alle tre nivåer (European commission, 2016). Det handler både om å virke helsefremmende ved å identifisere risikofaktorer, sørge for gode arbeidsforhold og å bidra til en sunn livsstil, og om å tilby behandling og tiltak ved retur til arbeid (Nielsen et al., 2018)

Da vanlige psykiske lidelser er så utbredt i befolkningen, vil det være mye å tjene på tiltak rettet mot helsefremming og sykdomsforebygging på befolkningsnivå (Holte, 2017). Det vil kunne ha større effekt totalt sett, ved at det vil kunne nå flere. Det hindrer ikke at det samtidig også vil være behov for tiltak spesifikt rettet mot allerede oppståtte psykiske lidelser og arbeidstilknytning, da det vil kunne ha sterk effekt på de som får tiltaket, selv om det vil nå

færre. Psykisk helse skapes ikke primært i helsevesenet, men på de arenaer der menneskene lever sine liv, fra barnehage, til skole og arbeidsplasser. Det betyr at en bør tenke helsefremmende og forebyggende på alle stadier i livet (Holte, 2017).

Når en medarbeider er blitt sykmeldt, er det vel anerkjent praksis for å fremme retur til arbeid, både i Norge og internasjonalt, at det ved mange lidelser kan være hensiktsmessig å bidra til å begrense lengden på sykefraværet, fremme gradert sykmelding, sørge for overkommelige arbeidsoppgaver og tilrettelegging i arbeidssituasjonen, og ha god dialog og kontakt med arbeidsstedet (NAV, 2019; OECD, 2015). Dersom det er forhold i arbeidsmiljøet som bidrar til at personen blir sykmeldt, kan det å returnere personen til arbeid uten å gjøre noe med de bakenforliggende forholdene, bidra til at problemet vedvarer og personen kan bli sykmeldt på nytt (Sanderson & Andrews, 2006)

En systematisk review og metaanalyse av tiltak for jobbretur ved vanlige psykiske lidelser, viste at følgende tiltak ofte ble inkludert: 1. Organisasjonell endring, hvilket oftest vil bety et forbedret samarbeid med involverte aktører 2. Gradert sykmelding 3. En eller annen form for terapi eller terapeutisk element, for eksempel støtte-samtale med helsepersonell 4. Kontakt med arbeidsstedet (Mikkelsen & Rosholm, 2018).

Tiltak spesifikt rettet mot å øke jobbdeltakelsen ved sykefravær grunnet psykiske lidelser, viser i tråd med Senter for jobbmestring, både i Norge og internasjonalt, at en integrert tilnærming med samtidig fokus på symptombedring og mestring av symptomer i jobbsammenheng, ser ut til å være mest virkningsfullt.

1.10 Om diagnose

En kritikk av effektevalueringen av SFJ var at den ikke differensierte mellom deltakere som skåret over eller under klinisk cut-off på angst eller depresjon. Denne informasjon finnes imidlertid i datamaterialet og danner grunnlaget for denne oppgaven. Hospital Anxiety and depression Scale, HADS, er brukt i studien som mål på angst- og depresjonsplager, og inneholder en validert klinisk grenseverdi (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelman, 2002; Zigmond & Snaith, 1983) Dette kan anses gi en god indikasjon på om deltakernes skårer er på klinisk eller subklinisk nivå. Skårer på ≥ 8 på HADS, både depresjon og angst, regnes som klinisk grenseverdi. Skårer under dette nivået regnes som sub-terskel (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelman, 2002; Reme et al., 2013)

Det er gode grunner for å inkludere sub-terskel-symptomer på angst og depresjon, da også symptomer under terskelnivå påvirker funksjonsnivå og er en vesentlig bidragsyter til sykefravær (Dheeraj, Petros, Wiles, Lewis & Araya, 2010). Fordi selv milde symptomer under terskelnivået kan gå utover jobbfunksjon i vesentlig grad, er det viktig å forebygge på et tidlig tidspunkt (OECD, 2012).

2.0 Problemstilling og teoretiske perspektiver

2.1 Problemstilling

Hovedformålet med denne oppgaven var å undersøke betydningen av om symptomnivået ved angst og/eller depresjon er over eller under klinisk nivå for effekten av tiltaket Senter for Jobbmestring. Som nevnt tyder forskning på at symptomreduksjon ikke er tilstrekkelig for jobbretur, men at en parallellt bør ha et arbeidsrettet fokus. (Ejeby et al., 2014, Nieuwenhuijsen et al., 2020). Samtidig vet vi at alvorlighetsgraden av symptomer er noe av det som predikerer både sykefravær og jobbretur (DeVries et al., 2018). Vi vet også at det i flere studier har vist seg at mestringsforventning kan ha større betydning for hvorvidt en kommer tilbake i jobb enn symptomnivå (Løvvik, Øverland, Hysing & Reme, 2013). Det er altså mye som tyder på at symptomnivå er som én brikke i et komplekst samspill av faktorer der hvis en skal hjelpe et individ tilbake i arbeid, ikke kun bør ha fokus på de psykiske symptomene (Loisel et Durand, 2005) En nærmere analyse av symptomnivå vil kunne gi mer informasjon om hvordan Senter for jobbmestring som et tiltak med kombinert helse- og arbeids-fokus virker både hva angår symptomnivå og grad av jobbretur. Dette leder til følgende problemstillinger:

1. Var effekten av Senter for jobbmestring ulik for deltakere med kliniske vs. subkliniske nivåer av angst, depresjon eller komorbiditet av angst og depresjon?
2. Hva var effekten av Senter for jobbmestring på endring i andel kliniske tilfeller av angst og depresjon?

2.2 Hypoteser

Hypotesens som skal undersøkes er:

1. At tiltaket har best effekt på deltakere med kliniske nivåer av angst, depresjon og komorbiditet av angst og depresjon.

Bakgrunnen for antakelsen er at tiltaket Senter for jobbmestring viste seg å ha best effekt i gruppen på langtidsstønader, dvs. etter 12 måneder en økt jobbdeltakelse på 12% mot 6,9% økning i SFJ-gruppene som helhet (Reme et al., 2015). Antakelsen er og basert på en antakelse om at det er i gruppen på langtidsytelser at en vil finne flest med kliniske nivåer av angst og depresjon.

Tiltakseffekten var ulik for de ulike subgruppene. Tiltaket hadde best effekt i gruppen på langtidsstønader, hvilket innebar at tiltaket kun viste seg kostnadseffektivt i gruppen på langtidsstønader (Reme et al., 2013). Det å undersøke nærmere om symptomnivå over/ under terskel, som i denne oppgaven, vil innebære at en vil få mer spesifikk kunnskap om de ulike subgruppene, noe som vil kunne bidra til at en vil kunne spisse tiltaket bedre mot grupper som vil ha best effekt av tiltaket. Dette synet støttes også av to forskere ved AiR, Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, som påpeker at det ofte er ulike effekter innen ulike undergrupper, og at det derfor kan være relevant å rette tiltaket ut fra dette. De nevner eksempelvis at i tillegg til diagnose, kan hvor lenge en har vært sykmeldt i tillegg til den totalbelastningen personen er utsatt for, være mulige relevante faktorer (Jensen & Johnsen, 2020).

2. At tiltaket Senter for jobbmestring bidrar til en reduksjon i andel deltakere med kliniske nivåer av angst og depresjon.

Multisenterstudien av SFJ viste som sekundært utfallsmål etter 12 måneder en signifikant nedgang i depresjon- og angstsymptomer, målt ved HADS, Hospital and Anxiety Depression Scale, i tillegg til for ett av helsemålene, «helsestigen» (VAS, Visual analogue scale- EQ5D jf. metode-del), der deltakerne rangerer egen helsetilstand på en skala fra 0-100, og en bedring helserelatert livskvalitet, målt ved EQ-5D. Til forskjell fra for det primære utfallsmålet *oppretholdt eller økt jobbdeltakelse*, var det ikke her større effekt for gruppen på langtidsstønader (Reme et al, 2013; Reme et al., 2015).

2.3 Modeller for arbeidsuførhet - fra en biomedisinsk til en biopsykososial forståelse

I et kapittel i «Handbook of work disability» av canadieren Patrick Loisel presenteres ulike modeller for arbeidsuførhet. Her defineres *disability* som «manglende evne til å forbli i eller til å returnere til arbeid i løpet av eller etter en skade eller sykdom», direkte oversatt. (Costa-

Black, K.M, Feuerstein, M. & Loisel, P., 2013). En annen betegnelse som ofte benyttes i norsk sammenheng, er *nedsatt funksjonsevne*, som i sin ordlyd ikke nødvendigvis impliserer nedsettelse i arbeidsevne. Arbeidsevnen kan variere, blant annet avhengig av tilrettelegging og arbeidsforhold (LDO, u.å). Den først omtalte modellen, er den medisinske modellen, også kalt biomedisinsk, som nevnt over. Det er også den som ligger til grunn for dagens vilkår for rett til sykepenger i norsk sammenheng: «Sykepenger ytes til de som er arbeidsufør av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.l. gir ikke rett til sykepenger» (Folketrygdloven, 1997, §8-4).

Det har skjedd en enorm utvikling i forståelsen av funksjonsnedsettelse, fra den amerikanske medisin-foreningens komité for funksjonsnedsettelses definisjon i 1950, som noe som nærmest var ensbetydende med den fysiske lidelsen, og måtte være klart medisinsk forankret i en diagnostiserbar sykdom, i tråd med den *reduksjonistiske* biomedisinske modellen, til en utvikling av mer *probabilistiske* modeller, der miljøfaktorer også anerkjennes som betydningsfulle for funksjonsnedsettelsen. Eksempler på sistnevnte er NAGIs sosio-økologiske modell eller IOMs modell (Institute of medicine, 1997). Nagi anerkjente sosiale og emosjonelle faktorer som betydningsfulle for funksjonsnedsettelse, da han så på funksjon som et anliggende mellom individet og dets sosiale roller. Han anså at grad av synlighet, stigma og personens egen oppfatning av sin situasjon kunne påvirke grad av funksjonsnedsettelse, likeledes som forhold blant de nære sosiale omgivelser og samfunnets strukturelle forutsetninger (Nagi, 1991). Nagi ønsket å finne måter å forebygge utviklingen av funksjonsnedsettelse, og mente man kunne forebygge ved å hindre «*patologi* til å bli til *svekkelse*, *svekkelse* til å bli til *funksjonsnedsettelse*, funksjonsnedsettelse til å bli til uførhet» (Nagi, 1991, s. 5). Sistnevnte illustrerer også at Nagis forståelse av at det fortsatt er patologi som ligger til grunn for utviklingen av en eventuell funksjonsnedsettelse, slik som i den medisinske modellen (Institute of medicine, 1997; Costa-Black et al., 2013). WHO's ICIDH – modell fra 1980, International classification of impairments, disabilities and handicaps, er eksempel på en modell bygget på Nagis forståelse. (WHO, 1980; Institute of medicine, 1997) Senere er denne forståelsen blitt videreført til WHO's modell fra 2001, ICF, International classification of functioning, disability and health, som er mer i tråd med biopsykososialt perspektiv.

Her ses funksjonsnedsettelse som et resultat av samvirket mellom personens helsemessige forutsetninger og omgivelsene (WHO, 2001; Costa-Black et al., 2013).

Som en motreaksjon på den medisinske modellens fotfeste og det noen ville kalle medikaliserende og sykeliggjørende praksis jf. Finklestein, 1998 referert i Bunbury, 2019, og med det diskriminerende holdninger og lovgivning, oppsto «den sosiale modellen» på 70-tallet i USA. Det oppsto som del av en bevegelse som kjempet for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, hovedsakelig i arbeidslivet. I dette perspektivet forklares uførhet som forårsaket av «samfunnets manglende evne til å bryte ned barrierer (fysisk og psykisk)»(Bunbury, 2019, Costa-Black, 2013, Barnes,2000). Et aspekt ved den sosiale modellen, er at den vil hevde at det legges for mye vekt på individuell rehabilitering, når potensialet for endring i deres perspektiv ligger i å endre urettferdige strukturerer i samfunnet, og at det legges for mye vekt på tilbudssiden hva angår arbeidslivet, og for liten vekt på etterspørselssiden (Barnes, 2000). Costa-Black et al. 2013 på sin side vil hevde at den sosiale modellen legger for ensidig vekt på urettferdighet knyttet til diskriminatorisk lovgivning. De presenterer så Loisel's mer holistiske modell som både anerkjenner betydningen av faktorer på individplan og på samfunnsnivå som betydningsfulle i utviklingen av arbeidsuførhet. Dette er en biopsykososial og økologisk modell, som innbefatter lovgivning, faktorer på arbeidsplassen, hele konteksten individet inngår i ses som viktige faktorer (e.g. Loisel & Durand, 2005).

2.4 Bandura – Mestringstro (Self-efficacy, SE)

Ett begrep som har blitt spesielt viktig innen feltet arbeid og psykisk helse, er Banduras konsept «Self-Efficacy», SE, som på norsk kan oversettes med begrepet Mestringstro. Han definerer det som «beliefs in one`s capabilities to organize and execute the courses of action to manage prospective situations» (Bandura, 1995). Det kan oversettes med i hvilken grad en oppfatter å ha de ressursene som skal til for å håndtere en gitt situasjon eller oppgave, med andre ord ens opplevelse av hvorvidt en vil klare å oppnå et bestemt mål eller overkomme en hindring (Bandura, 1995). En person med høy grad av self-efficacy vil gjerne legge ned mer ressurser i å forsøke å nå et mål, være mer utholdende, og dermed vil det kunne påvirke grad av suksess i utfall, mens en i motsatt fall vil risikere å ikke anstrenge seg med tanke på at en ikke har tro på at det vil nytte. (Bandura, 1989; Bandura, 1995; Flammer, 2001) Mye tyder på at psykiske lidelser er forbundet med redusert selvtillit og lav self-efficacy (Schönfeld, Brailovskaia, Bieda, Zhang & Margraf, 2016). En studie fant at self-efficacy medierte

forbindelsen mellom stress og utviklingen av psykiske lidelser. Self-efficacy kan ses som en buffer, en mestrings- eller resiliens-faktor. Studien oppfordret til å fokusere på utvikling av self-efficacy som en måte å hindre utvikling av psykiske lidelser ved stress (Schönfeld, Brailovskaia, Bieda, Zhang & Margraf, 2016). Dette illustrerer hvordan self-efficacy kan henge sammen med psykiske lidelser, både som en faktor i utviklingen av psykiske lidelser, og sannsynligvis en opprettholdende mekanisme. I tillegg viser studier at self-stigma ved psykiske lidelser er vist å være forbundet med lavere selvtillit og lavere self-efficacy (Corrigan, Watson & Barr, 2006). Dette kan tyde på at både psykiske lidelsers natur og konsekvenser av lidelsen som self-stigma, sammen kan bidra til å forsterke selv-undergravende mekanismer, som lav selvtillit og lav mestringstro kan anses å være (Brenninkmeijer, Lagerveld, Blonk, Schaufeli & Wijngaards de Meij, 2018). En naturlig del av behandling, som nevnt over, kunne være å styrke self-efficacy. Den norske valideringsstudien av RTW-SE anbefaler å styrke RTW-SE for å fremme jobbretur (Gjengedal et al., 2020). RTW-SE ble utviklet som en modell for spesifikk måling av self-efficacy relatert til retur til arbeid, slik Bandura anbefalte, og har vist seg å være et velegnet instrument for å forutsi og monitorere jobbretur, sistnevnte ved at det kan benyttes som screeninginstrument underveis i behandling, som kan gi grunnlag for ekstra intervensjoner (Bandura, 2006; Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer & Schaufeli, 2010). Bandura understreket at ettersom mennesker kan ha forskjellig self-efficacy på ulike funksjonsområder i livet, for eksempel hva angår yrkesliv og familieliv, vil self-efficacy-mål måtte spesifiseres til gjeldende funksjonsområder for å ha prediktiv eller forklarende verdi (Bandura, 2006). Den norske valideringen av RTW-SE tyder på at skjemaet kan brukes til å forutse jobbretur (Gjengedal et al., 2020). De anbefaler eksempelvis ved vedvarende lav RTW-SE i en behandlingsprosess, å være oppmerksom på at en dårlig fungerende jobbsituasjon vil kunne bidra til å opprettholde funksjonsbegrensende symptomer på angst og depresjon. Dette kunne gjelde en situasjon preget av typiske risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser i jobbsammenheng, som for eksempel høye krav, lav grad av kontroll og mangel på sosial støtte (Gjengedal et al., 2020; Harvey et al., 2017), slik at det kan hende vil kunne være et behov for tilpasninger eller jobbbytte (Gjengedal et al., 2020).

I prosessen med å komme seg igjen etter en episode med akutte korsryggsmerter og sykefravær, har det gjennom forskning vist seg som mer nyttig å finne måter å mestre situasjonen med smertelidelsen heller enn å lete etter de opprinnelige årsakene til smertene. Shaw et al, 2011; McCracken et al, 1998). Det er viktig å være oppmerksom på at dette ikke

vil gjelde ved såkalte «røde flagg», indikasjoner på alvorlig underliggende sykdom, som beskrevet tidligere i oppgaven, hvilket gjelder kun 1-5% (Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser/ Helsedirektoratet, 2007). Parallellen til RTW i forbindelse med CMD er nærliggende, da forskningen også her peker i retning av at det ikke er mest hensiktsmessig å fokusere først på symptomlette, og dernest jobbretur, men heller parallelt, og at jobbretur og mestringsforventninger i den forbindelse ser ut til å være viktigere (Ejeby et al., 2014; Reme et al, 2020; Løvvik et al., 2013).

RTW-SE-19 ble utviklet som et mål for å forutsi retur til arbeid som et resultat av en sykefraværsepisode ved akutte korsryggssmerter, og det ble konkludert med at det er et valid og reliabelt måleinstrument, som kan benyttes til å forutsi retur til arbeid (Shaw et al., 2011)

RTW-SE ble operasjonalisert som troen på i hvilken grad en kan mestre jobb-krav, i hvilken grad en kan mestre smertene i jobbsammenheng og i hvilken grad en kan få støtte fra kolleger.

Terapi-delen av tiltaket Senter for jobbmestring «Kognitiv jobbmestring», har hentet mestrings-definisjonen fra Banduras begrep Self-efficacy: «the ability to control one`s own performance on a given task» (Bandura, 1977, referert i nett-protokollen, Reme et al. 2015). Behandlingen benytter en kognitiv tilnærming til forståelsen og behandlingen av symptomene, og har samtidig et jobbfokus, hvilket betyr at den kognitive forståelsesrammen benyttes på symptomene slik de viser seg i jobbsammenheng. Eksempelvis kan det handle om en bevisstgjøring av dysfunksjonelle tankemønstre og hvordan disse påvirker en i jobbsammenheng. Et mål i terapien er å både å normalisere de psykisk symptomene, og også å bidra til en tro på og et håp om at symptomene kan mestres i jobbsammenheng (Nett-protokollen, Reme et al., 2015). Dette viser at et av de mest sentrale målene ved cbt-behandlingen ved Senter for jobbmestring, er økt self-efficacy i jobbsammenheng.

3.0 Metode

3.1 En oversikt over hvordan data fra opprinnelsesstudien benyttes i gjeldende studie

Denne oppgavens studie tar som en sekundæranalyse av effektevalueringen av tiltaket Senter for jobbmestring utgangspunkt i datamaterialet derfra (Reme et al., 2015). Senter for jobbmestring er et jobbfokusert behandlingstiltak ved NAV, og effektevalueringen ble utført av UNI Helse Bergen sammen med Uni Rokkansenteret, som en multisenterstudie ved NAV-kontorer i 6 ulike fylker (Reme et al., 2015). Først beskrives deltakere,

rekrutteringsprosedyrer og intervensjoner. Dernest følger en beskrivelse av utvalgte kartleggingsinstrumenter, hvis data skal benyttes til denne oppgavens sekundæranalyser. Grunnet omfanget av datamaterialet fra opprinnelsesstudien tas kun variabler som anses mest relevante med. Formålet med denne studien er primært å undersøke betydningen av symptomnivå for effekten av tiltaket, målt i økt eller ikke økt jobbdeltakelse. Det er også et mål å undersøke om tiltaket bidro til en reduksjon i andelen deltaker med symptomnivå over klinisk nivå. Av den grunn tas ulike helserelaterede mål med, først og fremst som mål på symptomnivå, dernest for å beskrive deltakerne. IBM SPSS Statistics 27, Statistical Package for the Social Sciences, er benyttet som program for deskriptiv statistikk og analyser i denne oppgaven.

3.2 Deltakere, utvalg og rekrutteringsprosedyrer

Effektevalueringen av Senter for jobbmestring var en randomisert kontrollert multisenterstudie (Reme et al., 2015). Randomiserte kontrollerte studier regnes som gullstandarden for å evaluere et tiltak (Hariton & Locascio, 2018). Deltakerne, som totalt utgjorde 1193, ble fordelt på en intervensjon- og en kontrollgruppe, 630 i intervensjonsgruppen og 563 i kontrollgruppen. De fem første månedene av studien, i 2010, ble det randomisert i skalaen 2:1 i favør av intervensjonsgruppen, for å sikre en god oppstart av prosjektet og full utnyttelse av sentrenes kapasitet. Alle retningslinjer for randomisering er fulgt, og den ujevne tildelingen skal ikke ha noe å si for de videre analysene (Reme et al., 2015, Reme et al., 2013).

Deltakerne ble hovedsakelig rekruttert via NAV, fastlege eller ved egen-henvisning (Reme et al. 2013). Av de 1094 det fins opplysninger om henvisningsbakgrunn på, ble 336 henvist fra NAV og 238 fra fastlege. De resterende var enten selvhenvist, henvist fra andre og 144 har en ikke tall på (Reme et al., 2015).

Det var totalt 1416 deltakere som meldte seg til prosjektet (Reme et al., 2013). Av disse falt 197 fra grunnet eksklusjonskriteriene, mens 26 andre falt fra hovedsaklig grunnet manglende samtykke, og et lite antall trakk seg underveis. Da gjensto 1193 deltakere, som ble med i prosjektet. Inklusjonskriterier var at manglende yrkesdeltakelse primært måtte skyldes «vanlige psykiske lidelser, primært angst og depresjon» (jf.nett-protokollen, Reme et al., 2015) og de måtte være motivert for å jobbe eller å gjenoppta arbeid. Eksklusjonskriterier var alvorlig psykisk lidelse, pågående rusmisbruk, alvorlig selvmordsrisiko eller graviditet, manglende norskkunnskaper og pågående psykologisk behandling. (Reme et al., 2015).

Deltakerne ble innkalt til en klinisk psykolog der de fikk grundig informasjon om studien, og der de ble screenet med henblikk på inklusjons- og eksklusjonskriteriene. De ble ved selvrappotering av symptomer undersøkt om de hadde angst, depresjon eller subterskel-symptomer på angst og depresjon. De som ønsket det og kunne bli inkludert i studien, signerte informert samtykke-skjema og utfylte et spørreskjema med baseline-opplysninger. Etter randomisert tilordning til grupper, fikk deltakerne vite hvilken gruppe de tilhørte. Deltakerne som ble tilordnet til kontrollgruppen fikk beskjed om det, og de ble informert om at de skulle få vanlig oppfølging fra NAV eller fastlege, som ved samtykke også ble informert om deltakelsen i kontrollgruppen (jf. nett-studieprotokollen til hovedstudien, Reme et al., 2015). De ble oppfordret til å ta i bruk selvhjelps-ressurser eller annen hjelp. De kunne gjerne ta imot behandling fra psykolog eller andre tiltak fra NAV (Reme et al., 2015).

3.3 Deltakerne - demografiske kjennetegn, sub-grupper

Av de 1193 deltakerne var 802 (67,2%) kvinner og 391 (32,8%) menn. Alderen på de inviterte i studien var 18-60 år, med et gjennomsnitt på 40 år. I gruppen har 35,9 % høyere utdanning på opptil 4 år, 19,2% utover det, 32,1 % har utdanning til og med videregående skole og 7,1% grunnskole. 7,4 % hadde lese- og skrivevansker, 54,4% var gift eller samboer. 88% av deltakerne var født i Norge (Reme et al., 2013). Deltakerne ble fordelt i 3 grupper, Risiko (for sykmelding) (31,6%), Sykmeldt (38,9%) eller Langtidsstønader (29,5%). Den første gruppen inkluderte de som var i jobb og enten i fare for å bli sykmeldt (16,3%) eller var gradert sykmeldt og i fare for å bli ytterligere sykmeldt (15,3%). Sykmeldt-gruppen besto av de som var sykmeldt 100%, og gruppen Langtidsytelser besto hovedsakelig av deltakere som mottok AAP (21,3 %), men også uføretrygd og arbeidsledighetstrygd.

3.4 Intervensjoner

Tiltaket besto i jobbfokusert kognitiv adferdsterapi og individuell jobbstøtte (Individual placement and support, IPS) (Reme et al., 2013). Jobbfokusert kognitiv adferdsterapi innebar opptil 15 timer med behandling hos psykolog eller annen person med bachelorkompetanse innen helse og sosialfag med videreutdanning i kognitiv terapi fra Norsk forening for kognitiv terapi. Det besto i behandling av symptomer etter kognitive prinsipper, typisk innrettet mot endring av negative tanker og dysfunksjonelle handlingsmønstre. Fokus var rettet mot hvordan en bedre kan mestre de psykiske symptomene slik de opptrer i jobbsammenheng. Sentrale elementer var å bygge en god allianse, bidra til normalisering av symptomene og ha en god dialog der en bidrar til å fremme mer åpenhet og fleksibilitet omkring egne tanke- og

handlingsmønstre, og større grad av mestring og tro på at personen kan håndtere problemene (jf. nett- studieprotokollen til hovedstudien, Reme et al., 2015). Individuell jobbstøtte er et program for arbeidsrettet rehabilitering opprinnelig utviklet for mennesker med alvorlige psykiske lidelse (Drake & Becker, 1996)) Det består av 8 prinsipper med henblikk på rask hjelp til å få en jobb etter egne ønsker i det ordinære arbeidsmarkedet (ref.). Det ble gitt til deltakerne som var i behov for dette, enten for å få hjelp til å finne en jobb eller for hjelp med jobb-tilpasning (Reme et al., 2015) Dette ble gitt til 32% av deltakerne, hovedsakelig i gruppen på langtidsstønadere (Reme et al., 2013) og oftere til de med klinisk nivå av symptomer på angst, i betydningen 8 eller høyere på HADS-A (Reme et al., 2015). De mottok i gjennomsnitt ca. 5,2 timer med dette (Reme et al., 2013). Sentrene ble organisert i miniteam, som skulle sørge for integrasjon mellom behandling og arbeidsrettet fokus (Reme et al., 2013). Miniteamene bestod av en behandler og en jobbspesialist, som begge sørget for å integrere et helse- og jobbfokus i sitt arbeid (Reme et al., 2013). Det varierte noe fra senter til senter hvordan sammensetningen og utdannings-bakgrunnen til de ansatte var. Teamlederne skulle helst være psykologer, men kunne også ledes av en person med bachelor i helse- og sosialfag, med videreutdanning i kognitiv terapi fra Norsk forening for kognitiv terapi, og ha erfaring fra feltet arbeid og psykisk helse, senter for jobbmestring eller liknende (jf. nett-studieprotokoll til hovedstudien, Reme et al., 2015). Individuell jobbstøtte ble utført av jobbkonsulenter, som måtte ha god kompetanse på individuell jobbstøtte, Supported Employment (SE) og god kjennskap til det lokale arbeidsmarkedet (jf. nett-studieprotokoll til hovedstudien, Reme et al., 2015). Supported employment er en metodikk for jobbstøtte, som kan ses som en samlebetegnelse for flere typer av arbeidsrehabilitering hvis kjennetegn er mål om inkludering i det ordinære arbeidsmarkedet, «place, than train», som har erstattet den tidligere modellen «train, then place», hvor IPS ofte er ansett som den evidens-baserte versjonen av SE (Arbeid og inkludering, u.å.; Bond, Drake & Becker, 2008; Nøkleby & Hernes, 2017).

3.5 Utfallsmål

Resultatene fra studien ble primært målt i *økt eller opprettholdt jobbdeltakelse*, eller *ikke*, etter 12 måneder. (Reme et al., 2015), målt som en binær kategorisk variabel med verdien 1(økt) eller 0 (ikke økt). Økt eller ikke økt jobbdeltakelse kunne bety hel eller delvis retur til arbeid, ny jobb eller opprettholdt jobb (Reme et al., 2015). Det ble registrert hvorvidt en deltaker

hadde økt arbeidsinnsats og redusert trygdeutbetaling, eller full jobb og opphør i trygdeutbetalinger.

Dataene, både om arbeid og trygd, ble innhentet fra arbeidstakerregisteret og fra NAV (Reme et al., 2015; Reme et al., 2013). Det primære utfallsmålet var etter 12 måneder (Reme et al., 2013). Da disse opplysningene kunne innhentes fra sentrale registre, hadde en opplysninger om arbeidsstatus ved oppfølging også for de deltakerne som ikke besvarte oppfølgingskjemaene for symptom- og livskvalitetsmål.

De sekundære utfallsmålene var endring i symptombelastning av angst og depresjon og livskvalitet, etter 12 måneder (Reme et al., 2015). Symptomnivå ble målt med Hospital Anxiety and depression scale, HADS (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002) og helserelatert livskvalitet ble målt ved EQ-5D (The Euroqol group, 1990), basert på selvrapporing, ved utfylling av spørreskjema, som vil bli beskrevet nærmere i neste punkt.

3.6 Utvalgte kartleggingsinstrumenter – mål på symptombelastning og helsestatus

3.6.1 Spørreskjema med baseline –opplysninger

Ved oppstart fikk deltakerne til utfylling et spørreskjema med baseline-opplysninger (Reme et al., 2015). Skjemaet inneholdt spørsmål om demografiske opplysninger, og om symptomnivå på angst og depresjon, helse, jobb og helserelatert livskvalitet.

En kortere versjon av skjemaet skulle utfylles etter 6 og 12 måneder, der det også var spørsmål om jobbsituasjon og deres opplevelser med å delta i studien (jf. nett-protokollen, Reme et al., 2015). I denne oppgaven inngår oppfølgingsdataene ved 12 måneder på HADS, som de mest relevante oppfølgingsmålene basert på selvrapporing. Ellers inngår registerdata om jobbstatus ved 12 måneder.

I hovedstudien inngikk en rekke ulike sosiodemografiske variabler, hvorav de som er tatt med i denne studien er kjønn, alder, utdanning, jobb-status, antall år med psykiske plager og sosial støtte. Sistnevnte er et mål på om en opplever eller ikke sosial støtte (JA/ NEI) på fire ulike spørsmål, om en opplever det henholdsvis fra familie når det gjelder glede og sorger (a), familie når det gjelder helse (b), noen utenfor familien når det gjelder gleder og sorger (c) og noen utenfor familien når det gjelder helse (d). Det inngikk også flere ulike spørreskjemaer, hvorav de som er tatt med i denne studien for mål på helse og helserelatert livskvalitet vil bli presentert i de følgende.

3.6.2 Hospital anxiety and depression scale, HADS

HADS er et selvutfyllingsskjema, opprinnelig utviklet av Zigmond & Snaith i 1983 for bruk ved en somatisk avdeling ved et sykehus, for å skille ut symptomer på angst og depresjon. Somatiske symptomer ved angst, er derfor utelatt, og vil ikke fanges opp (Zigmond & Snaith, 1983). HADS kartlegger symptomnivå av angst og depresjon ved 14 blandede spørsmål, hvorav 5 av de er snudd hva angår rekkefølgen av de fire graderende svarkategoriene til hvert spørsmål. Et eksempel på hvordan spørsmålene er bygget opp: «Jeg har hodet fullt av bekymringer», med svarkategoriene «3. Veldig ofte, 2. Ganske ofte 1. Av og til og 0. En gang i blant.» Dette muliggjør en skåre totalt, HADS-T, på 42, og på 21 for hver av subskalaene, HADS-A og HADS-D (Leiknes, Dalsbø & Siqveland, 2016).

HADS er i en valideringsstudie funnet å være et valid og reliabelt screening-instrument for angst og depresjon, med høy grad av intern konsistens og god evne til å skille ut kliniske tilfeller av angst og depresjon (Bjelland et al., 2002). Her viste Cronbachs alpha-verdien, over 15 studier, verdier på .68-.93 for HADS-A, med gjennomsnitt på .83, og på .67-.90 for HADS-D, med gjennomsnitt på .82., som kan anses være god, basert på at Cronbachs alpha vanligvis anses som akseptabel ved .70, selv om .80 kan være å foretrekke, mens det i studien ble vist til at denne ved selvutfyllings-skjemaer bør være over .60. (Bjelland et al., 2002; Pallant, 2013.; Nunnally & Bernstein, 1994 referert i Bjelland et al., 2002; Pallant, 2013). HADS ble funnet å fungere på linje med andre kartleggingsinstrumenter som SCL-90 (Symptom Checklist), BDI (Becks Depression Inventory) og MADRS (Montgomery Aasberg Depression Rating Scale) (Bjelland et al., 2002).

HADS viste seg på tvers av flere studier å ha best spesifisitet og sensitivitet for klinisk nivå på ≥ 8 , hvilket gjaldt både ved somatiske sykehus og i befolkningen for øvrig, og klinisk nivå for HADS-A og HADS-D er derfor satt til ≥ 8 (Bjelland, 2002). Cut-off-verdi for HADS-T er valgt satt til ≥ 15 , basert på en studie som viser til at det er vanlig å sette dette som cut-off-verdi for HADS-T, sammen med ≥ 8 på HADS-A og HADS-D (Bjelland et al, 2002, Herrmann, 1997 og Ibbotson, Maguire, Selby, Priestman & Wallace, 1994 referert i Miljanovic et al, 2017). Komorbiditet blir i denne oppgaven definert som ≥ 8 på HADS-A og ≥ 8 på HADS-D samtidig (Bjelland, 2004). Valg av cut-off-verdi vil og avhenge av hvorvidt en er interessert i å oppdage flest mulig tilfeller, med økt sjanse for falske positive, eller hvorvidt en ønsker å være mest mulig sikker på at en kun oppdager faktiske tilfeller, og en vil da øke sjansen for flere falske negative (Herrmann, 1997). Ved førstnevnte vil en prioritere sensitivitet fremfor spesifisitet, motsatt ved det andre tilfellet (Herrmann, 1997).

I litteraturen opereres det med noe ulike kliniske terskelverdier for HADS, men da det som nevnt over er mye støtte for et nivå på ≥ 8 på HADS-A og HADS-D, er det dette som er benyttet i denne studien (Bjelland, 2002; Leiknes et al., 2016; Zigmond & Snaith, 1993).

3.6.3 Subjektive helseplager (Subjective Health Complaints, SHC)

SHC er et selvutfyllingsskjema bestående av 29 spørsmål om hvorvidt en har hatt ulike helseplager i løpet av de siste 30 dagene (Eriksen, Ihlebæk & Ursin, 1999). En skal besvare spørsmålene med en gradering fra 0-3: *ikke plaget* (0), *litt plaget* (1), *er en del plaget* (2) og *alvorlig plaget* (3) (Ihlebak, Eriksen & Ursin, 2004). En blir også bedt om å oppgi antall dager en har vært plaget, hvorav dette tallet kan multipliseres med alvorlighetsgraden og gi en sumskåre (Eriksen et al., 1999). De 29 spørsmålene utgjør fem sub-kategorier: *muskel-skjelett-plager*, *gastrointestinale plager*, *pseudonevrologiske plager*, *allergi-plager* og *forkjølelses-plager* (Ihlebak, Eriksen & Ursin, 2004). I muskel-skjelettsmerter inngår eksempelvis hodepine, migrene og ryggmerter, og pseudonevrologi besto i blant annet hjertebank, svimmelhet, søvnproblemer, angst og depresjon. I studien til Eriksen et al., 1999 viste de seg å ha god indre konsistens, med gode verdier på Cronbachs alpha, for det meste med verdier fra rundt .60 til .70. Skårene på de fem sub-kategoriene regnes ut ved å summere alle alvorlighets-grad-skårene på hvert av spørsmålene som inngår i de respektive kategoriene (Eriksen et al., 1999).

Subjektive helseplager er vist å være svært vanlig i den generelle befolkningen, målt ved SHC, hvor de plagene som flest oppgir å ha, muskel-skjelett-plager, gastrointestinale eller pseudonevrologiske, oppgis av mellom 50-80%, og 96% oppgir minst en plage i løpet av den siste måneden (Eriksen et al., 1999; Ihlebæk, Eriksen og Ursin, 2002).

3.6.4 Fatigue Questionnaire (FQ)

Fatigue Questionnaire ble opprinnelig utviklet for å kartlegge kronisk utmattelsessyndrom, også kalt ME, myalgisk encephalopati, men er senere blitt mer benyttet som et verktøy for å måle generell utmattelse, og alvorlighetsgraden av utmattelse (Chalder et al., 1993; Jackson, 2004). Det består av 11 spørsmål om fysisk og psykisk utmattelse den siste måneden (Chalder et al., 1993; Jackson et al., 2014). Eksempler på spørsmål er: *Har du problemer med at du føler deg sliten?*, *Mangler du overskudd?* eller *Har du redusert styrke i musklene dine?*, som

rangeres med de fire svarkategoriene «bedre enn vanlig» (0), «ikke mer enn vanlig» (1), «verre enn vanlig»(2) og «mye verre enn vanlig» (3) (Chalder et al., 1993, Jackson, 2014). De fire svarkategoriene rangeres fra 0-3, som beskrevet i parentes, hvilket gir en total mulig poengsum på 33.(Jackson et al., 2014)

Det aktuelle for denne studien er å benytte totalskåren for sammenlikning med den generelle befolkningen, og en annen skåreberegning vil derfor ikke omtales her.

En studie i en normalpopulasjon fant en gjennomsnittsverdi på FQ på 14,2 (SD 4,6) (Cella & Chalder, 1993). En norsk studie av fatigue i normal-populasjonen målte en noe lavere gjennomsnittsskåre på 12,4 (Loge, Ekeberg & Kaasa, 1998) (Denne studien fant som uttrykk for reliabilitet god intern konsistens, med Cronbachs alpha på 0,86, på linje med Chalder et al., 1993, med 0,89. Chalder et al., 1993 fant god validitet, blant annet vist ved god støtte for en to-faktor-struktur, en for fysisk slitenhet og en for psykisk slitenhet, som var utgangspunktet for separate subskalamål, som ikke vil bli benyttet her. (Jackson et al, 2014

3.6.5 Helsereelatert livskvalitet (EQ-5D)

EQ-5D er et helsereelatert livskvalitetsmål (HRQOL, Health-related quality of life) som består av et selvutfyllings-skjema, og en visuell analog skala (VAS ,Visual analogue scale), også kalt «helsestigen» (Reme et al., 2013; The Euroqol group, 1990; Euroqol, 2017. På sistnevnte skal deltakeren trekke linjen fra 0 til tallet som best angir sin egen opplevde helsetilstand i dag, på en skala fra 0 -100, hvor 0 er *verst tenkelige helsetilstand* og 100 er *best tenkelige helsetilstand*.

Spørreskjema-delen av EQ-5D består av spørsmål fordelt på fem ulike dimensjoner, med tre eller fem ulike nivåer, hvor førstnevnte er tilnærmet lik de opprinnelige seks kategoriene fra 1990 med to-tre nivåer (Devlin & Brooks, 2017; The Euroqol group, 1990). I denne studien består skjemaet av den tre-leddede versjonen , EQ-5D-3L (Euroqol, 2017). De fem dimensjonene er *Vanlige gjøremål*, *Smerte/ubehag*, *Angst/depresjon*, *Gange* og *Personlig stell* (Dolan, 1997). De tre nivåene er en rangering med ulike formuleringer, men hvor betydning handler om hvorvidt en har 1. *ingen problemer*, 2. *litt/moderat problemer* eller 3. *ekstreme problemer (er sterkt plaget/ute av stand til)* (Dolan, 1997). Dette inngår i en beregning, med 3^5 mulige helsetilstander, som utgjør 243, og det lages også en fempunkts kode som uttrykk for helsetilstanden til den enkelte, eksempelvis 12123, hvor hvert av tallene er det angitte nivået for hver av de fem dimensjonene (Dolan, 1997; Sonntag et al, 2013; Euroqol, 2017). Denne koden utgjør utgangspunktet for en EQ-5D-index, hvor 1 er optimal helse, og 0 er

ekvivalent med å være død (Sonntag et al., 2013). Ut fra dette beregnes et tall, som også kan bli negativt, hvis beregning kommer utenfor denne oppgavens relevansområde, og derfor ikke vil gås nærmere inn på (Dolan, 1997).

En norsk normeringsstudie angir skårer for spørreskjema-delen av EQ-5D-3L og VAS ved å sammenlikne et utvalg som fikk post-versjon og et annet som fikk web-versjon (Stavern, Augestad, Kristiansen & Rand, 2018) I studien var gjennomsnittet for deltakere i alderen 19-100 år totalt 79,5 på VAS for post-versjon, 77, 9 for web-versjon, og 0,848 på EQ-5D (post) og 0.821(web). Det er en viss uoverensstemmelse med aldersgruppen for tiltaket 18-60 år, men anser likevel at normeringen kan benyttes som et sammenlikningsgrunnlag som uttrykk for skårer i den generelle populasjonen. Ved behov kan det eventuelt gjøres sammenlikninger basert på aldersgrupper og utdanningsnivå, som det er stratifisert på i normstudien (Stavern et al., 2018)

3.7 Kjennetegn ved deltakerne – symptombelastning og helsestatus

Angst og depresjon – HADS: I gjennomsnitt hadde deltakerne hatt psykiske helseplager i 8,6 år (Reme et al. 2013). (Dette gjaldt 1054 (85,8%) deltakere, mens det manglet svar fra 169 (14,2%).) Deskriptiv statistikk viste en gjennomsnittsskåre på HADS-A på 10,67, på HADS-D 8,08 og på HADS-T på 18,75. Til sammenlikning er skårene i den generelle befolkningen for HADS-A på rundt 4, og HADS-D på rundt 3,5 (Bjelland et al., 2009 referert i Reme et al., 2015). Dette tyder på at symptomnivået for angst og depresjon i utvalget er betydelig høyere enn i befolkningen for øvrig (Reme et al., 2015). Ved cut-off-verdi på ≥ 8 , som har vist best spesifisitet og sensitivitet hva angår evnen til å fange opp kliniske tilfeller (Bjelland et al., 2002), viser frekvenstabeller for HADS-A at 78,4% av deltakerne skåret på klinisk nivå, og 21,6% skåret subklinisk. For HADS-D var tallene henholdsvis 53,8 % for klinisk, og 46,2% for subklinisk. På HADS-T (cut-off ≥ 15) var tallene 72,2% for klinisk nivå og 27,8% for subklinisk. På Komorbiditet (cut off ≥ 8 på HADS-A og HADS-D)skåret 48,5 % på klinisk nivå og 51,5% av deltakerne på subklinisk nivå.

Subjektive helseplager – SHC: På subjektive helseplager (SHC) skårer utvalget som helhet gjennomsnittlig 20,55, hvilket er langt over skårene som ble målt i studien med et utvalg på 1240 fra den generelle befolkningen, der gjennomsnittet var 10,58 (Ihlebak et al., 2002).

Slitenhet – Fatigue Questionnaire, FQ: Deltakerne skårer i gjennomsnitt 19,4 på FQ (Missing 5=0,4%). Dette er en betydelig høyere skåre enn i den generelle befolkningen, hvor en studie fra England viste et gjennomsnitt på 14,2, og en fra Norge viste 11,9 for menn og 12,6 for kvinner (Cella & Chalder, 1993; Loge, Ekeberg & Kaasa, 1998).

Helserelatert livskvalitet - EQ-5D: På spørreskjema-delen av EQ-5D er gjennomsnittlig skåre blant deltakerne i denne oppgavens studie 0,573 (frafall 1,5% =18 deltakere), mot 0,821 for den norske normstudien (Stavern et al., 2018). På VAS er gjennomsnittlig skåre blant deltakerne 54,61 (frafall 3%=36 deltakere), mot 79,7 for normstudien. Målt mot verdiene 1 som optimal helse på spørreskjema-delen og 100 på VAS, ser vi at deltakerne skårer betydelig lavere enn normerte skårer i en normalbefolkning, hvilket gir et bilde av at deltakerne i studien opplever å ha betydelig redusert helse-relatert livskvalitet sammenliknet med den generelle befolkningen.

3.8 Frafall

Ved oppfølgingstidspunktet på 12 måneder var det et betydelig frafall i de selvrapporterte dataene. For denne oppgavens studie er spesielt HADS-mål ved 12 måneder av betydning, da de er blant de sentrale oppfølgingsdataene som vil inngå i denne oppgavens studie. I overkant av halvparten, 627 (52,6%) utfylte HADS ved oppfølging, mens det mangler svar for 566 (47,4%). Det må tas høyde for at dette kan bidra til å påvirke resultatet, hvilket det vil finnes metoder for å korrigere. En enkel mulighet vil kunne være å undersøke om de som har frafalt skiller seg ut på baseline-karakteristikker fra de som har besvart.

De som ikke returnerte besvarelser ved 6 og 12 måneder hadde noe høyere symptomnivå og noe svakere skårer på helsestatus ved baseline. (Reme et al., 2013; Reme et al, 2015)). Ellers var de like på andre karakteristikker, noe som gjør at det ikke forventes å gå betydelig utover resultatene i denne studien.

3.9 Forberedende analyser

Datasettet ble undersøkt for feil ved å se etter om minimums- og maksimums-verdier kunne stemme med mulige verdier (Pallant, 2013). Verdier som ikke passet inn, som 99,9 og 999 etc. ble registrert som «missing», slik at de ikke skulle forstyrre beregningene. Videre ble det gjort deskriptive analyser for å få gjennomsnittsverdier og demografiske karakteristika, til bruk for å beskrive deltakerne og finne kjennetegn ved deltakerne på helse- og livskvalitetsmål (Pallant, 2013). Videre ble det gjort tester på normalitet for de mest relevante

variablene, HADS-T, HADS-A og HADS-D, Subjektive helseplager (SHC), Fatigue Questionnaire (FQ), Helserelatert livskvalitet (EQ-5D) inndelt i variablene «EQ-5D» (Spørreskjema-delen) og «Helse_idag» (VAS). Dette ble gjort ettersom normalfordeling vil være en forutsetning ved bruk av parametriske metoder, som bruk av t-test, som vil bli aktuelt å benytte i denne studien (Pallant, 2013).

Histogram ga et bilde av normalfordelingene, og normalitetstesten Kolmogorov-smirnov viste signifikante resultater for alle variablene, hvilket kan innebære brudd på normalitet, noe som ifølge Pallant, 2013, er et normalt resultat ved større utvalg. Det fremkommer noe grad av kurtosis og noe grad av skewness for de fleste variabler, men ettersom utvalget vil kunne anses som stort (N=1193), er det mindre sannsynlig at dette vil være av betydning enn ved små utvalg, regnet som utvalg over 200 (Tabachnick & Fidell, 2013, referert i Pallant, 2013). Utover dette viste «Normal-Q-Q Plots of baseline» at skårene for alle variabler i all hovedsak følger den rette linjen, som er et uttrykk for normalfordeling (Pallant, 2013).

Det ble også undersøkt for eventuelle uteliggere, ved Boxplot, og det ble nesten ikke funnet uteliggere på noen av variablene, med unntak av på SHC, der det var 13 som skilte seg ut ved høye skårer. «Trimmed mean», som er et gjennomsnitt der de 5% høyeste og 5% laveste skårene er tatt bort, viste liten forskjell i gjennomsnitt for alle variablene, hvilket er en indikasjon på at ekstremskårer ikke påvirker gjennomsnittsverdien i utvalget i nevneverdig grad (Pallant, 2013). Med bakgrunn i dette, og de øvrige normalitetstestene, er det funnet grunn til å anse utvalgene som i tilstrekkelig grad å oppfylle krav om normalfordeling. Det ble derfor ikke gjort endringer i datasettet, utover det å registrere manglende besvarelser som missing, som nevnt innledningsvis.

3.10 Etiske hensyn

Studien ble godkjent av REK, Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (<https://rekportalen.no>, Reme et al., 2015). Helsinki-deklarasjonen ble fulgt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019, 7. februar; Nett-protokollen, Reme et al., 2015; Reme et al., 2015). Informert samtykke ble innhentet, med informasjon om at deltakerne når som helst kunne trekke seg fra studien uten å oppgi noen årsak. De ble sikret konfidensialitet. Samtykket omfatter også analysene som gjennomføres i denne oppgaven. Det er også viktig å være oppmerksom på at deltakerne kan anses være en sårbar gruppe, som kan være mer utsatt for stigma og negative holdninger (e.g. Brouwers, 2020). Det er derfor spesielt viktig å omtale og behandle emnet på en måte som kan bidra til å gjøre situasjonen

bedre for menneskene det gjelder (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019, 7. februar; Gundersen & Medalen, 2019). Med hensyn til personvern, inneholder ikke datamaterialet personidentifiserende opplysninger (Nett-protokoll, Reme et al., 2015) Koblingsnøkkelen med denne informasjonen er nå slettet, da prosjektperioden er over, hvilket innebærer at datamaterialet vil være anonymt (Nett-protokoll, Reme et al., 2015) .

3.11 Statistiske analyser

For å få oversikt over hvordan symptomnivået er fordelt i de ulike gruppene, vil det først bli laget et stolpediagram som tydelig illustrerer andel klinisk og subkliniske tilfeller i hver av subgruppene, *Risiko* for sykmelding/i jobb), *Sykmeldt* og *Langtidsstønader*.

Dernest vil det bli undersøkt for gjennomsnittsforskjeller for deltakere med kliniske versus subkliniske nivåer på angst og/ eller depresjon, målt ved HADS, alle skalaene inkludert, på de ulike helserelevante målene som er inkludert i denne oppgaven. Til dette benyttes *T-test for uavhengige utvalg*, hvor de ulike helserelevante målene legges inn som avhengig variabel for de ulike skalaene av HADS. Dernest ble effektstørrelsen, Eta squared regnet ut etter formelen vist i Pallant, 2013. Eta squared (gjeldende for Tabell 1 i resultatdel) er .01= *liten*, .06 = moderat og 0.14 = stor (Cohen, 1988, referert i Pallant, 1993)

Den første problemstillingen omhandler i hvilken grad symptomnivå over eller under terskel for henholdsvis angst og/ eller depresjon påvirker effekten av tiltaket senter for jobbdeltakelse, primært målt i økt eller ikke økt jobbdeltakelse. Den tilhørende hypotesen var at klinisk symptomnivå ville gi økt effekt av tiltaket, det vil si være forbundet med økt jobbdeltakelse ved 12 måneders oppfølgingen, som primært utfallsmål. *Kji-kvadrat-test for uavhengige utvalg* ble benyttet for å teste hypotesen. Først ble de ulike HADS-variablene, dikotomisert på klinisk og subklinisk nivå, delt, slik at analyses ble gjort separat for subklinisk og klinisk nivå, på hver av HADS variablene. Dernest ble testen gjort som en 2x2-tabell, med det totale utvalget, det vil si inkludert med intervensjons- og kontrollgruppe mot den kategoriske binære variabelen *økt eller opprettholdt jobbdeltakelse* eller *ikke*.

Som anbefalt for Chi-square testen for uavhengighet ved 2x2-modeller, blir verdien *Yates continuity correction* den gjeldende i stedet for Pearson Chi-square (Pallant, 2013).

For å vurdere effektstørrelsene, *phi*, benyttes Cohens anbefalte grenser på .10 = *liten*, .30 = *medium* og .50 = *stor* (Cohen, 1988, referert i Pallant, 2013).

Den andre problemstillingens hypotese, at det ble antatt at tiltaket ville medføre en reduksjon i andel deltakere med klinisk nivåer av angst og/eller depresjon, vil også bli undersøkt ved å benytte. Problemstillingen var hvorvidt tiltaket ville medføre en reduksjon i andel deltakere med klinisk nivå av depresjon. *Kji-kvadrat-test for uavhengighet*, Denne analysen vil bli gjort på hele utvalget, slik at vi får undersøkt for effekten av tiltaket. Gruppe legges inn som den ene variabelen og oppfølgingsvariablene på HADS-målene ved 12 måneder, som er blitt dikotomisert på forhånd i subklinisk nivå og klinisk nivå. Ellers er det videre likt som for beskrivelsen nevnt over om *Kji-kvadrat-test for uavhengighet*.

4.0 Resultater

4.1 Fremgangsmåte for dataanalysen

Først beskrives karakteristika ved de ulike subgruppene hva angår deltakere med kliniske til forskjell fra subkliniske nivåer av angst og depresjon. Dette gir et bilde av hvordan symptomnivå henger sammen med variablene Risiko (for sykmelding/ i jobb), Sykmeldt og Langtidsstønader ved baseline. Dernest beskrives hvordan deltakere med kliniske nivåer av angst og depresjon eventuelt skiller seg fra deltakere med subkliniske nivåer av angst og depresjon på helserelevante mål og livskvalitet ved baseline. Det undersøkes for statistisk relevante forskjeller ved *en T-test for uavhengige utvalg*.

Fokus på forskjeller i helserelevante karakteristika mellom kliniske og ikke-kliniske tilfeller, danner bakgrunnsteppet for analysen av problemstillingene som handler om hvorvidt forskjell i klinisk nivå ved baseline bidrar til ulik effekt av tiltaket, målt ved *oppretholdt eller økt jobbdeltakelse* eller *ikke oppretholdt eller økt jobbdeltakelse*, som vil undersøkes ved en *Kji-kvadrat-test for uavhengighet*. Deretter vil det undersøkes hvorvidt tiltaket bidrar til en reduksjon i andel deltakere med kliniske nivåer av angst og depresjon, ved en *T-test for parete utvalg*.

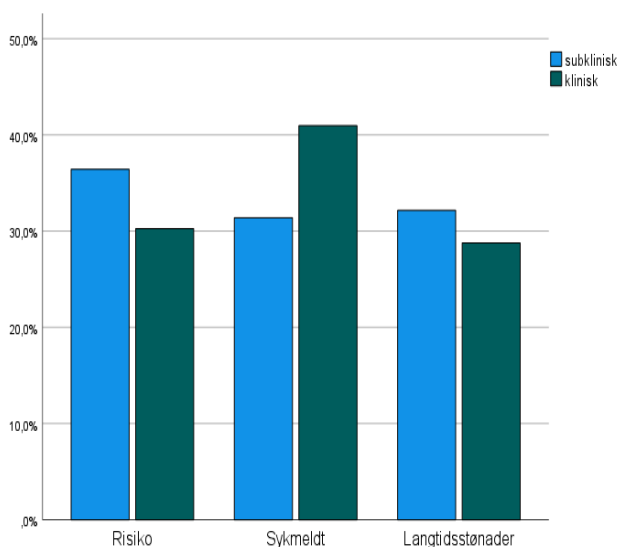
4.2 Klinisk og subklinisk symptomnivå av angst og depresjon – i utvalget og i subgruppene

For bruk i analysene ble de kontinuerlige variablene på HADS, henholdsvis angst-, depresjon- og totalskåre ved baseline og oppfølgingstidspunkt ved 12 måneder omkodet til binære kategoriske variabler, delt på cut-off for klinisk nivå, for HADS-A ≥ 8 og HADS-D ≥ 8 , og HADS-T ≥ 15 , og subklinisk for verdier under de respektive nivåene. Komorbiditet ble laget som en sammenslåing av klinisk nivå på HADS-A og HADS-D, det vil si ≥ 8 på begge.

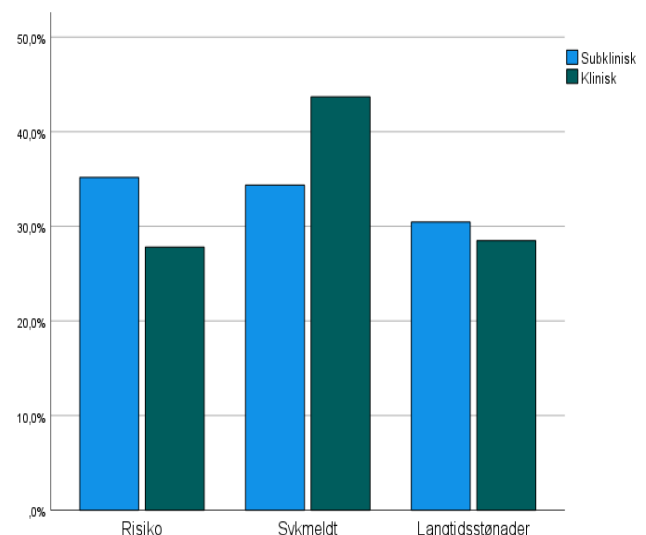
Ved baseline var antallet kliniske versus subkliniske tilfeller for utvalget som helhet (N=1193) n=935 på HADS-A klinisk nivå, og n=258 subklinisk, hvilket vil si en andel på 78,4% på klinisk nivå og 21,6% på subklinisk. For HADS-D var tallene for klinisk nivå n=642, og subklinisk n=551, hvilket betyr en prosentandel på 53,8% på klinisk nivå og 46,2 % på subklinisk. For HADS-T utgjorde antallet deltakere med kliniske nivåer n=861 og subklinisk n=332, som betyr en prosentfordeling på 72,2% på klinisk nivå og 27,8 % på subklinisk. For deltakere med komorbide nivåer av angst og depresjon, hadde 579 deltakere skårer på klinisk nivå, mens 614 deltakere hadde skårer på subklinisk nivå. Det vil si at så vidt i underkant av halvparten, 48,5 f% skåret på klinisk nivå, og 51,5 % på subklinisk nivå.

For å beskrive hvordan symptomnivået, henholdsvis subklinisk og klinisk nivå, fordeler seg i utvalget over de tre sub-gruppene, 1. *Risiko* (for sykmelding/ i jobb), 2. *Sykmeldt* (100%) og 3. *Langtidsstønader*, ble det laget en oversikt som viser fordelingen av deltakere med symptomnivå over og under klinisk nivå på HADS-A, HADS-D, HADS-T og komorbiditet av angst og depresjon i de ulike gruppene. Se *Figur 1-2* for HADS-A og HADS-D under.

Gjennomgående for både HADS-A og HADS-D, HADS-T og Komorbiditet, er det i gruppen 2. *Sykmeldt* høyest andel deltakere med kliniske nivåer, på i overkant av 40%. For de andre gruppene, 1. *Risiko* og 3. *Langtidsstønader*, er andelen med kliniske nivåer for alle fire HADS-skårene rundt 30%, så vidt i underkant, jevnt over. Gruppen *Risiko* har høyest andel med subkliniske nivåer på alle fire, rundt 35-40%.



Figur 1. Angst, symptomnivå per gruppe



Figur 2. Depresjon, symptomnivå per gruppe

For å undersøke om det var signifikant forskjell i symptomnivå mellom gruppene *Risiko, Symmeldt og Langtidsstønader*, ble det gjort en *Kji-kvadrat-test for uavhengighet*, for skårene på henholdsvis HADS-A, HADS-D, HADS-T og Komorbiditet, med følgende resultater, som alle indikerte signifikante verdier, $p > .005$, med gjennomgående små effektstørrelser (Gravetter & Wallnau, 2004, referert i Pallant, 2013):

HADS-A: $\chi^2(2, N = 1193) = 7.98, p = .018, Cramers V = .08$

HADS-D: $\chi^2(2, N = 1193) = 11.08, p = .004, Cramers V = .10$

HADS-A: $\chi^2(2, N = 1193) = 15.05, p = .001, Cramers V = .11$

HADS-A: $\chi^2(2, N = 1193) = 12.18, p = .002, Cramers V = .10$

4.3 Hvordan skiller deltakere med kliniske nivåer av angst og depresjon seg fra utvalget for øvrig på andre helserelaterte mål?

4.3.1 Symptomnivå HADS - forskjeller i demografiske karakteristika – deskriptive mål

Først ble det tatt ut deskriptiv statistikk for å kartlegge om det er forskjeller i demografiske karakteristika på kjønn, alder og utdanningsnivå for deltakere med henholdsvis klinisk versus subklinisk symptomnivå på HADS-A, HADS-D, HADS-T og Komorbiditet, og det ble også undersøkt hvordan disse skiller seg ut på gjeldende karakteristika fra utvalget som helhet ($N=1193$). På HADS-T er deltakere med klinisk og subklinisk nivå nokså like når det gjelder gjennomsnittlig alder, ca. 40 år, som også er gjennomsnittet for utvalget som helhet. Dette gjelder og utdanning, hvor de i gjennomsnitt har tilnærmet likt utdanningsnivå, så vidt en litt høyere andel med utdanningsnivå utover 4 år på høyskole/universitet, hvor andelen av de som skårer på klinisk nivå er 17,9 %, mot 20,5% for subklinisk. Kjønnbalansen for klinisk og subklinisk nivå følger i hovedsak kjønnbalansen i utvalget som helhet, hvor menn utgjorde 802 (67,2%) og kvinner 391 (32,8%). Blant menn skårer 299 (34,7%) av deltakerne over klinisk nivå, og 562 (65,3%) kvinner, mens 92 (27,7%) menn skårer på subklinisk nivå, mens 240 (72,3%) kvinner skårer på subklinisk nivå. Idere rapporterer deltakere med klinisk nivå på HADS-T om noe lavere grad av opplevd sosial støtte. Gjennomsnittlig rapporterte 68% av de med kliniske nivåer opplevd sosial støtte på alle fire spørsmål totalt sett, mot 74,5% av de med subkliniske nivåer, altså en forskjell på 6,5% lavere opplevd sosial støtte i gruppen med kliniske nivåer på HAD-Total. De som rapporterer å ikke oppleve sosial støtte utgjør i gjennomsnitt 31,2 % i gruppen med klinisk nivå, mot 25, 1% for deltakere med subkliniske nivåer.

4.3.2 Symptomnivå HADS - forskjeller på helserelaterte mål

Det ble gjort en *T-test for avhengige utvalg* for å undersøke gjennomsnittsforskjeller mellom subklinisk og klinisk nivå for de helserelaterte variablene *Subjektive helseplager (SHC)*, *Slitenhet(FQ)*, *Helserelatert livskvalitet, EQ-5D* og «*Helsestigen*» (*EQ-5D-VAS*)

Se Tabell 1 for resultatet for HADS-T på klinisk nivå, ≥ 15 , og helserelaterte karakteristikk. Det ble funnet signifikante gjennomsnittsforskjeller mellom subklinisk og klinisk nivå for alle de helserelaterte målene, med signifikansverdier $<.001$, med unntak av antall år med psykiske plager, selv om vi ser at de med klinisk nivå i gjennomsnitt har hatt psykisk plager bortimot 1,3 år lengre enn de med subklinisk symptomnivå.

Tabell 1

Helseforskjeller ved baseline ved klinisk vs. subklinisk nivå HADS-T, T-test for uavhengige utvalg

	<i>Klinisk HADS-T</i>		<i>Subklinisk HADS-T</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>	
	M	SD	M	SD	t	Sig. (2-tailed)
SHC *	22.6	10.68	15.2	8.55	-12.47	<.001
FQ	20.81	5.50	15.77	5,17	-14.35	<.001
EQ-5D *	.516	.261	.717	.192	14.49	<.001
Helsestigen ^b	50.62	16.32	64.79	15.35	13.51	<.001
Ant.år.psyk.plager	8.98	10.07	7.65	8.76	-1.93	0,040

* *Equal variances not assumed*

^aHADS-T ≥ 15

^bEQ-5D: VAS

Ovennevnte viser effektstørrelsene, som var i størrelsesorden *tilnærmelesvis stor* for *subjektive helseplager (SHC)*, og ellers *store* for *slitenhet (FQ)* og *helserelatert livskvalitet*, målt ved EQ-5D og det tilhørende målet VAS (Helsestigen). Resultatene er en indikasjon på at deltakere med kliniske nivåer av angst og depresjon i stor grad har mer subjektive helseplager og slitenhet enn det øvrige utvalget (deltakere med subklinisk symptomnivå) og opplever tilsvarende lavere grad av helserelatert livskvalitet.

Det ble utført samme type *t-test for uavhengige utvalg*, som vist i Tabell 1, også for Angst, depresjon og Komorbidite, se Tabell 2; målt ved henholdsvis HADS-A ≥ 8 , HADS-D ≥ 8 og

Komorbiditet (HADS-A og HADS-D, begge ≥ 8) for også for disse målene å undersøke for eventuelle signifikante gjennomsnittsforskjeller mellom klinisk og subklinisk symptomnivå og de helserelevante målene.

Tabell 2.
HADS-T og helse

	<i>Klinisk HADS</i>		<i>Subklinisk HADS</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>		
	M	SD	M	SD	t	Sig. (2-tailed)	Eta Squared
HADS-A							
SHC *	22.36	10.59	13.98	7.97	-13.813	<.001	.14
FQ	5.65	20.17	16.63	5.81	-8.873	<.001	.06
EQ-5D *	.536	.261	.703	.212	10.549	<.001	.09
Helsestigen	52.39	16.62	62.05	17.2	8.598	<.001	.06
Ant.år psyk.plager*	8.99	10.13	7.21	8.03	-2.7	0.007	.00
HADS-D							
SHC *	22.98	11.02	17.73	9.48	-8.817	<.001	.06
FQ	21.62	5.43	16.84	5.28	-15.319	<.001	.17
EQ-5D	.4898	.270	.675	.212	12.60	<.001	.11
Helsestigen*	48.37	16.12	61.77	15.70	14.283	<.001	.15
Ant.år psyk.plager*	8.61	9.72	8.45	9.825	.057	0.935	.00
Komorbiditet							
SHC *	22.61	8.55	15.20	8.55	-12.47	<.001	.12
FQ	20.80	5.17	15.77	5.17	-14.35	<.001	.15
EQ-5D *	.516	.269	.7173	.192	14.49	<.001	.15
Helsestigen	50.62	16,32	64.79	15.35	13.51	<.001	.13
Ant.år psyk.plager*	8,98	10,08	7.65	8,76	10.22	0,054	.00

*Equal variances not assumed

Tabell 2 viser at det likeledes som for HADS-D i tabell 1 ble funnet signifikante resultater for alle helsemålene, unntatt for *antall år med psykiske plager* (psykplagår). Hva angår de signifikante effektstørrelse var målene spesielt på Komorbiditet svært like som for HADS-T. For Angst var effektstørrelsen på SHC stor (eta squared = .14), mens de andre effektstørrelsen var moderate (eta squared = .06-.09). På Depresjon var effektstørrelsene for FQ og Helsestigen høye (hhv. eta squared = .17 og .15), moderat-høy EQ-5D (eta squared .11) og moderat for SHC (eta squared .06). Resultatene viser at deltakere med komorbide symptomer av angst og depresjon på klinisk nivå i større grad opplever å ha redusert helse, mer slitenhet og lavere helserelatert livskvalitet enn deltakere med kun klinisk nivå av en av dem (angst eller depresjon), og også sammenliknet med alle de med subkliniske nivåer av angst og/eller depresjon.

4.4 Betydningen av klinisk versus subklinisk symptomnivå av vanlige psykiske lidelser for jobbdeltakelse etter tiltaket Senter for jobbmestring.

Resultatene av analysene av den første problemstillingens hypotese, som ble undersøkt ved *Kji-kvadrat-test for uavhengighet*, for samtlige HADS-mål, fremgår av Tabell 3 under.

Tabell 3. Subklinisk vs. klinisk symptomnivå ved baseline og jobbdeltakelse ved 12 måneder

HADS-skala	Kontrollgruppe		Intervensjonsgruppe		df	n	Continuity correction	Asymptotic Significance, (2-sided)	Phi
	ikke økt jobb	økt jobb	ikke økt jobb	økt jobb					
HADS-T	%	%	%	%					
Klinisk	63.3	36.7	57.6	42.4	1	860	2.67	.102	.058
Subklinisk	60.9	39.1	51.8	48.2	1	330	2.32	.128	.090
HADS-A									
Klinisk	63	37	55.7	44.3	1	933	4.78	.029	.074
Subklinisk	61.9	38.1	58.8	41.2	1	257	.65	.420	.058
HADS-D									
Klinisk	64.4	35.6	62.1	37.9	1	642	1.21	.271	.047
Subklinisk	60.5	39.5	51.6	48.4	1	548	3.96	.047	.089
Komorbiditet									
Klinisk	65.3	34.7	66.1	39.9	1	579	1.47	.23	.054

Subklinisk	60	40	52.2	47.8	1	611	3.72	.054	.078
------------	----	----	------	------	---	-----	------	------	------

Resultatene på chi-kvadrat-testene (Tabell 3), indikerer et ikke-signifikant resultat for de fleste verdiene. Det ble kun signifikant resultat for to av verdiene, HADS- A- klinisk og HADS-D-subklinisk, med utgangspunkt i signifikans-nivået $\leq .05$ (Pallant, 2013) PÅ HADS-A er det et signifikant resultat knyttet til at en høyere andel deltakere med klinisk nivå av symptomer som fikk økt jobbdeltakelse i intervensjonsgruppen til forskjell fra i kontrollgruppen (Se Tabell 3). Effektstørrelsen $\phi = .074$, er en svært liten effektstørrelse. For HADS-D, subklinisk, viste det seg likeledes å være flere som fikk økt jobbdeltakelse. Dette resultatet er altså i motstrid til hypotesen i denne oppgaven, da det var flere som fikk økt jobbdeltakelse med *subklinisk* nivå. Effektstørrelsen for dette funnet er og svære liten, $\phi = .089$.

Basert på ovennevnte kan en oppsummere med at resultatene kan tyde på at hvorvidt nivået av symptomer er over eller under klinisk terskel for vanlige psykiske lidelser, i overveiende grad ikke er av signifikant betydning for hvorvidt en får økt eller ikke økt sin jobbdeltakelse som en effekt av tiltaket Senter for jobbmestring. Hypotesen om at symptomnivå på klinisk nivå ville medføre økt jobbdeltakelse som en effekt av tiltaket, kan anses å ikke ha blitt bekreftet.

4.5 Tiltaket Senter for jobbmestring og symptomreduksjon

Ett av målene i denne oppgaven var å undersøke hvorvidt tiltaket senter for jobbmestring medfører en reduksjon i andelen deltakere med kliniske nivåer av angst og/ eller depresjon, som utgjør den andre problemstillingen i oppgaven. Hypotesen var at tiltaket medførte en reduksjon i andelen deltakere med symptomer på angst og/ eller depresjon over klinisk terskel. Resultate av Kji-kvadrat-testen som ble benyttet for å teste hypotesen, vises i tabell 4.

Tabell 4. Symptomendring ved oppfølging 12 måneder

**HADS-
skala**

Kontrollgruppe	Intervensjonsgruppe	<i>df</i>	<i>N</i>	Continuity correction	Asymptotic Significance (2-sided)	Phi
----------------	---------------------	-----------	----------	--------------------------	---	------------

	%	%					
OHADS-T							
Klinisk	79	64	1	1193	32.13	<.001	-.166
Subklinisk	21	36			.		
OHADS-A							
Klinisk	81	70.6	1	1193	16.71	<.001	-.120
Subklinisk	70.6	29.4					
OHADS-D							
Klinisk	73.2	55.2	1	1193	40.62	<.001	-.186
Subklinisk	26.8	44.8					

Resultatene indikerer at tiltaket Senter for jobbmestring bidrar til en reduksjon i symptomnivå av angst og depresjon (Tabell 4), med signifikant reduksjon i klinisk symptomnivå som en effekt av tiltaket for samleskåren som viser både angst og depresjonssymptomer (HADS-T), $p = <.001$, for angst (HADS-A), $p = <.001$, og for depresjon (HADS-D), $p = <.001$, med effektstørrelser på alle fra liten til medium . (Signifikansnivå $<.05$. (Pallant, 2013))

Oppsummert indikerer testresultatene en signifikant nedgang i klinisk symptomnivå som en effekt av tiltaket, noe som gjør at hypotesen om at tiltaket bidrar til en signifikant reduksjon i andel tilfeller med kliniske nivåer av angst og depresjon kan anses bekreftet.

5.0 Diskusjon

5.1 Sykefravær og jobbretur – hvilken rolle spiller alvorlighetsgraden av symptomer?

5.1.1 Sentrale funn oppsummert

Det sentrale målet med denne oppgaven var å utforske betydningen av hvorvidt symptomnivået av angst og/eller depresjon var over eller under klinisk terskel for effekten av tiltaket Senter for jobbmestring. I tillegg var det et sentralt mål å undersøke hvorvidt tiltaket bidro til en reduksjon i andel deltakere med klinisk symptomnivå. Sammen utgjør dette oppgavens to problemstillinger.

Veien tilbake til arbeid ved sykefravær grunnet vanlige psykiske lidelser synes ifølge resultatene delvis å avhenge av symptomnivå ved baseline. Hypotesen til den første problemstillingen ble delvis bekreftet ved at resultatet for HADS-D-subklinisk og HADS -A klinisk viste signifikante resultater, funn som er svært interessante, da det synes å implisere best tiltakseffekt på det primære utfallsmålet jobbdeltakelse for deltakere med høye

angstsymptomer og lave depresjonsnivåer. Den andre problemstillingens hypotese, at tiltaket ble antatt å henge sammen med en reduksjon i andel deltakere med kliniske nivåer ved oppfølgingstidspunktet etter 12 måneder, ble bekreftet.

5.1.2 Terskelnivå av symptomer på angst og depresjon – hvilken rolle spiller det for jobbretur?

I denne oppgaven ble det undersøkt hvilken rolle symptomer over eller under terskel ved baseline på henholdsvis angst, depresjon og angst og depresjon som en samleskåre (HADS-T) har for effekten på det primære utfallsmålet, etter 12 måneder, *oppretholdt/økt jobbdeltakelse* eller *ikke oppretholdt/økt jobbdeltakelse*. I tillegg ble det undersøkt for endring hva angår andel deltakere med klinisk versus subklinisk nivåe av angst og depresjon fra baseline til oppfølging, ved 12 måneder. Klinisk terskelnivå var et tema som ikke var belyst i den opprinnelige effektstudien, men som i etterkant av studien ble etterspurt av fagmiljøene. Det er bakgrunnen for at terskelnivå av symptomer er valgt som tema i denne oppgaven. Dersom en ikke skiller på symptomer over og under terskel, vanskeliggjør det hvorledes en skal skille på hvordan tiltaket virker forskjellig på ulike deltakere avhengig av alvorlighetsgrad av symptomer. Det gjør det mulig å se på sammenhengen mellom kliniske nivåer av angst og/eller depresjon og effekten av tiltaket. Både hvorvidt det *synes* å være en sammenheng, eller hvorvidt det *ikke synes* å være en sammenheng, vil være interessant, og bidra til å belyse et viktig tema innen feltet.

Funnene som er interessante i denne studien er at første hypoteses problemstilling viste seg å være signifikant for høye angstnivåer (klinisk nivå) og lave depresjonsnivåer (subklinisk nivå). Selv om tiltakeseffektene er i størrelsesorden liten, se tabell 3, er det uvanlig å se såpass store effekter i tiltaksforskningen som dette, at dette likevel kan anses som svært interessante funn (Tarro, Llauradó, Ulldemolins, Hermoso, & Solà, 2020). Det er heller ikke veldig tydelig ikke-signifikans for de andre verdiene, med lava effektstørrelser der og. Når en ser på tallen, ser en at det er snakk om ganske store forskjeller i prosentvis økt jobbdeltakelse. Det er også slik at

Der funnene på hypotesenes problemstillinger diskuteres, vil dette belyses ved å trekke frem sentrale forskningsfunn fra feltet.

5.2 Klinisk symptomnivå av angst og/eller depresjon – forekomst i utvalget og i subgruppene inndelt etter arbeidsstatus ved baseline (Figur 1)

I utvalget som helhet var det registrert 861 (72,2%) deltakere med symptomer på klinisk nivå, og 331 (27,8%) deltakere med subklinisk nivå, målt med samleskåren for både angst og depresjon, HADS-T. Som nevnt viser dette at de fleste i utvalget har symptomer over klinisk terskel, så mye som tilnærmet $\frac{3}{4}$ av utvalget, hvilket kan ses som et uttrykk for et høyt symptomtrykk. Dette er kanskje ikke så langt unna hva en kan forvente for et utvalg selektert for vansker med jobbtilknytning som primært skulle skyldes vanlige psykiske lidelser. Utvalget i effektstudien Senter for jobbmestring har vist seg å ikke skille seg nevneverdig fra ordinære deltakere ved Senter for jobbmestring (Reme et al., 2013).

Resultat-delen starter med en oversikt over andelen deltakere med klinisk og subklinisk nivå i de ulike subgruppene *Risiko*, *Sykmeldt* og *Langtidsstønader* (Figur 1). Det viste seg å være høyest andel med klinisk symptomnivå i gruppen *Sykmeldt*, noe det kan hende ville vært mer nærliggende å forvente at skulle gjelde gruppen *Langtidsstønader*. I en omfattende review-artikkel, fremkom alvorlighetsgrad av symptomer på vanlige psykisk lidelser som en av flere betydningsfulle faktorer for sykefravær, og tilsvarende ble lavere grad av symptomer funnet å predikere tidligere jobbreturn (De Vries et al., 2018). En mulig forklaring kan finnes i at det er mye som tyder på at ved langtids-sykefravær blir andre faktorer enn de rent lidelses-spesifikke av større betydning enn ved kortere sykefravær (e.g. Gragnano et al., 2018 referert i Weerdesteijn et al., 2020). Dette kan være en mulig forklaringsfaktor til hvorfor det er høyest andel deltakere med kliniske nivåer av angst og/eller depresjon i gruppen *Sykmeldt* og ikke i gruppen *Langtidsstønader*. Dette kan og ha andre forklaringer, som eksempelvis foreslått i en tidligere subgruppe-analyse av gruppen *Langtidsstønader*, også basert på datamateriale fra effektstudien (Gundersen og Medalen, 2019), som indikerte ulike kjennetegn ved gruppen sammenliknet med de andre gruppene, som lengre varighet av symptomer, men lik alder, noe som ble antatt å tilsi tidligere debut av symptomer, og videre lavere utdanningsnivå, som igjen ble antatt å kunne henge sammen med tidlig symptomdebut, sammen med en antakelse om at symptomene kan ha stabilisert seg. Men da denne oppgavens hovedfokus ikke primært er å sammenlikne de ulike jobb-status-gruppene, men å sammenlikne symptomnivå over/ under terskel, vil ikke dette gås nærmere inn på i denne sammenheng.

5.3 Klinisk symptomnivå av angst og/eller depresjon – helsestatus og livskvalitet sammenliknet med utvalget for øvrig ved baseline (Tabell 1)

Sammenlikningen av gjennomsnittsforskjeller i helsestatus og helserelatert livskvalitet for deltakere med og uten klinisk nivå av symptomer på angst og /eller depresjon, viste at deltakere med kliniske nivåer rapporterte å ha betydelig mer subjektive helseplager (SHC), slitenhet (FQ), og betydelig lavere helserelatert livskvalitet, inkludert skåren på egenopplevd helse fra 0 - 100 (Helsestigen/ VAS), med signifikante resultater for alle målene. Dette indikerer at deltakere med klinisk nivå av symptomer opplever å ha betydelig redusert helse og helserelatert livskvalitet sammenliknet med deltakere med subkliniske symptomer (utvalget for øvrig). Dette samsvarer og med at selv om den vesentlige inklusjonsgrunnen til tiltaket Senter for jobbmestring var vanlige psykiske lidelser, var det mange som rapporterte om sammensatte plager, hvorav hele 92% rapporterte muskel-skjelettplager ,79% gastrointestinale plager og 45% søvnproblemer (Reme et al., 2013). Det ble også rapportert om et høyere nivå av subjektive helseplager i utvalget generelt sammenliknet med generell befolkning (Ihlebak et al, 2002). Dette gjelder i sterkere grad for de med klinisk til forskjell fra subkliniske nivåer (se Tabell 1). Mykletun og Øverland (2010) hevder at den høye graden av underbehandling av vanlige psykiske lidelser, som omtalt innledningsvis, kan skyldes at en ikke i tilstrekkelig grad er klar over i hvilket omfang psykiske lidelser også henger sammen med svekket helse generelt sett og også høyere dødelighet. De hevder der at det er spesielt for depresjon at en kjenner til sammenhengen, og at det er mer uklart om dette gjelder angst-tilstander. Det som påpekes er at overdødeligheten knyttet til vanlige psykiske lidelser i hovedsak skyldes forhold knyttet til redusert helse og økt dødelighet knyttet til dette, uten at de eksakte sammenhengen rundt dette er helt kartlagt. Det en har sett om effektene av mobbing på psykisk helse, kan gi noen indikasjoner på hvorledes psykiske belastninger *kan* påvirke fysisk helse (Rajalingam et al., 2020) På den annen side har artikkelforfatterne også påpekt problem knyttet til en underdiagnostisering av psykiske lidelser, av flere årsaker, knyttet til blant annet skam, preferanse for fysiske lidelser eller mangel på kunnskap (Mykletun & Overland, 2006). Det er altså oppsummert en dobbelthet her, ved at psykiske lidelser noen ganger kan overses på bekostning av fysiske lidelser, mens det på den annen side av hensyn til de potensielt alvorlige, også fysiske, følgende av psykiske lidelser, vil være viktig med adekvat diagnostisering og behandling. Det essensielle poeng her er at angst og eller depresjon, over klinisk nivå, ser ut til å være assosiert også med fysiske helseplager, og det ser oppsummert ut til at et økt symptomnivå er forbundet med en økning i subjektive helseplager.

5.4 Hovedfunn belyst med utvalgte sentrale forskningsfunn på feltet

5.4.1 Symptomenes rolle/ symptomnivåets betydning for jobbretur

Hvorvidt angst- og/eller depresjons-symptomene er på et klinisk nivå ved baseline, har vist seg å delvis være av vesentlig betydning for hvorvidt deltakerne får økt jobbdeltakelse som en effekt av tiltaket Senter for jobbmestring. Derimot er det indikasjoner på at tiltaket (Senter for jobbmestring) førte til signifikant reduksjon i andelen kliniske angst- og depresjonstilfeller. Det første temaet som vil bli belyst er *symptomnivåets* betydning for jobbretur etter sykefravær grunnet vanlige psykiske lidelser, og også hvordan dette henger sammen med arbeidsrehabiliteringstiltak og hva som kan anses ha mest støtte i forskning. De neste to kapitlene vil belyse problemstillingen med ytterligere to sentrale tema fra forskningsfeltet: Mestringstro (Bandura, 1995) og Loisel's person-miljø-modell (Loisel & Durand, 2005). Bakgrunnen for at disse temaene er valgt skyldes at de kan anses være essensielle temaer for å belyse hvordan synet på symptomenes rolle og rehabilitering har endret seg på grunn av kunnskapsgenerering innen forskningsfeltet (e.g Ejeby et al., 2014; Nieuwenhuijsen et al., 2020), en endret sykdomsforståelse (Costa-Black et al. 2013) og en økt bevissthet om betydningen av kontekstuelle faktorer (Loisel & Durand, 2005). I tillegg blir funnene belyst ut fra forskning presentert innledningsvis om helseseleksjon versus sosial kausalitet (Meneton et al., 2015), om arbeid som helsefremmende (Waddell & Burton, 2006) og forskning som indikerer at tiltak for økt jobbdeltakelse og jobbmestring etter sykefravær grunnet vanlige psykiske lidelser, kan se ut til å fordre integrering av jobbfokus i behandling (e.g Ejeby, 2014; Nieuwenhuijsen et al., 2020)

I den opprinnelige effektstudien ble det vist at økt jobbdeltakelse var forbundet med symptomreduksjon og bedre helserelatert livskvalitet (Reme et al., 2015). Noe av bakgrunnen hypotesen i denne oppgaven, at klinisk symptomnivå ved baseline skulle kunne henge sammen med økt jobbdeltakelse ved 12 måneder, var at det hadde vist seg i den opprinnelige effektstudien at tiltaket hadde best effekt for deltakerne i gruppen *Langtidsstønader* (Reme et al., 2015). Her var det som nevnt en forskjell i økt jobbdeltakelse på 24 % i intervensjonsgruppen og 12 % i kontrollgruppen, mot en forskjell på 44,2 % i intervensjonsgruppen for øvrig, mot 37,2 % i kontrollgruppen. En implisitt antakelse i hypotesen var at det ville være sannsynlig at gruppen *Langtidsstønader* også var de som hadde høyest symptomnivå, hvilket resultatene i denne studien indikerte at ikke så ut til å stemme (*Figur1*). Slev om det ikke var flest deltakere med klinisk nivå for de på *Langtidsstønader*, har den førstehypotesen vit seg å bli delvis bekreftet, som nevnt.

Forskning tyder på at det kan være at symptomnivået, eller det som ofte omtales som det diagnosespesifikke, inntar en noe underordnet rolle hva angår hva som opprettholder manglende jobbdeltakelse, mens symptomene kan synes å være viktigere ved kortidsfravær (e.g. Gragnano et al, 2020 referert i Weerdesteijn et al, 2018 Gragnano et al, 2020). I forhold til det som er funnet i denne studien, ved at symptomnivå kan se ut til å påvirke hvorvidt en får god effekt av tiltaket, kan det synes som at symptomnivå ikke er uten betydning, men det kan se ut til at tiltaket kan virke forskjellig avhengig av både grad av symptomer og hvorvidt det er angst eller depresjonssymptomer. At tiltaket viser såpass god virkning på jobbdeltakelse, og som tidligere vist på symptomnivå, kan i størst grad tenkes å skyldes at Senter for jobbmestring har funnet en formel som virker spesielt godt på både symptombedring og økt jobbdeltakelse. Den integrerte tilnærmingen hvor jobbfokus og arbeidsrettet støtte gis samtidig, er ikke et nytt funn i denne studien. Men det er nytt at det kan se ut til at den magiske ingrediensen Mestringstro, som er utgangspunktet for den jobbmestrende behandlingsbiten ved Senter for jobbmestring, kan være det kanskje kan forklare best at Senter for jobbmestring har så god effekt.

Det interessante spørsmålet her bli hvordan som er vist å være «The canary of the coalmine» hva angår jobbreturn, som nærmest kan forutsi utfallet i en jobbreturn-prosess, kan se ut til å kan hende være det som virker forskjellig på lave depresjonssymptomer og høye angstsymptomer (Reme, 2020).

Gragnano et al., 2018, har i en review-artikkel undersøkt hvorvidt de kunne komme frem til transdiagnostiske faktorer i jobbreturn-prosessen for hjerte-kar-lidelser, kreft og vanlige psykiske lidelser, og fant støtte for dette. Det er altså mer likheter i jobbreturn-prosessen på tvers av lidelser, enn det er ulikheter, noe som kan forklares med at diagnose-spesifikke faktorer på tvers av lidelser er funnet å ikke være det mest essensielle i jobbreturn-prosessen (Gragnano et al., 2018). De fant altså støtte for felles jobbreturn-faktorer på tvers av ulike diagnoser, hvorav de fire som ble funnet å fremme jobbreturn var *jobbkontroll*, *arbeidsevne*, *god selvopplevd helse* og *høy sosioøkonomisk status*, mens hindringer var *jobbstrev* («job strain»), *angst*, *depresjon*, *komorbiditet*, *lav utdanning* og *høyere alder*. Det essensielle her er altså at jobbreturn-prosessen ser ut til å ha felles-kjennetegn. Dette er noe som bidrar til at det ser ut til at vedvarende sykefravær opprettholdes også ved mekanismer med egne kjennetegn, noe som også overensstemmer med det Loisel og Durand (2005) beskriver som «en ny sykdom i seg selv». Dette handler om en dreining bort fra en sykdomsforståelse kun knyttet til det medisinske, over til et perspektiv der konteksten rundt individet anses som mer

betydningsfull (Loisel & Durand, 2005). Dette er ett av de sentrale elementene fra forskningen på feltet som vil bli benyttet til belysning og diskusjon av problemstillingene nærmere i detalj senere.

En faktor som har vist seg som spesielt betydningsfull i å predikere jobbretur, har vært jobbretur-forventninger, og vil som nevnt benyttes til belysning av funnene knyttet til problemstillingen, i kapitlet som følger (Cornelius, Klink, Groothoff & Brouwer, 2011; Reme, 2020).

5.4.2 Mestringstro som en mer betydningsfull faktor for jobbretur enn symptomnivå

Løvvik et al, 2013 viser videre til at jobbretur-forventninger er nært knyttet til Banduras konsept mestringstro, hvilket som nevnt, har vist god evne som konsept til å predikere jobbretur (Shaw et al., 2011). Som tidligere omtalt er et av kjerne-elementene ved CBT-delen av Senter for jobbmestring å bidra til å endre self-efficacy (Reme et al., 2015).

DET kan tenkes at deltaker med høye nivåer av depresjon fikk dårliger effekt av tiltaket enn de med subkliniske nivåer, da en kan spekulere i om høy grad av depresjonssymptomer kan være noe vanskelig å endre til høy grad av mestringstro, dersom en sliter med et høyt symptomtrykk og depresjonens tendens til å kanskje ikke være like mottakelig for å få økt mestringstro av denne typen tiltak. Det er uansett interessant at for høye angstsymptomer er det motsatt, uten at det er åpenbart hva det kan skyldes.

5.4.3 Kontekstens betydning for jobbretur - Sykdomsforståelse som teoretisk utgangspunkt

Det har også skjedd noe som kan omtales som et paradigmeskifte i forståelsen av *sykefravær*, i tråd med en endret sykdomsforståelse fra biomedisinsk til biopsykososial, som omtalt i teoridelen (Costa-Black et al., 2013; Loisel & Durand, 2005). En har begynt å også å anerkjenne lidelser som ikke bare noe som oppstår i individet, og at funksjonsnivået gjenoprettes når lidelsen er «kurert», men at en har forståelse for at faktorer rundt individet, som sosiale og miljømessige forhold også er viktige elementer som påvirker individets fungering. Dette har gitt opphav til Loisels person-miljø-modell (Loisel et al., henviser til Loisel et Durand, 2005; Loisel et Durand, 2005). Som vist til tidligere er dette en modell der kontekstuelle faktorer av betydning for arbeidsuførhet, er med, og der det vektlegges en transdiagnostisk tilnærming (se teoridel).. At arbeidsuførhet er et kompleks, vil kreve

transdiagnostiske tilnærminger for å løse problemet (Loisel & Anema, 2005). Senter for jobbmestring som en kombinasjon av jobbrettet fokus og behandling, vil være i tråd med dette, og stiller krav til samarbeid mellom ulike yrkesgrupper som ifølge Loisel kan være preget av ulike logikker, noe som kan være en utfordring (Loisel & Anema, 2005; Ladekjær, Jensen & Pedersen, 2020; Reme et al, 2013). En tilnærming som bygger på Loisels modell, er IGLOO, tidligere vist til, som ikke minst har påpekt begrensninger innen feltet knyttet til et overdrevent fokus på endepunktet jobbdeltakelse i en jobbretur-prosess, og mindre fokus på hva som bidrar til at jobbdeltakelse vedvarer over tid. Deres modelle er en modell, som tidligere redegjort for, viser sammenhengen mellom individ og ulike kontekster rundt individet i i jobbreturprosess. Forskerne bak denne modellen understreker hvordan en vektlegging av hva forskningsfeltet har funnet ut om de ulike nivåene, kan benyttes som utgangspunkt for å bygge gode arbeidsmiljøer for alle, som også vil kunne være det som vil ha best effekt både på jobbretur og på det å få jobbdeltakelsen til å vedvare. Dette er en modell som er utviklet som et forsøk på å integrere kunnskap om arbeidsrehabilitering fra LOisel og øvrig forskning på feltet, noe som kan være et interessant utgangspunkt for å styrke arbeidsinkludering. Ifølge artikkelforfatterne er modellen i sin startfase, og det gjenstår å se om den også vil vise seg å ha ønsket effekt.

5.4.4 Tiltakseffekt på symptomreduksjon og jobbretur ser ut til å avhenge av jobbfokus integrert i behandling

At symptomnivå ved baseline ble indikert i denne studien å ikke ha signifikant sammenheng med jobbdeltakelse ved 12 måneder, sammen med at tiltaket ser ut til å kunne bidra til en reduksjon i andelen deltakere med klinisk symptomnivå av angst og/eller depresjon, kan indikere at symptomreduksjon og effekt på jobbdeltakelse kan være to litt ulike prosesser som ikke alltid ser ut til å henge sammen, noe som også understøttes av forskning (Ejeby et al, 2014; Henderson, 2005; Lagerveld, 2010; Reme, 2020) For å bidra til økt arbeidsdeltakelse for mennesker med vanlige psykiske lidelser, er det mye som tyder på at det er nødvendig med et integrert jobbfokus i behandling, selv om det er funnet på tvers av flere studier at alvorlighetsgrad av symptomer er viktige prediktorer både for sykefravær og jobbretur (De Vries et al, 2018) Det vil kunne være i tråd med denne oppgavens funn, eksempelvis ved at det femkom at hele utvalget hadde et betydelig høyere nivå av både angst og depresjonssymptomer enn normalbefolkningen, men også andre helserelevante problemer og lavere helserelevante livskvalitet. Dette indikerer at symptomalvorlighet er noe som henger

sammen med sykefravær, men at det ikke nødvendigvis er like entydig hva som bidrar til å opprettholde sykefravær og hvilke faktorer som er mest essensielle hva angår å fremme jobbretur e.g Gragnano et al, 2020 referert i Weerdesteijn et al., 2018; Gragnano et al,2020), selv om symptombedring ser ut til å kunne følge sammen med økt jobbdeltakelse, som en konsekvens av et jobbrehabiliteringstiltak der behandling og jobbfokus kombineres (Reme et al., 2015).

Også ovennevnte kapittel om at det kan se ut til at faktorer som jobbretur-forventninger og sykdomsforståelse kan spille en større rolle enn symptomnivå for økt jobbdeltakelse, kan bidra til å understøtte dette (Løvvik et al, 2014). Senter for jobbmestring med sitt fokus på jobbmestring, som som nevnt omhandler det å øke self-efficacy i jobbsammenheng, vil være i tråd med dette (Reme et al, 2013). En review, tidligere vist til av Nieuwenhuisen et al., 2020, fant i tråd med dette best støtte for at en kombinasjon av jobbfokus og behandling fremfor psykologisk behandling alene eller rene jobbredde tiltak.

5.4.5 Vanlige psykiske lidelser, helse og livskvalitet- arbeidsinkludering som helsefremmende

Sammenstilt med forskningen vist til innledningsvis om sosial kausalitet versus helse-seleksjons-effekter, er det noe som kan tyde på at det er grunn til å anta at helseforskjeller i større grad er knyttet til jobb-eksponeringer eller mangelen på arbeid, heller enn til helseforutsetninger i utgangspunktet eller helse-skadelig livsstil (e.g. Meneton et al., 2015). Eksemplet som ble vist til i innledningen (pkt..... Meneton et al., 2015), undersøkte dette ved arbeidsledighet. Det er tidligere vist til et betydelig sysselsettings-gap tilknyttet vanlige psykiske lidelser (ref) Problemer knyttet til arbeidsdeltakelse kan vise seg på ulike vis (Lagerveld et al., 2012). Selv om studien til Meneton et al., 2015, tar utgangspunkt i arbeidsledighet, kan resultatene tenkes å være overførbare til også å gjelde andre former for manglende yrkesdeltakelse knyttet til psykiske lidelse. Eksempelvis definerte Lagerveld et al., 2012 i en studie jobb-produktivitet som manglende arbeidsdeltakelse knyttet til ulike former for redusert arbeidsdeltakelse, som kunne handle om problemer knyttet til korttids-sykefravær/gjentatt fravær eller langtidssykefravær med noen ganger mer vedvarende/permanent uteblivelses, arbeidsledighet eller tidligpensjonering, eller problemer knyttet til å komme inn på arbeidsmarkedet. ((I tillegg har det fremkommet tegn til at sykenærvær antakelig er det som forårsaker de største produksjonstapet(ref.))

Det er i denne studien indikasjoner på et betydelig høyere nivå av fysiske helseplager, som nevnt vesentlig høyere for de med klinisk nivå av symptomer på angst og depresjon, sammenliknet med utvalget for øvrig, og for utvalget samlet sett i forhold til i den generelle befolkningen. At det er funnet mer som tyder på sosial kausalitet heller enn helseseleksjon (e.g. Meneton et al, 2015), gjør det desto viktigere å bidra til økt inkludering av mennesker med psykiske lidelser i arbeid. Manglende arbeidsinkludering kan være helseskadelig, samtidig er det vist at det å være inkludert i arbeid kan bidra til å snu dette (Waddel & Burton, 2006). Det er altså mye som tyder på at det å inkluderes i arbeidslivet, også som en markør for sosioøkonomiske status som er sterkt forbundet med helse ((Sosial og helsedirektoratet, 2005)), vil kunne ha rehabiliterende effekt på psykiske lidelser der arbeidsforholdene er gode (Harvey et al, 2017; Waddel & Burton, 2006). En rapport om livskvalitet i Norge, 2020, fra Statistisk sentralbyrå, viser at livstilfredshet er høyest i de høyeste utdannings- og inntektsgruppene og lavest i yngre aldersgrupper, og i lavere utdanning- og inntektsgrupper, eksempelvis er det å være arbeidsledig og ha vansker med psykiske lidelser noe som bidrar sterkt til lav livstilfredshet (Støren, Rønning og Hamre, 2020).

5.5 Anbefalinger for videre forskning

Da det er fremkommet det interessante funn at de som ser ut til å profittere aller best på tiltaket Sfj ser ut til å være de ,ed henholdsvis høye angstnivåer og lave depresjonsnivåer. Som nevnt kan det anbefales å undersøke dette ved subgruppeanalyser for å eventuelt kunne støtte oppunder disse funnene ytterligere. Dette kan tjene som et bedre grunnlag ofo hvorvid Snfj bør tilpasses dette, eventuelt at det er andre tiltak som ville passe bedre avhengig av dette.

5.6 Studiens styrker og svakheter

Størrelsen på datamaterialet fra effektstudien muliggjorde å gjøre sekundære subgruppeanalyser. At HADS var en del av studien, som et godt validert instrument, muliggjorde et skill på klinisk vs subklinisk nivå.

Det er en svakhet i denn studein at det var et betydelig frafall på de helserelatert målene ved oppfølging, som det ikke er korrigert for i diss enkle analysene. Registerdata, som en har oppfølgingsopplysninger på , ble ikke fullt ut utnyttet, da det kun ble tatt med for 12-månedersoppfølging, noe som likevel kan forsvares som det primære utfallsmålet.

Konklusjon

Studien har vist at hvorvidt symptomnivået ved baseling er på et klinisk eller subklinisk nivå er delvis bekreftet å ha signifikant sammenheng med økt jobbdeltakelse som en effekt av tiltaket Sfi ved oppfølging etter 12 måneder, hvilket gir delvis støtte til den første problemstillingen,

Den andre problemstillingen ble støttet ved at andelen med klinisk nivå av symptomer ble signifikant redusert for både angst og depresjon.

Dette er interessante funn å bygge på i videre forskning på feltet for mer kunnskap om tiltak som kan hjelpe mennesker med utfordringer knyttet til arbeidsdeltakelse på grunn av vanlige psykiske lidelser.

Litteraturliste:

Andersen, Frydenberg & Mæland (2009) Muskel- og skjelettplager og fremtidig sykefravær. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 129, 1210-3.
<https://doi:10.4045/tidsskr.09.32410>

Arbeid og inkludering (u.å) Hva er IPS? Hentet fra:

<https://www.arbeidoginkludering.no/kompetanse/individual-placement-and-support-ips/hva-er-ips/>

Arbeidsmiljøloven (2005) Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid, stillingsvern m.v. (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>

Arbeids- og sosialdepartementet (2018) *Målene om et mer inkluderende arbeidsliv. Status og utviklingstrekk*. 06/2018. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/asd/dokumenter/2018/ia-rapport_2018_web.pdf

Arbeids- og sosialdepartementet (2013) *Flere i arbeid*. Meld. St.46 (2012-2013) Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-46-20122013/id733259/?ch=6>

Arbeids- og sosialdepartementet (2019) Prop. 1 S (2019-2020) Hentet fra:

[www.regjeringen.no/no.dokumenter/prop-1-s-20192020/id2671373/?ch=1](http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-1-s-20192020/id2671373/?ch=1)

Bandura, A. (1989) Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.

https://pdfs.semanticscholar.org/7539/60aef3f2747f757d73bc5c9330a21b484f2e.pdf?_ga=2.8268273.25043702.1613562635-370366286.1594035023

Bandura, A. (1995) *Self-efficacy in Changing societies*. Cambridge university press.

https://www.researchgate.net/profile/Barry-Zimmerman-2/publication/247480203_Self-efficacy_and_educational_development/links/549b67770cf2b80371371ad5/Self-efficacy-and-educational-development.pdf

Bandura, A. (2006) Guide for constructing self-efficacy scales. Hentet fra:

<https://www.semanticscholar.org/paper/GUIDE-FOR-CONSTRUCTING-SELF-EFFICACY-SCALES-Bandura-Bandura/e55c7382e8cd2d0ad48deb530df9ddd874189355>

Barnes, C. (2000) A working social model? Disability, work and disability politics in the 21st century. *Critical social politics*. (20)4, 441-457.

<https://doi.org/10.1177/0261011830002000402>

Berge, T. & Repål, A. (2018) *Håndbok i kognitiv terapi*.(2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

- Berge, T., Gjengedal, R.G.H. & Hannisdal, M. (2018) Jobbfokusert kognitiv terapi. I: Berge, T. & Repål, A. (Red.) *Håndbok i kognitiv terapi*, (s. 421-436) (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bjaarstad, S., Trane, K.A.R., Hatling, T. & Reinertsen, S. (2014) Nye trender innen arbeid og psykisk helse – sett i sammenheng med recovery. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 03(11)[Nye trender innen arbeid og psykisk helse - sett i sammenheng med recovery - Nr 03 - 2014 - Tidsskrift for psykisk helsearbeid - Idunn](#)
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T. T. & Neckelman, P (2002) The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of psychosomatic research*. 52(2) 69-77 [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
- Bjelland, I. (2004) *Anxiety and depression in the general population. Issues related to assessment, comorbidity and risk-factors*. (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen: Norge. Hentet fra: <https://hdl.handle.net/1956/2634>
- Björklund, O., Söderlund, M., Nyström, L & Häggström, B.(2015) Unemployment and health: Experiences narrated by young finnish men. *American journal of men`s health*, 9(1) 76-85. <https://doi.org/10.1177/1557988314536725>
- Bond, G.R., Drake, R.E. & Becker, D.R. (2008) An update of randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(4) 280-290. <https://www.semanticscholar.org/paper/An-update-on-randomized-controlled-trials-of-Bond-Drake/4ad44bfe518218adeef706f25bd5b73a588eaa4c?p2df>
- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S, Wilford, E. & MacDonald, J. (2008). A Systematic Review of the Factors which Predict Return to Work for People Suffering Episodes of Poor Mental Health. *Journal of Occupational Rehabilitation* 18, 27–34. <https://doi.org/10.1007/s10926-008-9121-8>
- Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. , Blonk, R.W.B., Schaufeli, W.B. & Wijngaards de Meij, L.D.N.V (2018) Predicting the effectiveness of work-focused CBT for common mental disorders. The influence of baseline self-efficacy, depression and anxiety. *Journal of occupational rehabilitation* 29(1), 31-41, <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9760-3>

- Brouwers, E.P.M (2020) Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychology*, 8(36). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00399-0>
- Brouwers, E.P.M., Joosen, M.C.V., van Zelt, C & van Weeghel, J. (2019) To disclose or not to disclose. A multi-stakeholders focus group study on mental health issues in the work environment. *Journal of occupational rehabilitation*. 30. 84-92, <https://doi.org.10/1007/s10926-019-09848-z>
- Bryngelson, A. Åsberg, M., Nygren, Å., Jensen, I. & Mittendorfer-Rutz, E., 2013 All cause and cause-specific mortality and long-term sickness absence for psychiatric disorders: A prospective cohort study. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067887>
- Bunbury, S. (2019) Unconscious bias and the medical model: How the social model may hold the key to transformative thinking about disability discrimination. *International journal of discrimination and the law*. 19(1) 26-47. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1358229118820742>
- Cella, M. & Chalder, T. (2010) Measuring fatigue in clinical and community setting. *Journal of psychosomatic research*, 69(1):17-22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.007>
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlowski, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D. and Wallace, E.P. (1993) Development of a fatigue scale. *Journal of psychosomatic research*, 37(2), 147-153. [https://doi.org/10.1016/00022-3999\(93\)90081-p](https://doi.org/10.1016/00022-3999(93)90081-p)
- Cornelius, L.R., van der Klink, J.J.L., Groothoff, J.W. & Brouwer (2011) Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 21, 259–274 (2011). <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9261-5>
- Corrigan, P.W., Watson, A.C. & Barr, L. (2006) The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*. 25(8): 875-884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Costa-Black, K.M., Feuerstein, M. & Loisel, P. (2013) Work disability models. Past and present. In: Loisel, P. & Anema, R. (eds.) *Handbook of work disability*. Springer New York, NY. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9-6>

- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019, 7. februar)
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen/>
- Devlin, N.J. & Brooks, R. (2017) EQ-5D and EuroQol Group: Past, present and future.
Applied health policy, 15(2),127-137. <https://doi.org.10.1007/s40258-017-0310-5>
- de Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A. & Wegewitz, U. (2018)
Determinants of sickness absence and return to work among employees with common
mental disorders: A scoping review. *Journal of occupational rehabilitation*, 2018,
28(3): 393-417 doi:10/1007/s10926-017-9730-1)))
- Dolan, P. (1997) Modeling valuations for Euroqol health status. *Medical care* 35(1), 1095-
1108. <https://www.jstor.org/stable/376742>
- Drake, K.E. & Becker, D.R. (1996) The individual placement and support model of supported
employment. *Psychiatric services*, 47(2), 473-475. <https://doi.org/10.1176/ps.47.5.473>
- Eaton, W.W., Martins, S.S., Nestadt, G., Bienvenu, J., Clarke, D. & Alexandre, P.
(2008)*Epistemiological review*, 30(1), 1-14, <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn011>
- Ejeby, K., Savitskij, R., Öst, L. , Ekblom, A., Brandt, L., Ramnerö, J. Asberg, M. & Backlund,
L. G. (2014) Symptom reduction due to psychosocial interventions is not
accompanied by a reduction in sick leave: results from a randomized controlled trial in
primary care. *Scandinavian journal of primary health care*, 32(2), 67-72.
<https://doi.org/10.3109.02813432.2014.909163>
- Ekberg, K. & Ståhl, C. (2020) Employment as a key rehabilitation outcome. I: Bültmann,U.,
Siegrist, J. (ed.) Handbook of Disability, Work and Health. Handbook Series in
Occupational Health Sciences, vol 1. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-75381-2_26-1
- Ellingsen, J. (2020, 6. november) Utviklingen i uføretrygd per 30. september 2020.
Statistikknotat. NAV. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd>
- 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
<https://doi.org/10.1177/14034948990270010401>

- European commission (2016) European framework for action on mental health and wellbeing.
https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf
- Euroqol (2017, 18.april)EQ-5D-3L. Hentet fra : <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-3l-about/>
- Falkum, E. Hytten, K. & Olavesen, B. (2011) Anerkjennelsens psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48(11): 1080-1085. Hentet fra:
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/11/anerkjennelsens-psykologi>
- Finansdepartementet (2021) *Perspektivmeldingen 2021. 4. Høy arbeidsinnsats sikrer verdiskaping og velferd*. Meld. St. 14. 2020-2021. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/?ch=4>
- Finne, L.B., Christensen, J.D. & Knardal, s. (2014) Psychological an social work factors as predictors of mental distress: A prospective study.
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0102514>
- Finnes, A., Enebrink, P., Ghaderi, A., Dahl, J., Nager, A. & Öst, L.G. (2019) Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *International archives of occupational and environmental health*, 92(3), 273-293. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1380-x>
- Folkehelseinstituttet (2020, 17. desember) Livskvalitet og psykisk helse under koronapandemien november–desember 2020. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>
- Folketryktdloven (1997) Lov om folketrygd. (LOV-1997-02-28-19) Hentet fra:
<https://lovdata.no/lov/1997-02-28-19>
- Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser/ Helsedirektoratet (2007) *Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggssmerter - med og uten nevrerotaffeksjon*.
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/fysio-og-ergoterapi/korsryggssmerter-med-og-uten-nerverotaffeksjon?lenkedetaljer=vis>

- Frank, V., Sinclair, S., Hogg-Johnsen, Shannon, H., Bombardier, C., Beton, D. & Cole, D. (1998) Preventing disabilities from work-related low-back pain, New evidence gives new hope—if we can just get all the players onside. *CMAJ: Canadian medical association journal*, 158(12), 1625-31.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1229415/pdf/cmaj_158_12_1625.pdf
- Gichure, C.W. (1998, 10-15.august) *Philosophy of life. Happiness through human action.* Innlegg presentert ved Twentieth world congress of philosophy, Boston, Massachusetts. Hentet fra: <https://www.bu.edu/wcp/Papers/Acti/ActiGich.htm>
- Gjengedal, R.G.H., Lagerveld, S.E., Reme, S.E., Osnes, K., Sandin, K. og Hjemdal, O. (2020) The return-to-work self-efficacy-questionnaire (RTW-SE): A validity study of predictive abilities and cut-off values for patients on sick-leave due to anxiety and depression. *Journal of occupational rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-21-09957-8>
- Gragnano, A., Negrine, A., Miglioretti, M. & Corbière (2018) Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of occupational rehabilitation*, 28, 215-231 <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>
- Gundersen, U.E. & Medalen, H.G. (2019) Langtidspsykefravær. Hva øker sjansen for tilbakeføring til arbeid. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/68727/9--april.pdf?sequence=11&isAllowed=y>
- Hariton, E. & Locascio, J.J. (2018) Randomised controlled trials – the gold standard for effectiveness research: Study design: randomised controlled trials. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(13), 1716.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.15199>
- Harkko, J., Virtanen, M. & Kouvonen, A. (2018) Unemployment and work disability due to common mental disorders among young adults: selection or causation. *European Journal of Public Health*, Volume 28, Issue 5, October 2018 (791-797)
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky024>
- Harvey S.B., Modini M., Joyce S., Milligan-Saville J.S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R.A., Christensen, H. & Mitchell, P.B. (2017) Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health

problems. *Occupational and environmental medicine*; 74(4): 301-310

<https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>

Helsedirektoratet (2015) *Internasjonalt perspektiv på psykiske helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. (Rapport nr. IS-2314) Hentet fra:

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf/_attachment/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-61fff9f8836a:75040e04f7107e9eec48b8d9fada6ad1866dc7a4/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf

Helsedirektoratet (2018) *Helse i arbeid*. God jobbhverdag - tross plager.

https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/en-kort-introduksjon-til-helseiarbeid/En%20kort%20introduksjon%20til%20HelseIArbeid%20-%20Utskriftversjon.pdf/_attachment/inline/5bb189cb-695a-4eeb-8ccc-0b64038a8396:2f7932cf213812a28277a506f11d211a1bffc2d1/En%20kort%20introduksjon%20til%20HelseIArbeid%20-%20Utskriftversjon.pdf

Henderson (2005) Longterm sickness absence. *British medical journal*. 310,

<https://doi.org/10.1136/bmj.330.7498.802>

Henderson, M., Harvey, S.B., Øverland, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. (2011) Work and common psychiatric disorders. *Journal of the royal society of medicine*, 104(5), 198-202. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.100231>

Herrmann, C. (1997) International experiences with the Hospital anxiety and depression scale- A review of validation data and clinical results. *Journal of psychosomatic research*, 42(1), 17-41. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00216-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00216-4)

Ihlebak, C., Eriksen, H.R. & Ursin, H. (2004) SHC-et måleinstrument for subjektive helseplager. *Psykologtidsskriftet* 41(5), 385-387.

<https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2004/05/shc-et-maleinstrument-subjektive-helseplager>

- Ihlebak, C., Eriksen, H.R. & Ursin, H. (2002) Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian journal of public health*, 30, 20-29.
https://www.researchgate.net/publication/11436311_Prevalence_of_subjective_health_complaints_SHC_in_Norway
- Institute of medicine (US) (1997) Committee on assessing rehabilitation science and engineering. Brandt, E.K. Jr. & Pope, A.M. (ed.) Enabling America. Assessing the role of rehabilitation science and engineering. Washington DC: Nature Academy Press (US) 3. Models of disability and rehabilitation. Hentet fra:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233576/>
- Jackson, C. (2014) The Chalder fatigue scale (CFQ11) *Journal of occupational medicine*, 65(1), 86. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu168>
- Jensen, S. (2009) Arbeidslinja – en trussel mot uføre. *Fonteneforskning* 2(2009), 85
<https://fonteneforskning.no/debatt/arbeidslinja--en-trussel-mot-ufore-6.19.265238.0d36f851e5>
- Jensen, C. & Johnsen, R. (2020, 4.desember) Arbeidsrettede tiltak – nyansering nødvendig. Hentet fra: <https://www.oslomet.no/om/kai-kronikk/arbeidsrettede-tiltak-nyansering>
- Larsen, E.L., Jensen, J.M. & Pedersen, K.M.H (2020) Cross-sectorial collaboration in return to work interventions: perspectives from patients, mental health care professionals and case managers in the social insurance sector, *Disability and Rehabilitation*, DOI: [10.1080/09638288.2020.1830310](https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1830310)
- Lagerveld, S.E., Blonk, R.W.B., Brenninkmeijer, & Schaufeli, W.B. (2010) Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work and stress*, 24(4): 359-375, DOI: 10.1080/02678373.2010.5320.532644
- Lagerveld, S.E., Bültmann, U., Franche, R.L., van Dijk, F.J.H, Vlasveld, M.C, van der Feltz-Cornelis, C.M., Bruinvels, D.J., Huijs, J.W.M., Blonk, R.W.B., van der Klink, J.J.L & Nieuwenhuijsen, K (2010) Factors Associated with Work Participation and Work Functioning in Depressed Workers: A Systematic Review. *Journal of occupational rehabilitation*, 20, 275–292, <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9224-x>

- Lagerveld, S. & Houtman, I. (17.september 2020) Return to work after sick leave due to mental health problems. Hentet fra:
https://oshwiki.eu/wiki/Return_to_Work_after_sick_leave_due_to_mental_health_problems
- Lambeek, L.C., Bosmans, J.E., Van Royen, B.J., Van Tulder, M.W., Van Mechelen, W & Anema, J.R. (2010) Effect of integrated care for sick listed patient with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *British medical journal*, 341, DOI:10.1136/bmj.c6414
- Leiknes, K.A., Dalsbø, T.K. & Siqveland, J. (2016) Måleegenskaper ved den norske versjonen av Hospital anxiety and depression scale (HADS). Psykometrisk vurdering. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/maleegenskaper-ved-den-norske-versjonen-pdf.pdf>
- Lepiné, J.P. & Briley, M. (2011) The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 7 (Suppl. 1) 3-7.<https://doi.org/10.2147/NDT.S19617>
- Linnemørken, L.,T., B., Sveinsdottir, V., Knutzen, T., Rødevand, L., Hernæs, K.H. & Reme, S.E. (2018) Protocol for the Individual Placement and support (IPS) in pain trial: A randomized controlled trial investigating the effectiveness of IPS for patients with chronic pain *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19(47), <https://doi.org/10.1186/s12891-018-1962-5>
- Loisel, P., Durand, M.J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R, Gagnon, D., Larivière, C. & Tremblay, C. (1998) Disability prevention. *Disease management and health outcomes*, 9(7), 351-350. [Disability Prevention: New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain | Ovid](#)
- Loisel, P & Durand, M.J. (2005) Applying transdisciplinarity to the complexity of work disability prevention. Hentet pdf WDP-TD Brazil 2005, -PL.doc fra:
cetrans.com/assets/artigoscongresso/Patrick_Loisel.pdf
- Lundin, A. (2008) Kultursjukdomarna – den subjektiva ohälsans olika ansikten. *Läkartidningen*. 44. <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2008/10/kultursjukdomarna-ndash-den-subjektiva-ohalsans-olika-ansikten/>

Løvrvik, C., Øverland, S., Hysing, M., Broadbent, E. & Reme, S. (2013) Associations between illness perceptions and return to work-expectations in workers with common mental health symptoms. *Journal of occupational rehabilitation*. 24, 160-170.

<https://doi.org/10.1007/s10926-013-9439-8>

Løvrvik C, Shaw W, Øverland S & Reme, S.E (2014)

Expectations and illness perceptions as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: secondary analysis from a randomised controlled trial *British Medical Journal, Open* 2014(4):e004321, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004321>

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004321>

Major, E.F., Dalgard, O.S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L.E.

(2011) Bedre føre var.... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>

Markussen, Røed, Røgeberg & Gaure (2011) The anatomy of absenteeism. *Journal of health economy*, 30(2), 277-292. <https://doi.org/10.1016/j.healeco.2010.12.003>

Meneton, P., Kesse-Guyot E., Méjean C. , Fezeu, L., Galan, P., Hercberg, S. & Ménard, J.

(2015) Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals. *International archives of occupational and environmental health* 88(6):707-716

<https://doi.org/10.1007/s00420-014-0997-7>

Mikkelsen, M. & Rosholm, M. (2018) Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick listed workers with common mental disorders, stress-related, somatoform disorders and personality disorders.

Occupational and environmental medicine. 75, 675- 686.

<https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105073>

Miljanovic, M., Sindik, J., Milunovic, V., Skoc, V. I. C. , Bras, M.G. & Dordevic, V. (2017)

Factor structure and cut-off scores of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a croatian sample of adult patients suffering from advanced cancer

- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R.A., Mitchell, P.B. & Harvey, S. (2016) The mental health benefits of employment. Results of a systematic meta-review. *Australian psychiatry* 24(4), 331-336. <https://doi:10.1177/1039856215618523>
- Moret, C. & Briley, M. (2011) The importance of norepinephrine in depression. *Neuropsychiatric disease and treatment* 7(Suppl 1), 9-113. <https://doi.org/10.2147/NDT.S19619>
- Mykletun, A. & Øverland, S. (2006) Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 126, 1491-2. <https://tidsskriftet.no/2006/05/kronikk/mentale-lidelser-undervurderes-som-arsak-til-uforetrygding>
- Mykletun, A. & Øverland, S. (2010) Dør man av vanlige psykiske lidelser? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(8), 756-758. <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2010/08/dor-man-av-vanlige-psykiske-lidelser>
- Nagi, S. (1991) Disability concept revisited: Implications for prevention. In Pope, A.m. & Tarlov, A.R. (Eds.) *Disability in America. Toward a national agenda for prevention.* (pp. 309-327) Washington, DC, National Academy Press. Hentet fra: [ERIC - ED336892 - Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention., 1991](https://eric.ed.gov/?id=ED336892)
- NAV (2019, 1.desember) Gradert sykmelding. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/person/arbeid/sykmeldt-arbeidsavklaringspenger-og-yrkesskade/sykmelding-ulike-former/gradertsykemelding>
- NAV (2020, 30.november) Arkiv – Sykefraværstatistikk per 2.kvartal 2011-2020. Legemeldt sykefravær etter diagnose. 2.kvartal 2016-2020. Hentet fra: [https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar/arkiv-sykefravaersstatistikk-per-2.kvartal-2011-2020\)\)\)](https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar/arkiv-sykefravaersstatistikk-per-2.kvartal-2011-2020))))
- NAV (2020, publ. 2.september/sist endret 25.02.2021) Sykefraværstatistikk. Statistikk for 3. kvartal 2020. Legemeldt sykefravær etter diagnose, 3.kvartal, 2016-2020. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/relatert-informasjon/arkiv-sykefravaersstatistikk-per-3.kvartal-2011-2020>

NAV (2020, 16.oktober) 1 av 3 uføretrygdede har en psykisk lidelse eller adferdsforstyrrelse.

Hentet fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/1-av-3-uforetrygdede-har-en-psykisk-lidelse-eller-atferdsforstyrrelse>

NAV (2021, 19.mars) Arbeidsavklaringspenger (AAP). Hentet fra:

<https://www.nav.no/no/person/arbeid/arbeidsavklaringspenger/arbeidsavklaringspenger-aap#chapter-2>

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H., Neumeyer-Gromen, A, Verhoevern, AC, Bültmann, U. & Faber, B. (2020) Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Databases of systematic Reviews, 2020(10)*. Art.no.: CD006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub4. (Accessed 18.april 2021)

NOU 2004:13 (2004) *En ny arbeids- og velferdsforvaltning. Om samordning av Aetat, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgave. 6. Målene for en organisasjonsreform.*

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-13/id149978/?ch=7>

Nøkleby, H. & Hernes, T. (2017, 14. juni) Effekter av supported employment. *Arbeid og velferd 2*. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/effekter-av-supported-employment>

OECD (2012) Sick on the job? Myths and realities about mental health and work, Mental health and work, OECD Publishing

<https://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>

OECD (2013) Mental Health and Work: Norway, OECD Publishing

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>

OECD (2015) Fit mind, fit job: From evidence to practice in mental health and work.

<https://doi.org/10.1787/9789264228283>

OECD (u.å) *Where: Global reach*. Hentet 2021, 4. februar fra:

<https://oecd.org/about/members-and-partners>

OECD (u.å) *Discover the OECD. Better policies for better lives*. Hentet 2021, 4.februar fra:

REK, Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2021)

Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Hentet fra:

<https://rekportalen.no/#/omrek>

- Pallant, J.(2013) *SPSS Survival manual. A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*, 5th. Edition) Maidenhead: McGraw-Hill
- Petrie, K. J., Cameron, L. D. , Ellis, C. J. , Buick, D. & Weinman, J. (2002). Changing Illness Perceptions After Myocardial Infarction: An Early Intervention Randomized Controlled Trial. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 580-586. [Changing Illness Perceptions After Myocardial Infarction: An Early Intervention Randomized Controlled Trial | Ovid](#)
- Rajalingam, D., Nymoene, I., Jacobsen, D.P., Eriksen, M.B., Dissen, E. Nielsen, M.B., Einarsen, S.V. & Gjerstad, J. (2020) Repeated social defeat promotes persistent inflammatory changes in splenic myeloid cells; decreased expression of β -arrestin-2 (ARRB2) and increased expression of interleukin-6 (IL-6)*BMC Neuroscience*, 21(25). <https://doi.org/10.1186/s12868-020-00574-4>
- Reneflot, A., Aarø. L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018) *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Reme, S. (2020) Common Mental Disorders and Work. I: Bültmann,U., Siegrist, J. (ed.) *Handbook of Disability, Work and Health. Handbook Series in Occupational Health Sciences*, vol 1. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-75381-2_26-1
- 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. *Occup Environ Med*, Published online first: August 6, 2015 doi:10/1136/oemed-2014-102700
- Reme, S.E., Øverland, S.N., Grasdahl, A.L., Ludvigsen, K., Løvrvik, C. & Lie, S.A (2013) Effektevaluering av senter for jobbmestring. Sluttrapport. Uni Helse og Uni Rokkansenteret, Uni Research <http://bora.uib.no/handle/1956/7982>
- Roelfs, D., Shor, E., Davidson, K.W. & Schwartz, J.E.. (2011) Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Social science and medicine*. 72(6), 840-854. <https://doi.org/10.1016/j.socimed.2011.01005>

- Sanderson, K. & Andrews, G. (2006) Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *The Canadian journal of psychiatry*. 5(12), 63-75. <https://doi.org/10.1177/070674370605100202>
- Schönfeld, P, Brailovskaia, J, Bieda, J., Zhang, X.C. & Margraf, J. (2016) The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International journal of clinic and health psychology*. 16(1): 1-10, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30487845/>
- Shaw, W.S, Reme, S.E., Linton, S.J., Huang, Y.H. & Pransky, G. (2011) 3(rd)place, PREMUS best paper competition: development of the return to work self-efficacy (RWTSE-19)questionnaire – psychometric properties and predictive validity *Scandinavian journal of work, environment and health*. 37(2):109-19. <https://doi.org/10.5271.sjweh.3139>
- Schuring, M, Robroek, S.J.W. & Burdok, A. (2017). The benefits of paid employment among persons with common mental health problems: evidenc for the selection and causation mechanism. *Scandinavian journal of mental health* 43(6): 540-549, <https://doi.org:10/5271.sjweh.3675>
- Solomon, A., Haaga, D.A. & Arnow, B.A.(2001) Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of the continuity issue in depression research. *The journal of nervous and mental disease*, 189(8): 498-506 <https://doi.org/10.1097/00005053-200108000-00002>
- Sonntag, M., Konnopka, A., Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel. M.E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., Joraschky, P., Nolting, B., Pöhlman, K., Strangier, U., Strauss, B., Willutzki, U., Wiltink, J., Leibing, E & König, H-H. (2013) Reliability, validity and responsiveness of the EQ-5D in assessing and valuing health states in patients patients with social phobia. *Health and quality of life outcomes*, 11, 215 <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-215>
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Gradientutfordringen. Sosial-og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. 1/2005. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf/> /attachment/inline/8ea989b7-b958-477b-8cf4-

[6835ad07aa2a:88c350934287c7f6f234427989f7baa129f29f04/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf](https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/does-depression-hurt/)

Stahl, S.M. (2002) Does depression hurt? *Journal of clinical psychiatry*, 63(4): 273-274.

<https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/does-depression-hurt/>

Statens arbeidsmiljøinstitutt (2021, 1. desember) Ny doktorgrad: Mobbing i arbeidslivet kan gi alvorlige helseplager. <https://stami.no/ny-doktorgrad-mobbing-i-arbeidslivet-kan-gi-alvorlige-helseplager/>

Stavern, K., Augestad, L.A., Kristiansen, I.S. & Rand, K. (2018) General population norms for the EQ-5D in Norway: comparison of postal and web survey, *Health and quality of life outcomes*, 16, 204. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1029-1>

Stewart, W.F., Ricci, J.A., Chee, E., Hahn, S.R. & Morganstein, D. (2003) Cost of lost productive work time among us workers with depression. *JAMA*. 289(23): 3135-3144, <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3135>

Støren, K.S., Rønning, E & Gram, K.H. (2020) *Livskvalitet i Norge -2020*.(Rapport 2020/35) Hentet fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/livskvalitet-i-norge-2020>

The Euroqol group (1990) EuroQol –a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy*, 16: 199-208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)

van der Noordt, M., Ijzelenberg, W. , Droomers, M. & Proper, K. (2014) Health effects of employment. A systematic review of prospective studies .*Occupational and environmental medicine*, 71(10). <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>

Virtanen, P.(2014) The health effects of employment. *Occupational and environmental medicine* 71(10). <http://www.jstor.org/stable/43869943>

Waddell, G. & Burton, K (2006) *Is work good for your health and well-being?*

Hentet fra: <https://cardinal-management.co.uk/wp-content/uploads/2016/04/Burton-Waddell-is-work-good-for-you.pdf>

Weerdestein, K.H.N, Schaafsma, F., Bonefaas-Groenewoud, K, Heymans, M, Van der Beek, A. & Anema, J. (2020). Predicting return to work after long-term sickness absence

with subjective health complaints: a prospective cohort study. *BMJ Public health* 20, 1095. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09203-5>

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 67(6), 361-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>