

Langtidspsykefravær

Hva øker sjansen for tilbakeføring til arbeid?

Av Une Elise Gundersen og Hilde Glasø Medalen



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2019

Langtidspsykefravær

Hva øker sjansen for tilbakeføring til arbeid?

Une Elise Gundersen og Hilde Glasø Medalen

© Une Elise Gundersen og Hilde Glasø Medalen

2019

Langtidspsykefravær - hva øker sjansen for tilbakeføring til arbeid?

Une Elise Gundersen og Hilde Glasø Medalen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Denne hovedoppgaven har blitt utformet som en del av profesjonsutdanningen i psykologi ved Universitetet i Oslo. Oppgaven “Langtidssykefravær - hva øker sjansen for tilbakeføring til arbeid?” er skrevet av Une Elise Gundersen og Hilde Glasø Medalen. Veileder på oppgaven var Silje Endresen Reme.

Bakgrunn og mål: Langtidssykefravær er belastende for både individ og samfunn, og psykiske lidelser er en av hovedårsakene til sykefravær og uførepensjon. Et arbeidsrehabiliteringstiltak for personer med angst og depresjon, kalt Senter for jobbmestring, førte til økt sysselsetting blant langtidssykemeldte sammenlignet med standard oppfølging. Oppgaven tar utgangspunkt i datamateriale fra effektstudien av Senter for jobbmestring. Siktemålet var å undersøke om psykologiske faktorer, som i tidligere forskning er funnet å være viktige for tilbakeføring til arbeid, var avgjørende for økt arbeidsdeltakelse blant langtidssykemeldte. I tillegg var et mål å kartlegge hva som kjennetegnet de langtidssykemeldte på sosiodemografiske variabler, varighet av psykiske plager og prediktorer sammenlignet med ikke-langtidssykemeldte i samme studie.

Datamaterialets opphav og metode: “*Effektevaluering av Senter for jobbmestring*” var en randomisert kontrollert multisenterstudie hvor 1193 personer deltok. Blant disse var 373 personer i risiko for full sykemelding, 463 personer i full sykemelding og 259 personer på langtidsytelser (arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd). Personer som mottok langtidsytelser vil videre bli omtalt som *langtidssykemeldte*, mens subgruppen vil bli kalt *langtidsytelser*. Denne oppgavens forskningsspørsmål ble undersøkt med logistisk regresjonsanalyse stratifisert på intervensjon- og kontrollgruppe i subgruppen på langtidsytelser. Forskjeller mellom subgruppene ble undersøkt ved bruk av deskriptiv statistikk og variansanalyser.

Resultater: Mellomgruppe-sammenligninger viste at langtidssykemeldte hadde signifikant lengre varighet av psykiske plager og lavere utdanningsnivå enn de andre subgruppene. Samtidig anså de arbeid som mer gunstig for psykisk helse enn de sykemeldte. I logistisk regresjonsanalyse var det to signifikante prediktorer i justerte modeller. Blant langtidssykemeldte predikerte høyere *forventning om jobbmulighet* økt arbeidsdeltakelse i intervensjonsgruppen. Videre så høy *jobbrelatert mestringstro* ut til å redusere sannsynligheten for økt arbeidsdeltakelse i kontrollgruppen. De resterende faktorene generell

mestringstro, sykdomsforståelse, oppfattet effekt av arbeid på psykiske plager, psykisk og fysisk symptomtrykk, samt sosiodemografiske variabler, predikerte ikke økt arbeidsdeltakelse.

Konklusjon: Langtidssykemeldte skilte seg fra resten av utvalget på flere variabler. To viktige funn var at de hadde lavere utdanningsnivå og lengre varighet av plager. Resultatene angående prediksjon av økt arbeidsdeltakelse, var delvis i tråd med våre hypoteser. Høyere forventning om jobbmulighet predikerte økt arbeidsdeltakelse i intervensjonsgruppen blant langtidssykemeldte. At lave forventninger reduserte sjansen for økt arbeidsdeltakelse, var i tråd med hypotesen og annen forskning. Det var et overraskende funn at høy jobbrelatert mestringstro reduserte sjansen for økt arbeidsdeltakelse i kontrollgruppen, og funnet bør tolkes med forsiktighet. Videre tydet resultatene på at symptomtrykk ikke var avgjørende for tilbakeføring til arbeid. Dette har implikasjoner for klinisk praksis og samarbeid mellom hjelpeinstanser for individ som har falt utenfor arbeidslivet grunnet angst og depresjon. Samlet sett antyder resultatene at tilbakeføring til arbeid er en kompleks prosess, da få individuelle faktorer forklarte økt arbeidsdeltakelse. Sparsomme funn kan også vise til viktigheten av å undersøke kontekstuelle faktorer i videre forskning.

Forord

Vi er takknemlige for å ha fått muligheten til å jobbe med datamaterialet fra effektstudien av Senter for jobbmestring. Det har gitt oss ny innsikt i langtidssykefravær på både individ- og samfunnsnivå. Tusen takk til vår dyktige veileder Silje Endresen Reme, som har svart på mail døgnet rundt, mandag til søndag. Vi er takknemlige for konkrete og kloke tilbakemeldinger som har gitt oss tydelig retning. Og takk til pappa Inge som leste korrektur og hjalp oss å se der vi var blinde.

Proessen med oppgaven har vært både lærerik og forvirrende, morsom og fortvilende, spennende og seig, men mest av alt interessant og faglig utviklende. Samarbeidet har gått over all forventning og vi går ut av dette prosjektet og studie som bedre venner enn noen gang. Vi kommer se tilbake på dette prosjektet som et høydepunkt fra studietiden.

Oslo, april 2019

Une Elise Gundersen og Hilde Glasø Medalen

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Psykiske lidelser og arbeidsdeltakelse: hva vet vi? | 1 |
| 1.1 | Psykiske lidelser: forekomst og konsekvenser for individ og samfunn | 1 |
| 1.2 | Å jobbe har helsefremmende effekter | 3 |
| 1.3 | Behov for mer kunnskap om arbeidsrehabilitering | 4 |
| 1.4 | Senter for jobbmestring: et tiltak med effekt | 6 |
| 1.5 | Langtidssykemeldte: en viktig gruppe man vet for lite om | 7 |
| 2 | Problemstilling, teori og empiri | 8 |
| 2.1 | Teori om planlagt atferd | 9 |
| 2.2 | Sosial kognitiv teori og mestringstro | 10 |
| 2.3 | Jobbrelatert mestringstro og generell mestringstro | 11 |
| 2.4 | Sykdomsforståelse og oppfatning om arbeids effekt på psykisk helse | 13 |
| 2.5 | Forventning om jobbmulighet | 15 |
| 2.6 | Helseseleksjons-effekt: betydningen av symptomtrykk | 17 |
| 2.7 | Oppsummerende kommentar: teori, empiri og problemstilling | 18 |
| 3 | Metode | 19 |
| 3.1 | Datamaterialets opphav | 19 |
| 3.1.1 | Studiens prosedyre | 19 |
| 3.1.2 | Intervensjoner | 20 |
| 3.1.3 | Etiske vurderinger | 21 |
| 3.2 | Analysen av datamateriale | 21 |
| 3.2.1 | Spørreskjema: variabler og måleintrument | 21 |
| 3.2.2 | Prediktorer | 21 |
| 3.2.3 | Data fra registre: arbeidsstatus og utfallsmål | 24 |
| 3.2.4 | Statistiske metoder | 25 |
| 4 | Resultater | 26 |
| 4.1 | Demografiske og kliniske karakteristikk i utvalget | 26 |
| 4.2 | Mellomgruppe-sammenligninger | 27 |
| 4.3 | Korrelasjonsanalyse av prediktorer | 31 |
| 4.4 | Prediktorer for økt arbeidsdeltakelse hos personer med langtidsytelser | 33 |
| 4.4.1 | Enkle regresjonsanalyser | 33 |
| 4.4.2 | Justert logistisk regresjonsmodell | 35 |

| | | |
|----------|--|----|
| 5 | Diskusjon | 36 |
| 5.1 | Hovedfunn | 36 |
| 5.2 | Kjennetegn ved langtidssykemeldte | 37 |
| 5.2.1 | Varighet av plager og utdanningsnivå..... | 37 |
| 5.2.2 | Generell og jobbrelatert mestringstro..... | 37 |
| 5.2.3 | Forventning om jobbmulighet..... | 39 |
| 5.2.4 | Sykdomsforståelse..... | 40 |
| 5.2.5 | Oppfatning om arbeids effekt på psykisk helse | 41 |
| 5.3 | Prediktorer for økt arbeidsdeltakelse hos langtidssykemeldte | 42 |
| 5.3.1 | Subjektive helseplager: signifikant prediktor i ujustert modell | 42 |
| 5.3.2 | Jobbrelatert mestringstro: en uventet observasjon | 42 |
| 5.3.3 | Forventning om jobbmulighet..... | 43 |
| 5.4 | Faktorer som ikke forklarte økt arbeidsdeltakelse..... | 44 |
| 5.4.1 | Sosiodemografiske variabler og varighet av psykiske plager | 44 |
| 5.4.2 | Generell mestringstro | 44 |
| 5.4.3 | Helseseleksjons-effekt..... | 45 |
| 5.4.4 | Sykdomsforståelse og oppfattet effekt av arbeid på psykisk helse | 46 |
| 5.5 | Andre viktige forhold for tilbakeføring til arbeid..... | 46 |
| 5.6 | Styrker og begrensninger..... | 48 |
| 6 | Implikasjoner | 50 |
| 6.1 | Implikasjoner for samfunn og arbeidspolitikk..... | 50 |
| 6.2 | Implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning..... | 50 |
| 7 | Konklusjon | 52 |
| 8 | Litteraturliste | 53 |
| | Vedlegg | 63 |

1 Psykiske lidelser og arbeidsdeltakelse: hva vet vi?

1.1 Psykiske lidelser: forekomst og konsekvenser for individ og samfunn

Epidemiologisk forskning har estimert at 50 % av befolkningen i Norge vil oppfylle diagnosekriteriene for en psykisk lidelse i løpet av livet (Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001). De psykiske lidelsene som forekommer hyppigst er angstlidelser og depresjon (Kessler et al., 2005a). Disse omtales derfor som *common mental health disorders* i forskningslitteraturen, her oversatt til *vanlige psykiske lidelser*. Angst og depresjon kan gi en rekke symptomer som påvirker emosjonell, kognitiv og sosial funksjon (World Health Organization, 1992). Slike lidelser kan derfor virke negativt inn på folks hverdagsfunksjon, for eksempel på områder som jobb og familieliv. Verdens helseorganisasjon har estimert gjennom Global Burden of Disease-studien at depresjon innen 2020 vil være den lidelsen som bidrar mest til å redusere antall "friske" leveår i den vestlige verden (Murray & Lopez, 1997).

Sykefravær er en økonomisk belastning for både individet og samfunnet. For de aller fleste er arbeid den viktigste kilden til økonomiske ressurser, og det er en sentral faktor i sosioøkonomisk posisjon som henger sammen med helse (Elstad, 2005). Sykefravær fører til ekstra kostnader for arbeidsgivere, og rammer Norges økonomi ved at færre er yrkesaktive, som fører til at produktiviteten reduseres. Myndighetene er derfor opptatt av å forebygge sykefravær og antall personer som blir uføretrygdet (Lau, Dye, & Aarseth, 2018). Til tross for fokus på forebygging av sykefravær i norsk politikk har Norge den høyeste forekomsten av sykefravær i OECD-landene (OECD, 2003).

Psykiske lidelser er en av hovedårsakene til sykefravær og uførepensjon (Henderson, Harvey, Øverland, Mykletun, & Hotopf, 2011). Den dominerende årsaken er skjelett- og muskelplager (Brage, Ihlebæk, Natvig, & Bruusgaard, 2007), og sammen utgjør de nesten to tredjedeler av årsakene til uføretrygd (NAV, 2019). I arbeids- og velferdsdirektoratets rapport (NAV, 2019), angis psykiske lidelser som årsak i 20 % av sykemeldingene i Norge, hvorav 10,6 % av disse tilfellene gjelder vanlige psykiske lidelser. Disse tallene er trolig lavere enn den reelle andelen, da det er funnet at psykiske lidelser ofte underrapporteres som grunn til sykefravær (Thompson et al., 2000). Videre viser undersøkelser at trygdeytelser som utbetales med

muskel-skjelettplager som årsak har holdt seg stabilt de siste årene (Ihlebaek, Brage, & Eriksen, 2006; Kamaleri, Natvig, Ihlebaek, Benth, & Bruusgaard, 2009), mens trygdeytelser som utbetales grunnet psykiske lidelser har økt de siste årene (Mykletun et al., 2010). Dette til tross for at prevalensen av vanlige psykiske lidelser ikke ser ut til å ha økt (Kessler et al., 2005b; Wittchen et al., 2011). Psykiske lidelser er dermed et økende problem som har fått et større fokus i arbeidspolitikk (OECD, 2003). Et eksempel på norsk politisk strategi for reduksjon i sykefravær er aktiverings- og nærværreformen (Mykletun et al., 2010).

Det å ikke havne utenfor arbeidslivet kan være ekstra betydningsfullt for personer som er rammet av vanlige psykiske lidelser. Ved vanlige psykiske lidelser kan frykt og unngåelsesatferd være fremtredende, og en lett tilgang på sykefravær og uføretrygd kan bygge opp under disse tendensene og gjøre det vanskeligere for de berørte å komme tilbake i arbeid (OECD, 2003). Mestringsstrategier som involverer unnvikelse og katastrofetenkning kan derfor både påvirke avgjørelsen om å forlate jobben og spille en rolle i beslutningen om å returnere til arbeid (Henderson et al., 2011). Individene som sykemeldes grunnet vanlige psykiske lidelser blir ofte lenge borte fra jobb (NAV, 2019) og sykefraværet er oftere mer langvarig sammenlignet med sykefravær grunnet fysiske helseplager (Hensing & Spak, 1998). Forskningsfunn viser at sjansen for uførhet og permanent uteblivelse fra arbeidslivet økes ved en langvarig sykemelding (Blank, Peters, Pickvance, Wilford, & MacDonald, 2008; Waddell, Burton, & Aylward, 2007). Det er vist at omtrent 50 % av dem som er langtidssykemeldte grunnet vanlige psykiske lidelser ikke kommer seg tilbake til arbeidslivet (Blank et al., 2008).

I de siste ti årene har antallet unge voksne i alderen 18-29 år som mottar uføretrygd i Norge mer enn doblet seg (NAV, 2018). Det er derfor et særlig fokus på forebygging av sykefravær i denne aldersgruppen. Hovedårsakene til tapte arbeidsår hos unge voksne i høyinntektsland er psykiske lidelser og atferdslidelser (Gore et al., 2011), som også er hovedgrunnene for tidlig uføretrygd i Norge (NAV, 2018). Psykiske lidelser debutterer ofte i ung alder sammenlignet med andre helseutfordringer som muskel-skjelettplager og kreft, og er derfor et større problem for unge yrkesaktive (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009).

Langtidssykefravær står for en liten andel av alt sykefravær, men utgjør en tredjedel av sykefraværsutbetalingene i OECD-landene (OECD, 2003). Og i Norge står 20 % av arbeidstakerne for 80 % av fraværet. Dette betyr at det benyttes mye tid og ressurser på å behandle et mindre antall sykefraværssaker (Lau, Dye & Aarseth, 2018). Finansdepartementet (2010) har beregnet at utbetalinger til uførepensjon alene i 2011 var over 56 milliarder kroner.

Fra 1992 til 2003 skjedde det en økning i andelen nye uførepensjoner grunnet psykiske lidelser fra 18,2 % til 24,4 % (Mykletun et al., 2009). Videre fant Mykletun et al. at de som ble uføretrygdet grunnet psykiske lidelser, ble det i gjennomsnitt ni år tidligere enn de som ble uføretrygdet med somatiske sykdommer som hovedårsak. Dette kan man se i sammenheng med at psykiske lidelser ofte debutterer tidligere enn somatiske plager.

Siden uføretrygd grunnet psykiske lidelser ofte innvilges mye tidligere enn for andre lidelser, er denne gruppen mennesker særlig ressurskrevende fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Samfunnsperspektivet var en av grunnene til at vi ønsket å se nærmere på langtidssykemeldte, men det primære hensynet var likevel individet. Arbeidsdeltakelse er funnet å være positivt for helse og andre aspekter av menneskers liv, og det å stå utenfor arbeidslivet over lengre tid kan på mange måter være negativt for den enkelte (Waddell & Burton, 2006).

1.2 Å jobbe har helsefremmende effekter

Det er flere studier som viser at deltakelse i arbeid er en viktig faktor i behandlingen av vanlige psykiske lidelser (Waddell & Burton, 2006). I følge oversiktsartikkelen til Waddell og Burton (2006) finnes det sosiale, økonomiske og moralske argumenter for at arbeid er den mest effektive måten å forbedre tilfredshet hos individet og deres familier. Videre kan det ha positive helseeffekter å være yrkesaktiv. Det er observert en større helseforskjell mellom personer som mottar uføretrygd og jobber (Øverland, Glozier, Mæland, Aarø, & Mykletun, 2006), sammenlignet med personer i ulike yrkesgrupper (Sanne, Mykletun, Dahl, Moen, & Tell, 2003). Å delta i arbeidslivet styrker personlig økonomi, bidrar til struktur i hverdagen og en identitetsfølelse, og kan gi følelsen av å være delaktig i samfunnet, samt et sosialt felleskap. Dette gjør at arbeid kan ha en terapeutisk effekt og være et viktig ledd i en tilfriskningsprosess (Waddell & Burton, 2006). Videre er arbeidsdeltakelse knyttet til en lavere prevalens av depresjon og lavere forekomst av selvmord (Boardman, Grimbaldeston, Handley, Jones, & Willmott, 1999; Claussen, Bjørndal, & Hjort, 1993). Motsatt viser det seg at arbeidsledighet er forbundet med en dårligere somatisk og psykisk helse (Waddell & Burton, 2006). Dette ser imidlertid ut til å være reversibelt (Ginexi, Howe, & Caplan, 2000). Det å komme tilbake i arbeid ser ut til å kunne styrke selvtillit og bedre generell og psykisk helse. Waddell og Burton (2006) mener det er viktig å få frem de positive sidene ved å jobbe i debatten rundt sykefravær.

Selv om nevnte forskning tyder på at økt arbeidsdeltakelse bør være et fokusområde for individ og hjelpeapparat, er det viktig å ikke overse hvordan arbeidsforhold kan øke risikoen for psykiske plager. En metaanalyse av Harvey et al. (2017) identifiserte flere arbeidsrelaterte faktorer som var assosiert med en større risiko for utvikling av angst og depresjon. Risikofaktorene var blant annet stor belastning og høyt tidspress, lav kontroll i form av lav grad av selvstyring, midlertidige ansettelse og stor ubalanse mellom innsats og belønning. For sykemeldte som rapporterer om dårlige arbeidsmessige forhold, ser det ut til at man bør fokusere på tilpasninger på arbeidssstedet fremfor å forbedre den psykologiske faktoren mestringstro (Nieuwenhuijsen, Noordik, van Dijk, & van der Klink, 2013). Det ser også ut til at psykososiale faktorer, som mobbing på arbeidssstedet og lav sosial støtte, spiller en sentral rolle i sykefravær (Asfaw, Chang, & Ray, 2014; Niedhammer, Sultan-Taïeb, Chastang, Vermeulen, & Parent-Thirion, 2014). Sammenlagt indikerer disse funnene at forhold ved arbeidssstedet kan være sentrale faktorer og at disse bør vurderes i sykefraværssaker.

1.3 Behov for mer kunnskap om arbeidsrehabilitering

Returnering til arbeid er det ønskede utfallet for de fleste episoder med sykefravær. Personlige, sosiale og økonomiske faktorer påvirker individet til å ta en avgjørelse om å returnere til arbeid (Franche & Krause, 2002; Labriola et al., 2007). I følge ulike atferdsmodeller påvirkes endring av atferd av en rekke faktorer som holdninger, subjektive normer, mestringsstrategier og mestringstro (Franche & Krause, 2002). Disse faktorene er funnet viktige for tilbakeføring til arbeid.

For å få sykemeldte tilbake i jobb, er det viktig med god sykefraværsoppfølging (Lau et al., 2018). Fraværssaker med vanlige psykiske lidelser som hovedgrunn er dynamiske og komplekse. Det er viktig å generere mer kunnskap om hvilke faktorer som kan belyse dette området bedre. For å få et bedre bilde av disse plagene og hvordan de interagerer med jobb, bør de forstås gjennom en biopsykososial tilnærming (Waddel og Burton, 2006). En slik tilnærming inkluderer personen, deres helseproblem og psykososiale faktorer.

Oversiktsartikkelen av Dekkers-Sánchez, Hoving, Sluiter og Frings-Dresen (2008) konkluderte med at det finnes svært lite forskning på opprettholdende faktorer hos langtidssykemeldte. Henderson et al. (2011) mener at identifisering av slike faktorer er nødvendig for å kunne utvikle intervensjoner rettet mot å få denne gruppen tilbake i arbeid.

Det er økende interesse for det komplekse forholdet mellom jobb og psykiske lidelser (Henderson et al, 2011). I litteraturen om sykefravær er det identifisert flere individuelle faktorer som kan hindre retur til arbeid hos mennesker med vanlige psykiske lidelser (Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk, & van Dijk, 2006). Sosiodemografiske variabler som lavere utdanningsnivå (Mascherini, Salvatore, Meierkord, & Jungblut, 2012), høyere alder og det å være kvinne rapporteres som stabile prediktorer for ikke retur til arbeid (Cornelius, Van der Klink, Groothoff, & Brouwer, 2011; Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer & Schaufeli, 2010). På tvers av ulike tilstander, inkludert vanlige psykiske lidelser, ser høyere sosioøkonomisk status ut til å ha en sammenheng med raskere retur til arbeid (Gragnano, Negrini, Miglioretti, & Corbiere, 2018). Selv om demografiske variabler ser ut til å spille en betydningsfull rolle i retur til arbeid-prosessen, har disse fått mindre oppmerksomhet i forskningen. Videre kan kontekstuelle faktorer som helsetjenester (Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, Wijngaards-de Meij, & Schaufeli, 2012; Reme, Grasdahl, Løvvik, Lie, & Øverland, 2015) og forhold ved arbeidsstedet spille en stor rolle i tilbakeføring til arbeid (Harvey et al., 2017; Lau et al., 2018).

I de siste årene har forskning på psykologiske faktorer knyttet til retur til arbeid ved vanlige psykiske lidelser avdekket flere interessante funn. Sykefravær som har sitt opphav i angst eller depresjon, skyldes ikke utelukkende psykiske symptomer (Henderson et al., 2011). Det er funnet at det er relativt liten assosiasjon mellom det rapporterte nivået av psykiske symptomer og retur til arbeid (Ejebj et al., 2014). I en studie viste faktorene forventning om retur og sykdomsforståelse bedre prediksjonsverdi for arbeidsdeltakelse enn symptomtrykk (Løvvik, Shaw, Øverland, & Reme, 2014). Slik kunnskap belyser at det ikke kun er symptomreduksjon som bør fokuseres på for å få folk tilbake i arbeid. Det kan likevel ikke utelukkes at en helseseleksjons-effekt spiller en rolle for hvem med psykiske lidelser som returnerer til arbeid. Teorien om helseseleksjons-effekten antar at helse er en nødvendig forutsetning for arbeid (Rueda et al., 2012). Det er ikke uvanlig at psykiske lidelser er komorbide med fysisk sykdom (Miorelli & Abe, 2016), og dårligere helse er heller ikke assosiert med lavere sannsynlighet for returnering til arbeid (Rueda et al., 2012).

Løvvik, Øverland, Hysing, Broadbent & Reme (2013) fant at den hyppigste selv-rapporterte årsaken til psykiske plager var jobbrelatert, men de fant ikke en signifikant assosiasjon mellom jobb som kausal attribusjon og forventning om retur til arbeid. Dette betyr at det ikke var en sterk sammenheng mellom det å tilskrive psykiske plager til arbeid og forventninger

om retur til arbeid. Løvvik et al. (2013) påpekte behovet for mer nyanserte analyser om hvilken betydning attribusjon har for jobbrelaterte utfall hos personer med vanlige psykiske lidelser. Nylige studier som har sett på tilbakeføring til arbeid etter sykefravær grunnet vanlige psykiske lidelser har vist at mer spesifikk mestringstro knyttet til håndtering av arbeidsforhold er en sterkere prediktor enn forventning om returnering (Lagerveld, Brenninkmeijer, Blonk, Twisk, & Schaufeli, 2017; Nieuwenhuijsen et al., 2013; Volker, Zijlstra-Vlasveld, Brouwers, Van Lomwel, & Van der Feltz-Cornelis, 2015).

På bakgrunn av nevnte forskning ønsker vi i vår oppgave å undersøke betydningen av de sentrale psykologiske faktorene *jobbrelatert mestringstro*, *oppfattet årsakssammenheng mellom psykiske plager og jobb*, *sykdomsforståelse*, *forventninger knyttet til returnering til arbeid*, og *helseplager* hos langtidssykemeldte med vanlige psykiske lidelser. Disse faktorene er dynamiske og modifiserbare, noe som gjør at intervensjoner kan rettes mot disse om de blir funnet betydningsfulle for retur til arbeid-prosessen.

1.4 Senter for jobbmestring: et tiltak med effekt

Senter for jobbmestring er et arbeidsrehabiliteringstiltak for personer med subterskel, milde og moderate nivå av angst og depresjon. NAV-tiltaket ble på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet evaluert med en randomisert kontrollert multisenterstudie. Studien "Effektevaluering av Senter for jobbmestring" startet i 2010 og ble finansiert gjennom Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007 - 2012). Et av hovedmålene var å evaluere om intervensjonene gitt gjennom tiltaket resulterte i høyere arbeidsdeltakelse i forhold til standard oppfølging gjennom NAV eller fastlegen (Reme et al., 2013). Et annet hovedmål var å undersøke tiltakets effekt på psykisk helse og livskvalitet. Det var 1193 personer som deltok i studien og halvparten ble randomisert til Senter for jobbmestring og mottok arbeidsfokuseret terapi kombinert med individuell jobbstøtte. Av personene som ble inkludert var 32 % i jobb, men i fare for å bli sykmeldt, 39 % var fullt sykemeldt og 27 % hadde vært ute av jobb i mer enn ett år da de ble inkludert i studien. Sistnevnte subgruppe mottok trygdeytelsene arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, og gruppen kalles derfor videre *langtidssykelte*. Personene i gruppen vil omtales som *langtidssykemeldte*.

Det var signifikant effekt av oppfølgingen gitt av Senter for jobbmestring hos alle subgruppene, men effekten var størst blant de langtidssykemeldte. Her kom 24 % av deltakerne i intervensjonsgruppen seg tilbake i jobb, sammenlignet med 12 % i

kontrollgruppen. Denne effektforskjellen så også ut til å øke over tid. Etter 18 måneder var 30 % av deltakerne i intervensjonsgruppen i jobb sammenlignet med 11 % i kontrollgruppen (Reme et al., 2013). Siden det er lavere sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid desto lengre man har vært sykemeldt (Waddel og Burton, 2006), er disse funnene svært oppløftende. Den samfunnsøkonomiske analysen av Senter for jobbmestring viste at tiltaket var svært lønnsomt hva angikk langtidssykemeldte (Reme et al., 2013). Videre viste oppfølgingsstudien etter fire år at de langtidssykemeldte også hadde størst langtidseffekt sammenlignet med resten av utvalget (Øverland, Grasdahl, & Reme, 2018). I denne oppgaven brukes datamaterialet fra “Effektevaluering av Senter for jobbmestring” for å se nærmere på denne subgruppen, noe ingen andre har gjort frem til nå.

1.5 Langtidssykemeldte: en viktig gruppe man vet for lite om

Langtidssykemeldte utgjør en liten andel av sykefraværet i Norge, men står for store deler av fraværskostnadene (OECD, 2003). Kun 50 % av de som er uføretrygdet grunnet vanlige psykiske lidelser kommer seg tilbake i arbeid (Blank et al., 2008). Selv om forskningen på betydningsfulle variabler for retur til arbeid har fått økt fokus og anerkjennelse de siste årene (Løvvik et al., 2014), mangler feltet fortsatt kunnskap om hvilke faktorer som bidrar i retur til arbeid-prosessen hos langtidssykemeldte. Tidligere studier av datamaterialet fra “Effektevalueringen av Senter for jobbmestring” undersøkte faktorer som predikerte trygdeytelser etter seks måneder. Resultatene viste at faktorer som var avgjørende for arbeidsdeltakelse i andre subgrupper, ikke predikerte trygdeytelser blant langtidssykmeldte (Løvvik et al., 2014). Vi ønsket derfor å se nærmere på denne subgruppen og ville undersøke prediktorer for retur til arbeid etter tolv måneder. Siktemålet med oppgaven er bidra til kunnskapsgenerering om personer som har falt ut av arbeidslivet på grunn av angst og depresjon og hva som hjelper dem tilbake.

2 Problemstilling, teori og empiri

I denne oppgaven tok vi utgangspunkt i datamaterialet fra studien “Effektevaluering av Senter for jobbmestring” og ville undersøke:

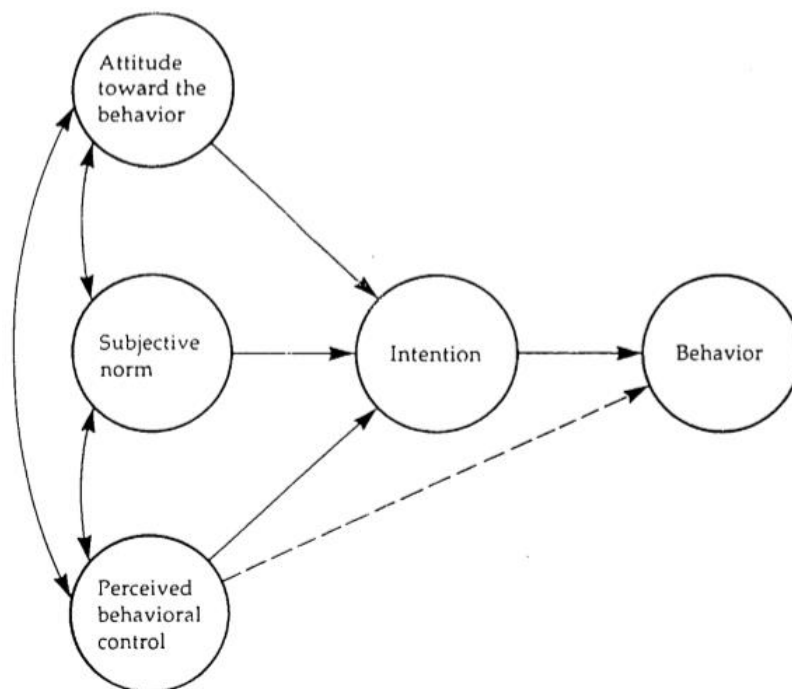
- a) Hva som kjennetegnet langtidssykemeldte sammenlignet med resten av utvalget på sosiodemografiske variabler, varighet av psykiske plager og prediktorer.
- b) Om faktorer som i tidligere forskning er vist å være sentrale for retur til arbeid, var avgjørende for økt arbeidsdeltakelse hos langtidssykemeldte ved 12 måneders oppfølging, og om faktorene hadde lik betydning i intervensjon- og kontrollgruppe.

Vi ville undersøke hvorvidt følgende faktorer predikerte økt arbeidsdeltakelse:

- 1) Generell og jobbrelatert mestringstro: Er tro på å kunne påvirke egen arbeidssituasjon en avgjørende faktor for retur til arbeid hos langtidssykemeldte? Hypotesen var at personer med høyere jobbrelatert mestringstro i større grad ville oppnå økt arbeidsdeltakelse, og at jobbrelatert mestringstro var en sterkere prediktor enn generell mestringstro.
- 2) Oppfattet sammenheng mellom jobb og psykiske plager: Vil oppfatning om arbeids effekt på psykisk helse predikere retur til arbeid? Hypotesen var at de som ikke trodde arbeid hadde negativ effekt på psykisk helse hadde bedre sjanse for økt arbeidsdeltakelse.
- 3) Sykdomsforståelse: Vil ulike oppfatninger om sykdom predikere retur til arbeid? Vår hypotese var at sykdomsforståelse ikke ville predikere økt arbeidsdeltakelse.
- 4) Forventning om jobbmulighet etter endt behandling: Vil forventning om å få jobb og tro på å kunne nyttiggjøre seg av behandling predikere retur til arbeid? Hypotesen var at personer som ikke hadde lave forventninger om jobbmulighet ville ha bedre sjanse for økt arbeidsdeltakelse.
- 5) Helseleksjons-effekt: Er større lidelsestrykk og grad av komorbiditet et avgjørende hinder for retur til arbeid? Hypotesen var at lavere symptomtrykk ikke predikerte økt arbeidsdeltakelse.

2.1 Teori om planlagt atferd

Icek Ajzen sin teori om planlagt atferd fra 1999 er en av de mest brukte teoriene for å forklare menneskelig atferd og hvorvidt vi kan predikere hvordan mennesker handler. Teorien er mye brukt for å forstå sykefravær (Brouwer et al., 2009) og forventning om returnering til arbeider (Dunstan, Covic, & Tyson, 2013). Et sentralt poeng i denne modellen er at intensjon, knyttet direkte til spesifisert atferd, er den sterkeste prediktoren for atferd. Intensjon kan defineres som den uttrykte motivasjonen for å utføre en handling (Godin & Kok, 1996). Denne er vist å påvirkes av *holdninger*, *subjektive normer* og *oppfattet kontroll* over egen atferd. Holdninger til atferden kan sies å være et uttrykk av ens positive eller negative evaluering av å utføre en spesifikk atferd. Faktoren subjektiv norm kan forklares som personens oppfatning av sosiale forventninger om å utføre en spesifikk handling. Sagt på en annen måte fanger denne faktoren opp hva man tror andre mener om ens atferd. Oppfattet atferdskontroll reflekterer en persons tro på hvor lett eller vanskelig det er å utføre en handling. Sistnevnte faktor antas å reflektere både individuelle faktorer som evner og informasjon og eksterne faktorer som for eksempel tid eller tilgang på penger. Som en generell regel kan man si at desto mer positiv holdning, sterkere oppfattet subjektiv norm, og god oppfattet kontroll over fremtidig atferd, desto sterkere blir et individ sin intensjon om å utføre en handling (Ajzen, 1991).



Figur 1. Skjematisk fremstilling av Ajzens teori om planlagt atferd (Godin & Kok, 1996)

Oppfattet atferdskontroll er primært antatt å påvirke atferd indirekte via intensjon, men kan for ikke-viljestyrt atferd påvirke atferd direkte (Ajzen, 1998; Godin and Kok, 1996). For mennesker som har psykiske plager og hemmes av disse, anses atferd som kan hindre eller fremme deres evne til å komme tilbake til jobb ikke bare som kompleks, men også delvis som ikke-viljestyrt. Slik atferd påvirkes i stor grad av symptomer på angst og depresjon.

Videre er mestringstro, som er en nøkkelkomponent i Albert Banduras sosial kognitive modell (Bandura, 1986), et nært beslektet teoretisk konsept til oppfattet atferdskontroll. I følge Leganger, Kraft & Røysamb (2000) anser mange forskere oppfattet atferdskontroll som ekvivalent med mestringstro. Og ifølge Ajzen (2002) er mestringstro en komponent som inngår i oppfattet atferdskontroll. Ajzen mener at mål på individers mestringstro samtidig fanger opp oppfattet kontrollerbarhet.

2.2 Sosial kognitiv teori og mestringstro

Sosial kognitiv teori gir et rammeverk for å forstå menneskers atferd. Atferd blir sett på som et resultat av interaksjon mellom psykologiske faktorer, atferdsmønster og miljømessige faktorer, som gjensidig påvirker hverandre (Bandura, 1986). Et viktig poeng er at konteksten er avgjørende for hvilken faktor som har sterkest påvirkning på atferden. Modellen er blitt mye brukt som rammeverk for arbeidsrelatert atferd (Lagerveld et al., 2010; Stajkovic & Luthans, 1998a, 1998b), med særlig vekt på konseptet mestringstro. Begrepet er ment å beskrive personers tro på at en klarer å organisere og gjennomføre handlinger som må til for å oppnå et mål. En person med lav mestringstro er vist i større grad å unngå utfordrende oppgaver, fokusere på negative utfall og fortere miste troen på seg selv, sammenlignet med en person med høy mestringstro.

Denne psykologiske mekanismen er antatt å påvirkes i hovedsak av fire kilder: mestringserfaringer, sosial modellering, verbal oppmuntring og responser på stress. Slik stressrespons innebærer emosjonelle og kroppslige reaksjoner, men også ens kognitive attribusjoner. I følge Bandura er attribusjon av emosjonelle og kroppslige reaksjoner sentral i forståelsen av menneskelig motivasjon og atferd. Sammenhengen mellom indre tilstand og mestringstro støttes blant annet av en studie som fant at lav mestringstro ser ut til å henge tett sammen med unngående atferd, depresjon og emosjonelt stress (Arnstein, Caudill, Mandle, Norris & Beasley, 1999).

Med tid har man i forskning blitt mer opptatt av ulike nivåer av mestringstro, fra generell mestringstro til domenespesifikk og oppgavespesifikk mestringstro. Studier har vist at man kan forklare en større andel variasjon dersom man er mer spesifikk når man vurderer mestringstro opp mot utfall (Conner and Norman, 1996; Epel, Bandura, & Zimbardo, 1999). Eksempelvis har forskning på helse relatert atferd vist forskjell i prediksjonsverdi av generell mestringstro og spesifikk mestringstro i forbindelse med røykeslutt (Leganger et al., 2000). Generell mestringstro vil si at man generelt har tro på sine egne evner til å mestre ulike hendelser og oppgaver, mens spesifikk mestringstro i dette eksempelet vil være om man tror man er i stand til å slutte å røyke. I en studie gjort av Epel et al., (1999) ble det observert en sammenheng mellom spesifikk mestringstro og atferd hos mennesker uten jobb og bolig. De som rapporterte høyere mestringstro i forbindelse med å skaffe seg jobb og bolig, brukte flere timer på aktiv leting og forsøk, enn de som hadde lavere mestringstro.

Også innenfor arbeidspsykologi har man blitt mer opptatt av spesifikk mestringstro. Særlig i forbindelse med retur til arbeid og håndtering av arbeidshverdag etter sykefravær. *Return to work self-efficacy/RTW-SE*, her oversatt til *retur til arbeid mestringstro/RTA-mestringstro*, er blitt definert som troen man har på å prestere på et adekvat nivå for å møte vanlige krav på jobb (Lagerveld et al., 2010). I følge teorien om mestringstro vil det da forventes at individ med lav RTA-mestringstro vil kunne utsette retur til arbeid eller i større grad mislykkes i denne prosessen sammenlignet med individ med høyere nivå av mestringstro (Lagerveld et al., 2010). Det har blitt utarbeidet et valid måleinstrument for RTA-mestringstro.

Spørreskjemaet fanger opp mestringstro for blant annet å kunne konsentrere seg på jobb, samt håndtere arbeidspres og emosjonelt krevende situasjoner på jobb (Lagerveld et al., 2010).

Denne oppgavens datasett inneholdt imidlertid ikke det validerte målet på RTA-mestringstro. Men ved baseline svarte deltakerne på et spørsmål som kan tenkes å representere en form for RTA-mestringstro.

2.3 Jobbrelatert mestringstro og generell mestringstro

Flere studier har vist at RTA-mestringstro er en betydningsfull prediktor for retur til arbeid hos sykmeldte med vanlige psykiske lidelser (Lagerveld et al., 2017; Nieuwenhuijsen et al., 2013). Volker et al. (2015) konkluderte med at RTA-mestringstro er en viktig prediktor også hos langtidssykemeldte. Etter vår kjennskap er det få studier som har undersøkt den prediktive verdien av RTA-mestringstro hos individer som er langtidssykemeldt uavhengig av årsak.

Vårt forsøk på å fange opp et domenespesifikt aspekt av mestringstro innebar å undersøke hvorvidt langtidssykemeldte opplevde å kunne påvirke egen arbeidssituasjon. Det plausibelt at langtidssykemeldtes tro på tilbakeføring til arbeid samsvarte med deres rapporterte tro på å kunne påvirke egen arbeidssituasjon. Nettopp fordi subgruppen sto utenfor arbeidslivet ved baseline og målet med Senter for jobbmestring var økt arbeidsdeltakelse.

Når det gjelder generell mestringstro, har en studie funnet at mestringstro predikerte retur til arbeid hos langtidssykemeldte uavhengig av diagnose (Brouwer, Reneman, Bültmann, Van der Klink, & Groothoff, 2010). Tidligere analyser på dette datamaterialet har ikke inkludert mål på generell mestringstro som prediktor. Vi ønsket derfor å se nærmere på betydningen av denne faktoren for langtidssykemeldte. Å stå utenfor arbeidslivet over lang tid vil kunne svekke generell mestringstro, da samfunnsnormen er at man skal arbeide. Derfor kan det tenkes at generell mestringstro potensielt har betydning for langtidssykemeldte og retur til arbeid. Samtidig har en rekke studier vist at prediksjonsverdien kan økes ved å måle en mer spesifikk mestringstro i forbindelse med retur til arbeid. Det ble derfor inkludert et mål på generell mestringstro også for å undersøke om denne har ulik prediksjonsverdi sammenlignet med jobbrelatert mestringstro.

Som tidligere nevnt påvirker mestringserfaringer ens mestringstro. Det er sannsynlig at ens jobbrelaterte mestringstro svekkes når man både har opplevd å bli sykemeldt fordi man ikke har mestret arbeid, og i tillegg har opplevd å ikke komme seg tilbake. Ens mestringstro vil påvirke aktivering (fysiologisk stressreaksjon), tankemønster og handlinger (Bandura, 1986). I møte med utfordringer vil mestringstro komme til uttrykk som en kognitiv og/eller en emosjonell representasjon av mestringsforventning (Bandura, 1986). For personer som står utenfor arbeidslivet og kanskje har dårlige mestringserfaringer bak seg, vil deres tro på å kunne påvirke egen arbeidssituasjon prege deres tankemønster og handlinger i forbindelse med tilbakeføring til arbeid.

Bandura (1986) postulerte også at attribusjoner i seg selv kan trigge fysiologiske og emosjonelle stressreaksjoner. Dette impliserer at årsaksforklaringer som f.eks. "*Jeg blir syk av å arbeide*" kan trigge stressreaksjoner, som videre kan føre til at tilbakeføring til arbeid oppleves aversivt. I følge attribusjonsteori er oppfatninger forløpere i attribusjonsprosesser. Mennesker attribuerer/årsaksforklarer basert på oppfatninger om kausalitet og effekter i en bestemt sammenheng (Kelley & Michela, 1980). Siden oppfatninger om sykdom har vist å ha betydning for returnering til arbeid etter sykdom (Hoving, Van der Meer, Volkova, & Frings-

Dresen, 2010), ønsket vi å undersøke om dette var gjeldende hos langtidssykemeldte med vanlige psykiske lidelser.

2.4 Sykdomsforståelse og oppfatning om arbeids effekt på psykisk helse

Den psykologiske faktoren sykdomsforståelse er funnet å ha prediktiv verdi for både somatiske og psykiske lidelser når det gjelder retur til arbeid (Audhoe et al., 2012; Løvrvik et al., 2014). Studier har vist at variasjon i sykdomsforståelse har betydning for hvorvidt personer returnerer til arbeid etter hjerte-kar-sykdommer og muskel-og skjelettplager, og at det påvirker overgangen fra sykdom til arbeidsrelaterte utfall (Hoving et al., 2010; Robitaille, 1997). Man har også sett at sykdomsforståelse har en sterk assosiasjon til uførhet hos mennesker med kronisk sykdom (Boot, Heijmans, van der Gulden, & Rijken, 2008). Litteraturen er imidlertid sparsom når det gjelder hvordan sykdomsforståelse kan påvirke retur til arbeid hos langtidssykemeldte med vanlige psykiske lidelser.

Sykdomsforståelse består av både kognitive representasjoner og emosjonelle responser som påvirker helseatferd (Petrie & Weinman, 2006; Robitaille, 1997). Disse representasjonene og responsene på sykdommen påvirker pasienters helseatferd og kan kategoriseres som adaptive eller maladaptive. Tidligere studier har funnet at maladaptiv sykdomsforståelse er assosiert med å tenke at sykdommen f.eks. vil vare lenge, har stor innvirkning på livet og at den er vanskelig å kurere (Broadbent, Kydd, Sanders, & Vanderpyl, 2008; Petrie & Weinman, 2006). Slike oppfatninger kan ha innvirkninger på opprettholdelse av behandling eller resultere i mindre bruk av helsehjelp (Hagger & Orbell, 2003). Individens sykdomsforståelse kan ifølge disse studiene dermed føre til lengre tilfriskningstid om den er maladaptiv.

Løvrvik et al. (2014) foreslo variasjon i sykdomsforståelse som underliggende faktor for forventning om returnering til arbeider, da sykdomsforståelse i seg selv ikke predikerte retur til arbeid. Et argument for dette var basert på en tidligere analyse (Løvrvik et al., 2013) som viste sterk assosiasjon mellom oppfatning av sykdommens innvirkning på livet totalt sett (ledd av sykdomsforståelse kalt konsekvenser), og forventninger om returnering til jobb. En potensiell grunn til at aspektet av konsekvenser i sykdomsforståelse ikke ga signifikant prediksjon av retur til arbeid, var at spørsmålet i måleinstrumentet ikke var spesifisert mot arbeidsdeltakelse. Oppfatning om effekt av å arbeide kan muligens fange opp et mer spesifisert aspekt av personens sykdomsforståelse. Det kan derfor være en bedre prediktor for

retur til arbeid enn oppfatning av plagenes innvirkning på livet generelt. Samtidig er det mulig at ulike aspekter av sykdomsforståelse hadde større betydning for individets arbeidsdeltakelse over tid. Ved å inkludere sykdomsforståelse som prediktor kunne dette undersøkes, da vi så på arbeidsdeltakelse ved et senere tidspunkt.

Ved oppfølging tolv måneder etter Senter for jobbmestring, hadde deltakere på tvers av subgrupper økt tro på retur til arbeid og trodde i større grad arbeid ville påvirke helsen deres positivt (Reme et al., 2013). Dette tyder på at deltakere underveis i behandling fikk modifisert sin oppfatning om sammenheng mellom arbeid og plager. Dermed kan oppfattet effekt av arbeid med større sannsynlighet gi utslag for kontrollgruppen i våre analyser. Funnet kan også tyde på at oppfatning om arbeids effekt på helse henger sammen med ens forventning om retur til arbeid.

Hypotesen om betydningen av positiv oppfatning av arbeids effekt på psykisk helse var til dels basert på en ide om at personer som nylig er sykemeldte pga. psykiske plager, i større grad oppfatter det som negativt å jobbe. Med langvarig sykefravær derimot, kan det tenkes at personer i større grad ser den negative helseeffekten av å ikke være i jobb, og hvordan sykefravær kan være opprettholdende for deres psykiske plager. En studie som viste at redusert arbeidsdeltakelse i seg selv ofte ble oppfattet som årsak til psykiske plager (Olsen, Øverland, Reme, & Løvvik, 2015), kan støtte denne ideen.

Videre kan teori om planlagt atferd belyse hypotesen om oppfattet sammenheng mellom arbeid og psykisk helse. Når deltakerne svarte på hvilken effekt de trodde jobb ville ha på plager, ble det antatt at personens positive eller negative evaluering ville fanges opp. I følge Ajzen (1991) og teori om planlagt atferd er ens evaluering av atferd en viktig påvirkningskilde til intensjon. Således kan det tenkes at individer som oppfatter det som negativt for helsen å arbeide, ubevisst eller bevisst har svekket intensjon om å returnere til arbeid. Flere ting kan ligge til grunn for en slik evaluering. Som tidligere nevnt er det en rekke arbeidsrelaterte faktorer som er vist å være negativt for helse (Harvey et al., 2017). Oppfatning om at en blir syk av å arbeide kan for eksempel ha blitt etablert gjennom erfaring med dårlig psykososialt miljø og mobbing på arbeidssted (Asfaw et al., 2014; Voss, Floderus, & Diderichsen, 2004), noe som er vist å svekke sjansen for retur til arbeid (Harvey et al., 2017; Kivimäki, Elovainio, & Vahtera, 2000). Også fra andre teoretiske perspektiv gir det mening at negative erfaringer og oppfatninger svekker sjansen for å returnere til arbeid. Lazarus sin teori om mestring (coping) og modell for stress, beskriver i likhet med sosial

kognitiv teori hvordan mennesker unngår situasjoner for å redusere negative følelser og ubehag (Lazarus, 1993).

En norsk kvalitativ studie av Olsen, Kvåle, & Jentoft (2005) gir et supplerende perspektiv på hypotesen. I utvalget var det ulikt grunnlag for uføretrygd, hvor omtrent 20 % var uføre grunnet psykiske lidelser. Det ble kategorisert motivasjons-, risiko- og suksessfaktorer basert på de uføres betraktninger av å gå tilbake til arbeidslivet. Av motivasjonsfaktorer var muligheten for sosial tilhørighet, normalitet og mestring gjennom arbeidsdeltakelse sentralt. Det ble også trukket fram at tilværelsen som ufør kunne være ensom og kjedelig, og noe de derfor ønsket seg bort i fra. En risikofaktor var uvissheten om de ville oppleve tilbakefall av sykdom. Disse funnene viser på den ene siden at de uføre så positive og negative effekter av å henholdsvis være i og utenfor arbeid. På den andre siden illustreres det også hvordan usikkerhet på egen helse oppleves som hinder i prosessen av retur til arbeid for langtidssykemeldte. En sentral risikofaktor var muligheten for å ikke mestre et forsøk på tilbakeføring til arbeid. Mange uttrykte at de ikke ville orke å gå igjennom følelsene av nederlag på nytt (Olsen et al., 2005). Funnet demonstrerer hvordan tilbakeføring til arbeid kan virke aversivt fordi tidligere opplevelse av å mislykkes har vært emosjonelt og psykisk ubehagelig. Men funnet gir også en pekepinn på at forventning til utfall er viktig for vurdering av å gå tilbake til arbeid. Vil man mislykkes hvis man prøver?

2.5 Forventning om jobbmulighet

Hypotesen angående forventninger om jobbmulighet som prediktor for retur til arbeid, har rot i sykefraværsforskning. Forventning til retur til arbeid har vist seg å ha god prediksjonsverdi for retur til arbeid-utfall (Cornelius et al., 2011). Forventning om å returnere til arbeid er individenes tro på muligheten for arbeidsdeltakelse. Slike forventninger kan bidra til prediksjon av retur til arbeid på tvers av flere tilstander, inkludert hos personer med vanlige psykiske lidelser (Ebrahim et al., 2015; Mondloch, Cole, & Frank, 2001). Eksempelvis viste en norsk studie at forventning om returnering til arbeid var en sterkere prediktor for retur til arbeid enn alvorlighet av angst og depresjon (Løvvik et al., 2014). En studie som så på betydningen av forventninger om retur til arbeid, viste at både subjektiv oppfatning av helse og forventninger predikerte retur til arbeid (Audhoe et al., 2012). Dette kan støtte ideen fra Løvvik et al. (2014) om variasjon i sykdomsforståelse som underliggende faktor i forventninger om retur til arbeid. Det er også funnet flere faktorer som ligger til grunn for

forventning om retur til arbeid. Ebrahim et al. (2015) fant i sin studie at intrapersonlige faktorer, interpersonlige faktorer og systemnivå faktorer kan bidra til slike forventninger.

Det kan antas at forventninger speiler en realistisk evaluering av fremtiden, samtidig indikerer flere funn noe annet. En mengde litteratur viser at forventninger om bedring hos ulike pasientgrupper kan endres, og at denne endringen kan påvirke effekten (Goldin et al., 2012; Kadden & Litt, 2011; Turner, Holtzman & Mancl, 2007). Det kan virke som en forventning om returnering til arbeid er en faktor som både kan endres og påvirke utfallsmålet. I oppfølging seks og tolv måneder etter Senter for jobbmestring, rapporterte deltakere en sterkere forventning om retur til arbeid sammenlignet med forventning ved baseline (Reme et al., 2013).

I Løvvik et al. (2014) predikerte forventning om retur til arbeid ytelser fra NAV for subgruppen i risiko for å bli sykemeldt og for subgruppen som var sykemeldt, men ikke for subgruppen med langtidsytelser. Disse analysene ble gjort på datamaterialet vi skal benytte oss av i denne oppgaven. Forventning om retur til arbeid ble da målt gjennom spørsmålet "*Jeg regner med å være tilbake på jobb i løpet av noen uker*". Dette spørsmålet kan tenkes å være bedre egnet for de andre subgruppene i utvalget, da det vil kunne oppleves som mer urealistisk at subgruppen på langtidsytelser skal returnere i løpet av noen få uker når de har vært borte fra arbeidslivet i over ett år eller mer. Løvvik et al. (2014) påpekte også at faktoren kan virke ulikt for personer i fare for å bli sykemeldt og for personer som er kort- eller langtidssykemeldt, da det å bli i arbeid eller returnere til arbeid er to ulike avgjørelser. Med dette til grunn, ønsket vi å se nærmere på et annet spørsmål for å fange opp forventning. Det ble antatt at et godt mål på forventninger hos denne subgruppen ville være deltakere sin rapportering om det var gode eller dårlige muligheter for å få en jobb etter endt behandling.

Med tanke på spørsmålets formulering, kunne spørsmålet også fange opp forventning til behandling. Ved rapportering ved baseline visste ikke deltakerne om de ville motta behandling via Senter for jobbmestring eller få standard oppfølging, men de fleste hadde nok et håp og sannsynligvis forventninger om å havne i intervensjonsgruppen. For de som ble randomisert til intervensjonsgruppen, kunne deres forventning om å nyttiggjøre seg av behandlingstiltakene ha vært betydningsfullt. I likhet med forskning på sykefravær og retur til arbeid, har man innen behandlingsforskning og studier av klientens bidrag og utfall i psykoterapi, sett at forventning til utfall er viktig. Det er funnet en liten, men signifikant

effektstørrelse for forholdet mellom klientens forventninger og det faktiske utfallet (Lambert, 2013, s. 235).

Selv om psykologiske variabler som mestringstro, oppfatninger og forventninger kan være potensielt avgjørende for økt arbeidsdeltakelse, ønsket vi ikke å utelukke en eventuell helseseleksjons-effekt.

2.6 Helseseleksjons-effekt: betydningen av symptomtrykk

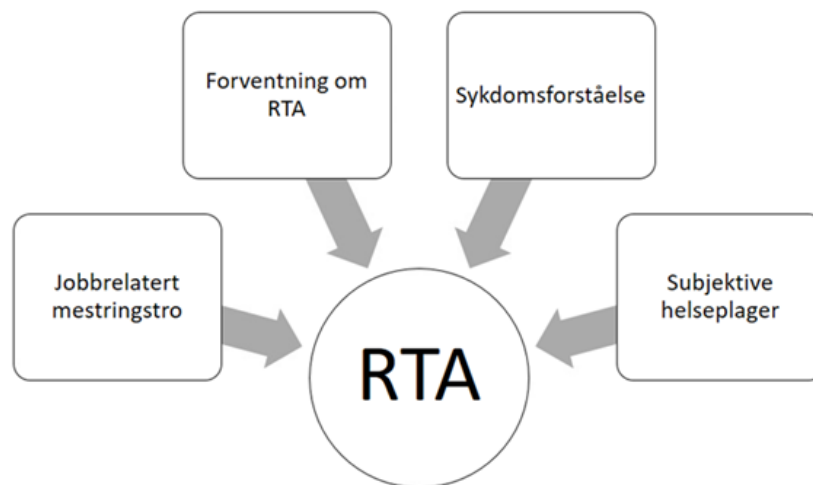
Er omfanget av psykiske og fysiske helseproblemer avgjørende for økt arbeidsdeltakelse? Det foreligger ulike hypoteser om sykefravær og helse. Den sosiale årsaks-hypotesen foreslår at arbeid fører til bedre helse, mens helseseleksjons-effekten antar at helse er en nødvendig forutsetning for arbeid (Rueda et al., 2012). Tidligere helseplager er en vanlig forklaring på assosiasjonen mellom arbeidsledighet og dårlig helse (Roelfs, Shor, Davidson, & Schwartz, 2011). Videre er det ikke uvanlig at psykiske lidelser er komorbide med fysisk sykdom (Miorelli & Abe, 2016), noe som kan føre til et høyere symptomtrykk. Omtrent en tredjedel av de med langvarige fysiske tilstander opplever å ha en psykisk lidelse som angst eller depresjon i tillegg. Nylig fant en oversiktsartikkel som undersøkte prognostiske faktorer for retur til arbeid hos mennesker med angst og depresjon at høyere nivå av symptomer og komorbiditet er negativt forbundet med retur til arbeid (de Vries, Fishta, Weikert, Sanchez, & Wegewitz, 2018). En metaanalyse som undersøkte returnering til arbeid, fant støtte for helseseleksjons-effekten, altså at dårligere helse var assosiert med lavere sannsynlighet for retur til arbeid (Rueda et al., 2012). Studiens sterkeste funn og konklusjon var imidlertid at arbeid gir bedre helse eller at mangel på arbeid gir dårligere helse. Dette er i tråd med the *International Classification of Functioning, Disability and Health model* som sier at funksjonalitet ikke utelukkende påvirkes av medisinske faktorer, men også av personlige og miljømessige faktorer (Organisation mondiale de la santé, & World Health Organization, 2001, s.8).

Det er dermed blandede funn på feltet når det gjelder sammenhengen mellom helseplager og returnering til arbeid. I tidligere analyser av det aktuelle datamateriale ble det observert at grad av psykiske og fysiske plager predikerte trygdeytelser etter seks måneder for de som var sykemeldte, men ikke for gruppen som mottok langtidsytelser (Løvvik et al., 2014; Reme et al., 2015). Siden vi nå ser på arbeidsdeltakelse etter tolv måneder, er det relevant å inkludere mål på psykiske og fysiske plager for å undersøke om grad av helseplager er av større

betydning over tid. I tillegg vil stratifiserte analyser avdekke hvorvidt betydningen av symptomtrykk er forskjellig i kontroll- og intervensjonsgruppe. Likevel var vår hypotese at fysiske og psykiske subjektive helseplager ikke vil være avgjørende for retur til arbeid, da studier viser økende støtte for dette perspektivet.

2.7 Oppsummerende kommentar: teori, empiri og problemstilling

I begrunnelser for valg av psykologiske prediktorer fremstår ikke faktorene å være helt uavhengige av hverandre. Tvert imot kan de gjensidig påvirke hverandre i et komplekst samspill. Viktigst er at de antas å være modifiserbare, og med hensyn til intervensjoner er det derfor hensiktsmessig å undersøke disse nærmere. Ved å analysere hvilken betydning disse faktorene har for returnering til arbeid blant langtidssykemeldte, håper vi å belyse sammenhenger som gir mer kunnskap om arbeidsrehabilitering for denne gruppen.



Figur 2. Faktorer som kan påvirke retur til arbeidslivet

3 Metode

3.1 Datamaterialets opphav

I oppgaven ble det gjort analyser basert på data fra den randomiserte kontrollert multisenterstudien, Effektevaluering av Senter for jobbmestring. Senter for Jobbmestring er et NAV-tiltak og evalueringen er utført på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og finansiert gjennom Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Det var 1193 personer med milde til moderate psykiske lidelser som deltok i studien. Blant disse var 373 personer i risiko for full sykemelding, 463 personer i full sykemelding og 259 som mottok langtidssykesler (arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd). Halvparten ble randomisert til Senter for jobbmestring og mottok arbeidsfokusert terapi kombinert med individuell jobbstøtte. Hensikten med forskningsprosjektet var å evaluere effekten tiltaket hadde på sysselsetting, psykisk helse og livskvalitet. Det var også et mål å videreutvikle kunnskap om arbeidsrettet behandling for lettere psykiske lidelser.

3.1.1 Studiens prosedyre

Personer i aldersgruppen 18 til 60 år som strevde med deltakelse i arbeidslivet grunnet vanlige psykiske lidelser ble invitert til å delta i studien. De rekrutterte bestod av en gruppe som var i risiko for å bli sykemeldt, en gruppe som var sykemeldt og en gruppe som var langtidssykemeldt (< tolv måneder) på bakgrunn av vanlige psykiske lidelser. Deres egnethet for studien ble innledningsvis undersøkt av en klinisk psykolog som vurderte tilstedeværelsen av vanlige psykiske lidelser. Vurderingen ble gjort på grunnlag selv-rapporteringer om symptomer på angst- og depresjonslidelser. Angst- og depresjonstilstander som var subterskel ble også inkludert, da disse også er vist å ha negative implikasjoner for jobbfunksjon. Deltakere som var egnet måtte videre være motiverte for å returnere eller forbli i jobb. Videre var norskkunnskaper et krav. Om det ble funnet andre årsaker for fare for sykemelding eller sykefravær enn vanlige psykiske lidelser, ble deltakerne ekskludert fra studien. Disse eksklusjonskriteriene involverte mer alvorlige psykiske lidelser, rusmisbruk, suicidrisiko eller graviditet.

Deltakernes egnethet ble vurdert gjennom et 30 minutters intervju, hvor de også fikk informasjon om studien. De som ble inkludert svarte deretter på et spørreskjema som kartla deres mentale og somatiske helse, samt demografiske variabler. Studien hadde en kontrollgruppe som fikk standard oppfølging fra NAV. Denne oppfølgingen innebar i hovedsak timer med fastlegen og andre arbeidsrettede tiltak. Kontrollgruppen mottok et brev med informasjon om ulike hjelpetjenester og selvhjelps-ressurser, samt at de ble oppmuntret til å ta dette i bruk. Dette impliserer at deltakere i denne gruppen også kunne få hjelp av psykolog eller andre tiltak gjennom NAV. Kontrollgruppen var dermed en aktiv gruppe og hovedskille til intervensjonsgruppen som deltok i Senter for jobbmestring-tilnærmingen er den strukturerte og kombinerte metoden.

3.1.2 Intervensjoner

Veiledningen og oppfølgingen gitt via Senter for jobbmestring inkluderte et tilbud som integrerte terapi og prinsipper fra arbeidsrehabiliteringsmodellen “Individual Placement and Support” (IPS), oversatt til *Individuell jobbstøtte*. Deltakere i intervensjonsgruppen (Senter for jobbmestring) fikk symptomtremende terapi basert på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi. I terapien var det et spesifikt jobbfokus hvor målet var å styrke deltakernes evne til håndtering og mestring av psykiske symptomer i forbindelse med arbeid. Dette ble gjort for å øke overføringsverdien av terapien til arbeidsplassen. En betydelig andel av deltakerne hadde også behov for individuell jobbstøtte fra en jobbkonsulent som bistod med å finne og tilrettelegge jobb i arbeidsmarkedet. Individuell jobbstøtte er i utgangspunktet utviklet for å gi individuell oppfølging tilpasset den enkelte for å finne og skaffe en jobb til personer med alvorlig psykopatologi. I studien ble dette i hovedsak tilbudt langtidssykemeldte fordi flertallet i denne subgruppen ikke var tilknyttet et arbeidssted. Individuell jobbstøtte er en relativ ny tilnærming i arbeidsrehabilitering. Kombinasjonen av individuell jobbstøtte og arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi utgjør derfor en ny metode for å få folk med lettere psykiske lidelser tilbake i arbeid. Og ikke minst er tilbudet en samordnet tjeneste, noe som er i tråd med politiske føringer (OECD, 2013).

3.1.3 Ethiske vurderinger

Studien ble godkjent av den regionale etiske komiteen. Videre ble alle prinsippene i Helsinkideklarasjonen fulgt. Deltakerne skrev under på retten til å kunne trekke seg til enhver tid.

I fremstillingen av oppgavens tema, er det viktig å være bevisst den offentlige debatten rundt sykefravær og psykiske lidelser i Norge. Debatten har hovedsakelig vært vinklet mot at angst og depresjon bidrar til sykefravær og uførhet, fremfor hvordan arbeidsdeltakelse kan bidra til å bedre livskvalitet. Siden det allerede er knyttet stigma til psykiske plager og sykefravær, er det viktig at vår måte å behandle temaet ikke styrker et slikt stigma, men heller fokuserer på hvordan man bedre kan forstå og hjelpe individer som er sykemeldt grunnet psykiske plager.

3.2 Analyser av datamateriale

3.2.1 Spørreskjema: variabler og måleinstrument

Ved baseline av Senter for jobbmestring-studien svarte alle deltakere på et spørreskjema som inkluderte et bredt spekter av variabler og måleinstrument. I påfølgende tekst vil det bli redegjort for de mål og variabler som inngår i vår behandling av datamaterialet.

Sosiodemografiske variabler og varighet av psykiske plager

Spørreskjemaet inkluderte spørsmål angående kjønn, alder, nivå av utdanning og varighet av psykiske plager. Disse faktorene ble analysert som prediktorer i ujustert modell og inkludert som kovariater i justert regresjonsmodell.

3.2.2 Prediktorer

Mål av angst og depresjon

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er et kartleggingsverktøy for symptomer på angst og depresjon. Det ble utviklet for å kartlegge symptomer på angst og depresjon hos pasienter innlagt på somatiske avdelinger (Leiknes, Dalsbø, & Siqveland, 2016). HADS er oversatt til 78 språk og er et av de mest brukte spørreskjemaene i klinisk og psykologisk forskning (Falkenberg & Wie, 2012). Spørreskjemaet har to subskalaer (angst og depresjon)

og har vist seg å ha en valid faktorstruktur og god intern konsistens på begge subskalaene (Cameron, Crawford, Lawton, & Reid, 2008; Mykletun, Stordal, & Dahl, 2001). En rekke studier har støttet spørreskjemaets validitet på tvers av populasjoner og land (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002). En norsk rapport fra Folkehelseinstituttet konkluderte med at HADS er et relativt godt validert screeninginstrument for psykologisk symptombelastning (Leiknes et al., 2016).

Subjektive helseplager

For å måle psykosomatiske helseplager som var komorbide med symptomer på angst og depresjon, ble instrumentet *Subjektive helseplager* (Subjective Health Complaints) brukt. Det er et måleinstrument laget for å kartlegge et bredt spekter av helseproblemer. Det anses å være en rask og reliabel måte for å skåre helseplager hos befolkningen (Eriksen, Ihlebæk & Ursin, 1999). En rapporterer i hvilken grad man er plaget fra 0 til 3, hvor 0 er ikke plaget og 3 er alvorlig plaget, samt varighet av de ulike helseproblemene. Instrumentet inkluderer 29 spørsmål om blant annet tilstander som hodepine og migrene, problemer med mage-tarm-funksjon, muskel- og skjelettsmerter og søvnvansker. Deltakerne rapporterte i hvilken grad de hadde vært plaget med ulike helseproblemer de siste 30 dagene. Totalskåren regnes ut basert på antall plager, varighet av disse og opplevd intensitet. En totalskåre gir indikasjon på grad av somatiske/psykosomatiske plager deltakerne opplever og gir således et bilde av grad av komorbide helseplager. I den norske normstudien var 1240 deltakere inkludert og det ble observert en gjennomsnittlig totalskåre på 10,58. Dette fremhever at kroppslige plager er vanlige i befolkningen, og ikke er ensbetydende med somatisk lidelse (Eriksen et al., 1999).

Generell og jobbrelatert mestringstro

Generell mestringstro ble undersøkt ved spørreskjemaet TomCats som inkluderer syv spørsmål om mestring. Deltakerne svarte på en likert-skala med fem svaralternativer fra “stemmer helt” til “stemmer ikke i det hele tatt”. Måleinstrumentet er utviklet basert på Cognitive Activation Theory of Stress (CATS) og akronymet står for “Theoretically Originated Measure of the Cognitive Activation Theory of Stress”. Instrumentet viser signifikante og akseptable korrelasjoner med tradisjonelle mål på mestring (Odéen et al., 2013). En får både estimering av subskalaene aktiv mestring, hjelpeløshet og håpløshet, samt en totalskåre. Vi brukte en totalskåre som mål på generell mestringstro.

Jobbrelatert mestringstro ble målt ved at deltakerne svarte på følgende utsagn “*Jeg har ikke muligheter til å påvirke min egen arbeidssituasjon*”. Spørsmålet brukt for å fange opp jobbrelatert mestringstro er ikke validert, men ligner på ledd 3 fra TomCats; “*Jeg skulle ønske jeg kunne endre livet mitt, men det er umulig*”. Deltakerne kunne svare på en seksdelt likert-skala med svar fra “helt uenig” til “helt enig”. Likert-skalen inkluderte ikke et nøytralt ledd, men leddene “litt enig” eller “litt uenig” representerte moderate svar. I regresjonsanalysene ble svarene inndelt i to kategorier for å få tydeligere frem negative og positive tendenser. De negative svarene ble tolket som lav jobbrelatert mestringstro, mens de positive som høy (behandlet som dikotom variabel). I variansanalysene ble de seks nivåene beholdt for å få frem nyanser i mellomgruppe-forskjeller.

Forventning om jobbmulighet

For å fange opp deltakernes forventning om jobbmulighet, responderte de på følgende spørsmål: “*Hvis nei, hvor gode muligheter tror du at det er for å få arbeid etter endt behandling?*” Svarene ble gitt på en femdelt likert-skala (“svært gode” til “dårlige”). Dette spørsmålet svarte kun deltakerne som ikke hadde noen jobb å gå tilbake til på daværende tidspunkt. Med tanke på mellomgruppe-sammenligninger på denne variabelen, var det nødvendig å sjekke antall valide svar i subgruppene, siden store andeler var tilknyttet et arbeidssted. Det var forventet at subgruppene “risiko” og “sykemeldt” ville ha færre svar (manglende verdier) og at det ville være behov for en post-hoc test egnet for å beregne signifikante forskjeller på tross av størrelsesforskjeller.

Sykdomsforståelse

Måleintrumentet *Brief Illness Perception Questionnaire* (B-IPQ) ble brukt til å fange opp sykdomsforståelse. Skjemaet er en kortversjon av *Illness Perception Questionnaire* (Moss-Morris et al., 2002). Instrumentet viser god test-retest reliabilitet, samt god diskriminerende og prediktiv validitet (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006). Skjemaet er oversatt til norsk ved Universitetet i Bergen, men det foreligger ingen norske normer (Sivertsen & Hysing, 2004). En studie av instrumentet undersøkte dets faktorstruktur med et utvalg på 771 pasienter fra 8 forskjellige sykdomsgrupper (Moss-Morris et al., 2002). Faktoranalysen viste en struktur som tilsa åtte subskalaer, og i utvikling av kortversjonen ble enkeltledd som i størst grad fanget opp de åtte identifisert (Broadbent et al., 2006). Derfor ble svar på de åtte leddene i B-IPQ analysert separat og behandlet som enkeltprediktorer i våre analyser.

Spørsmålene fanger opp ulike aspekter av sykdomsforståelse: *konsekvenser* (påvirkning på livet), *tidslinje* (forespeilet varighet), *personlig kontroll* (opplevd kontroll), *behandlingskontroll* (opplevd behandlingsevne), *identitet* (opplevde symptomer), *bekymring*, *forståelse* (opplevd forståelse/innsikt) og *emosjonell respons* (følelsesmessig påvirkning). Mens åtte spørsmål besvares på en skala fra 0-10, inkluderer skjemaet også et niende åpent ledd hvor en skal skrive ned årsaker til sykdom. Dette niende leddet ble ikke inkludert i våre analyser.

Oppfattet sammenheng mellom jobb og psykiske plager

For å måle oppfattet årsakssammenheng mellom jobb og psykiske plager, ble spørsmålet “*hvis du fortsetter i arbeid, hvilken effekt vil det ha på dine plager?*” brukt. Deltakerne svarte på en femdelt likert-skala hvor svarene varierte fra “Forverre tilstanden” til “Svært gunstig effekt”. Dette spørsmålet har blitt inkludert i tidligere regresjonsanalyser (Løvvik et al., 2014), men da som en variabel med fem nivå. Vår hypotese var at de som oppfattet det som direkte negativt å jobbe var mindre sannsynlig å returnere til arbeid enn de som så på effekten av jobb som mer nøytralt eller positivt. En slik antakelse fordret en kategorisering av nivåene og dikotomisering av målevariabelen til bruk i logistisk regresjonsanalyse. Nivå 1) arbeid vil forverre og 2) arbeid vil forsinke helbredelsen, utgjorde sammen kategorien *Negativ*. Den andre kategorien (*Nøytral/Positiv*) omfattet nivå 3, 4 og 5, som sammen inkluderte oppfatninger om at arbeid ikke hadde noen effekt, litt gunstig effekt eller svært gunstig effekt. I variansanalysene ble de fem nivåene beholdt for å få frem nyanser i mellomgruppeforskjeller.

3.2.3 Data fra registre: arbeidsstatus og utfallsmål

Utfallsmålet i analysene var om deltakerne hadde fått økt arbeidsdeltakelse tolv måneder etter baseline. Økt arbeidsdeltakelse kunne for eksempel være at en deltaker endret sin arbeidsstatus fra 100% ufør til 50 % ufør, eller fra 50 % ufør til 20 % ufør. Hvorvidt deltakere hadde økt arbeidsdeltakelse ved tolv måneder ble observert gjennom tilgang på nasjonalt register over ytelser i form av sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. De som ikke hadde økt arbeidsdeltakelse ble kodet som “0” og de som hadde økt arbeidsdeltakelse ble kodet som “1”.

3.2.4 Statistiske metoder

Alle statistiske analyser ble gjort i programmet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 25.

Deskriptiv statistikk

For å beskrive subgruppene “langtidssytelser”, “sykemeldt” og “i risiko”, ble frekvensfordelinger brukt. Enveis-ANOVA ble gjennomført for å estimere signifikante mellom-gruppeforskjeller. I enveis-ANOVA ble Levens test utført for å undersøke antakelsen om homogenitet i variasjon. På grunn av størrelsesforskjell mellom gruppene kan det oppstå heterogen variasjon, og det ble brukt Welch-test for justere F-testen og dermed korrigere estimering av F-ratio. For å fastslå hvordan subgruppene skilte seg fra hverandre brukte vi post-hoc test i ANOVA, og testen Gabriel ble benyttet på grunn av størrelsesforskjell mellom de tre subgruppene.

Logistisk regresjon

Det ble brukt logistisk regresjonsanalyse for å undersøke prediktorer for økt arbeidsdeltakelse i subgruppen med langtidssytelser. Det ble estimert odds ratio med konfidensintervall på 95%. For å undersøke prediktorenes betydning i kontroll- og intervensjonsgruppen, ble det gjort stratifiserte analyser. Vi undersøkte først de ulike prediktorene enkeltvis. Deretter ble signifikante prediktorer inkludert i en justert modell hvor variablene kjønn, alder og utdanningsnivå ble tatt med som kovariater. De ble inkludert i den justerte modellen uavhengig av om disse var signifikante prediktorer i den ujusterte modellen.

4 Resultater

4.1 Demografiske og kliniske karakteristikk i utvalget

Subgruppen med langtidssytelser bestod av 179 kvinner og 80 menn, altså 69 % kvinner og 31 % menn. Kontrollgruppen besto av 128 deltakere og intervensjonsgruppen 131 deltakere. I gjennomsnitt var kvinner overrepresentert i utvalget og fordelingen i subgruppene var omtrent 70 % kvinner og 30 % menn. Gjennomsnittsalderen var 39,2 år i risikogruppen, 40,3 år hos de sykemeldte og 40,5 år i subgruppen på langtidssytelser. Subgruppen på langtidssytelser rapporterte lengst varighet av psykiske plager med et gjennomsnitt på 11,4 år. Av langtidssykemeldte rapporterte 62 % 1-11 år med psykiske plager, og totalt anslo 26 % å ha hatt psykiske plager i 15 år eller mer (se tabell 2).

Tabell 1. Demografiske karakteristikk og varighet av plager hos deltakerne ved baseline

| | I risiko (n=373) | Sykemeldt (n=463) | Langtidssytelser (n=259) |
|----------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Kvinner (n(%)) | 262 (70,1%) | 308 (66.5%) | 179 (69,1%) |
| Alder | 39.2 (9.6) | 40.3 (9.8) | 40.5 (9.3) |
| Sykdomsvarighet (år) | 7.7 (9.6) | 7.4 (9.5) | 11.4 (10.1) |

All data er rapportert som gjennomsnitt (SD) med mindre annet er notert (n (%))

Tabell 2: Variasjon i varighet av plager vist i prosentandel i hver subgruppe.

| Varighet av plager | I risiko (n =373) | Sykemeldt (n =463) | Langtidssytelser (n = 259) |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Under 5 år | 55 % | 57 % | 30 % |
| 5-10 år | 20 % | 21 % | 33 % |
| 10-15 år | 6 % | 5 % | 8 % |
| 15 år eller lenger | 16 % | 15 % | 26 % |

Tabell 3. Utdanningsnivå hos deltakerne

| | I risiko | Sykemeldt | Langtidsytelser |
|---|----------|-----------|-----------------|
| Utdanningsnivå | | | |
| Grunnskoleutdanning | 5,6 % | 6,9 % | 10,4 % |
| Videregående | 25,9 % | 32,4 % | 37,1 % |
| Universitets eller høyskole | 38,8 % | 36,7 % | 31,3 % |
| Mer enn fire år på universitet/høyskole | 26,7 % | 18,1 % | 11,6 % |
| Annet | 5,8 % | 5,8 % | 8,9 % |

4.2 Mellomgruppe-sammenligninger

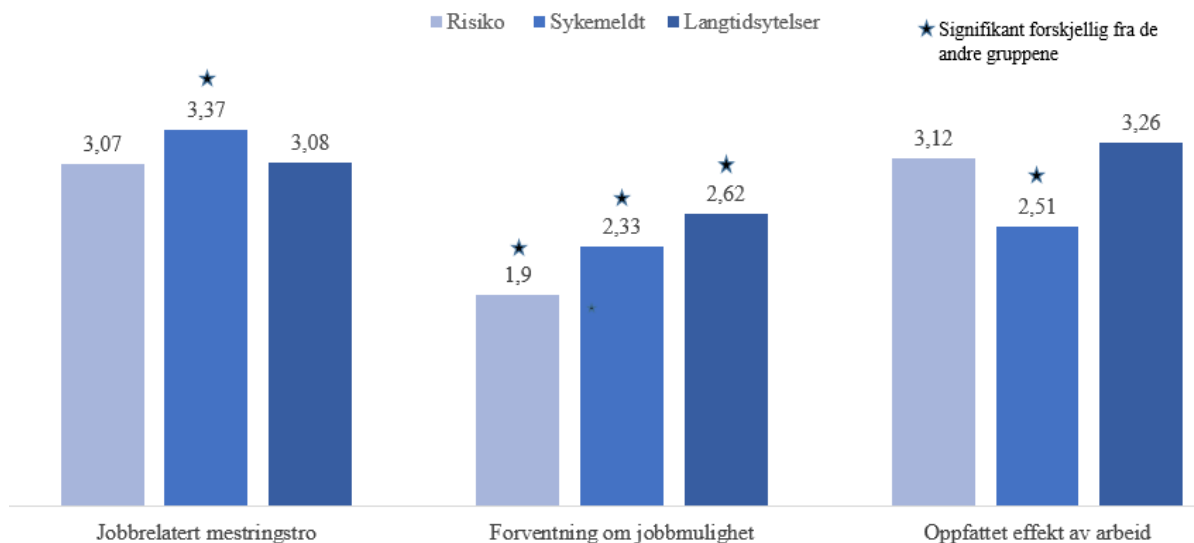
Gjennom variansanalyser og post-hoc testing undersøkte vi forskjeller mellom gruppene i sosiodemografiske variabler, varighet av psykiske plager og prediktorer. Resultater fra enveis-ANOVA fremstilles i tabell 4 på neste side. Post-hoc resultatene fremkommer i sin helhet i vedlegg 1, og p-verdien for resultatene presenteres i teksten.

Slik tabell 4 viser, fremkom det ikke signifikante forskjeller i fordeling av alder og kjønn mellom gruppene, men gruppen med langtidsytelser hadde signifikant lavere utdanning enn resten av utvalget ($p = ,006$). Når det gjaldt psykiske plager, hadde langtidssykemeldte signifikant lengre varighet av plager enn de to andre subgruppene ($p < ,00$). Til forskjell fra resten av utvalget viste subgruppen med langtidsytelser å ha signifikant lavere forventning om jobbmulighet etter endt behandling (se figur 3). Forskjellen mellom de langtidssykemeldte og risikogruppen var signifikant ved $p < ,00$, mens forskjellen i forhold til de sykemeldte var signifikant ved $p = ,006$. Når det gjaldt oppfatning av arbeid effekts på psykiske plager, skilte risiko- og langtidsgruppen seg signifikant fra de sykemeldte ($p =$ henholdsvis $,004$ og $,012$). De rapporterte i større grad å mene at det ville være gunstig for deres psykiske helse å jobbe. De langtidssykemeldte viste en sterkere jobberelatert mestringstro enn de sykemeldte ($p = ,018$). Sykemeldte hadde også signifikant mindre tro på å kunne påvirke egen arbeidssituasjon sammenlignet med de i risiko for sykemelding ($p = ,011$).

Tabell 4: Resultater fra enveis-ANOVA

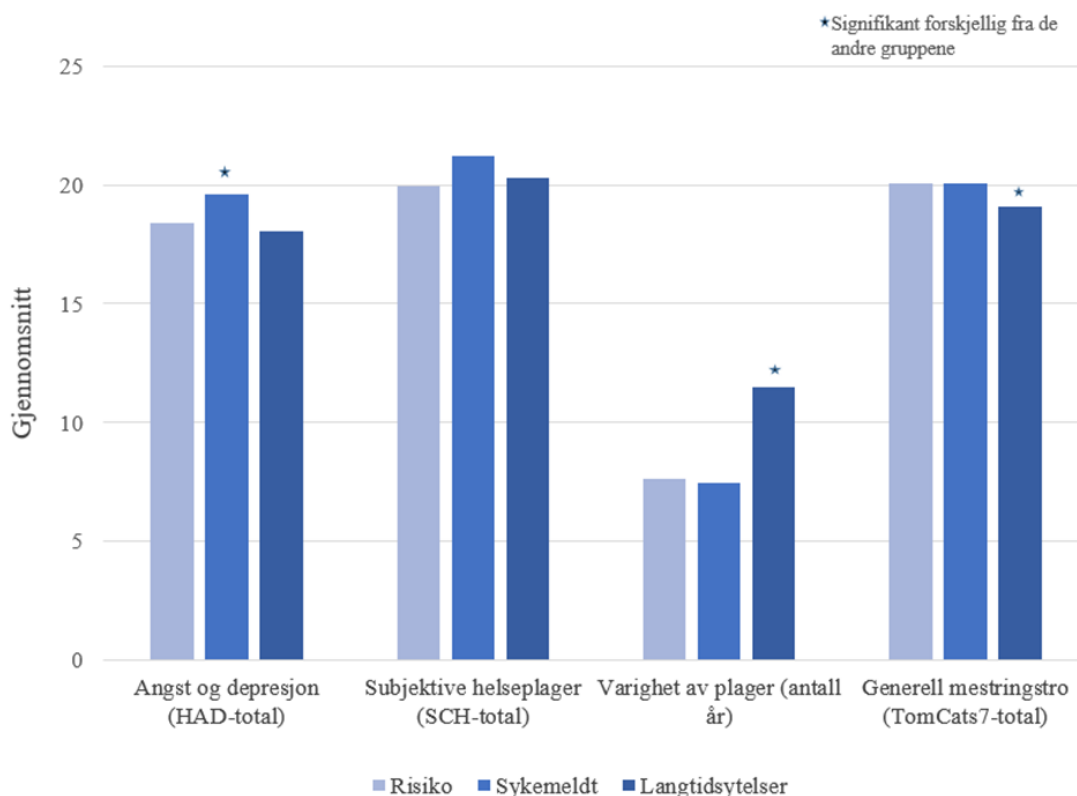
| Mellom-gruppeforskjell innenfor | Kvadratsummen (SS) | Kvadratisk gj.snitt (MS) | F | p-verdi |
|--|---------------------------|---------------------------------|----------|----------------|
| Kjønn | 0,48 | 0,24 | 1,08 | 0,337 |
| Utdanning | 10,01 | 5,00 | 5,07 | 0,006 |
| Alder | 461,66 | 230,83 | 2,43 | 0,088 |
| Varighet av plager | 2924,39 | 1462,19 | 15,79 | 0,000 |
| Angst og depresjon | 596,87 | 298,43 | 6,32 | 0,002 |
| Helseplager | 362,02 | 181,01 | 1,59 | 0,203 |
| Generell mestringstro | 211,47 | 105,73 | 5,67 | 0,004 |
| Jobbrelatert mestringstro | 24,57 | 12,28 | 5,57 | 0,004 |
| Forventing om jobbmulighet | 22,04 | 11,02 | 11,07 | 0,000 |
| Oppfattet effekt av arbeid | 123,06 | 61,53 | 28,74 | 0,000 |
| SF: konsekvenser | 82,95 | 41,47 | 10,92 | 0,000 |
| SF: tidslinje | 169,79 | 84,88 | 14,21 | 0,000 |
| SF: personlig kontroll | 3,03 | 1,51 | 0,309 | 0,734 |
| SF: behandlingskontroll | 59,85 | 29,92 | 6,49 | 0,002 |
| SF: identifisering | 51,71 | 25,85 | 5,85 | 0,003 |
| SF: bekymring | 22,87 | 11,43 | 2,13 | 0,119 |
| SF: forståelse | 51,78 | 25,89 | 4,18 | 0,015 |
| SF: emosjonell respons | 17,56 | 8,78 | 2,12 | 0,120 |

§ Signifikansnivå 0,05. Frihetsgrader er 2. SF= sykdomsforståelse



§Jobbrelatert mestringstro (1-6): høyere skåre indikerer lavere grad av jobbrelatert mestringstro. Forventning om jobbmulighet (1-5): høyere skåre indikerer lavere forventning. Oppfattet effekt av arbeid (1-5): høyere skåre indikerer mer positiv oppfatning om effekt.

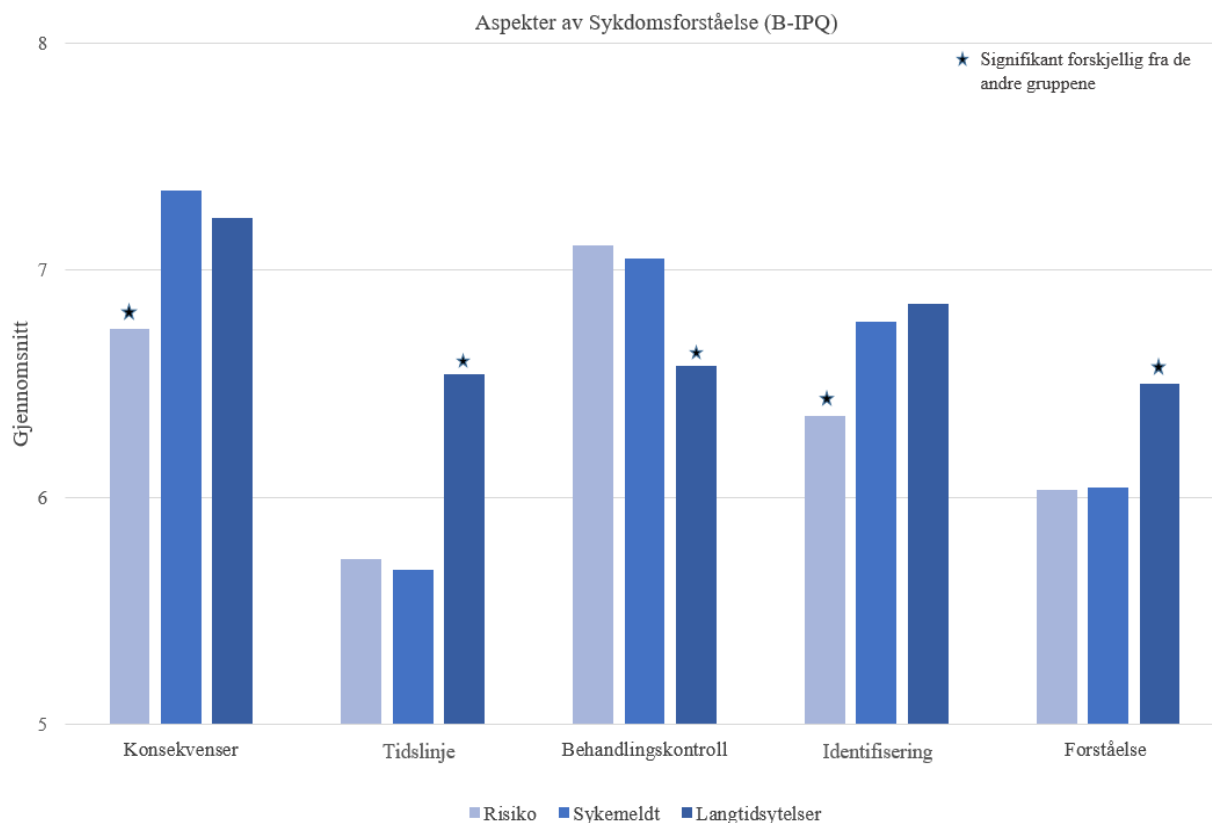
Figur 3. Mellomgruppe-forskjeller i gjennomsnitt av jobbrelatert mestringstro, forventning til jobbmulighet og oppfattet effekt av arbeid.



Figur 4: Mellomgruppe-forskjeller i gjennomsnittskårer av symptomtrykk, komorbide subjektive helseplager, varighet av psykiske plager og generell mestringstro.

Sammenligninger på mål av generell mestringstro viste at personer på langtidsytelser hadde lavere generell mestringstro enn de andre subgruppene (risiko: $p = ,003$ og sykemeldt: $p = ,004$). Sammenligninger av nivå av subjektive helseplager viste ingen signifikante gruppeforskjeller. Dog lå gjennomsnitt av totalskåre rundt 20-21 for alle subgrupper. Denne skåren er omtrent det dobbelte av gjennomsnittet i normutvalget til Eriksen et al. (1999). Videre viste symptomtrykk av angst og depresjon å være signifikant høyere i gruppen med sykemeldte, sammenlignet med de to andre subgruppene (risiko: $p = ,001$ og langtidssykemeldt: $p = ,018$).

Av observerte gruppeforskjeller i sykdomsforståelse (B-IPQ), var fem aspekter signifikant forskjellige (se figur 5 på neste side). Når det gjaldt oppfattet *konsekvenser* ("hvor mye påvirker sykdommen livet ditt?"), skilte gruppen på langtidsytelser seg signifikant fra gruppen i risiko for sykemelding ($p = ,002$). Sammenlignet med de sykemeldte rapporterte langtidssykemeldte mindre konsekvenser, men forskjellen var ikke signifikant. På spørsmål om hvor lenge de trodde sykdommen ville vare (aspektet kalt *tidslinje*), skilte de langtidssykemeldte seg fra resten av utvalget med å i større grad rapportere lang forespeilet varighet ($p < ,00$). For aspektet kalt *behandlingskontroll* (hvor mye de mente at behandlingen kunne hjelpe mot sykdommen), viste langtidssykemeldte å ha signifikant mindre tro på at behandlingen ville være hjelpsom enn sykemeldte ($p = ,007$) og de i risiko for sykemelding ($p = ,003$). Videre hadde langtidssykemeldte bedre *forståelse* (opplevd forståelse av sykdommen sin) sammenlignet med risikogruppen ($p = ,035$) og de sykemeldte ($p = ,031$). De langtidssykemeldte hadde også en større grad av *identifisering* (opplevelse av symptomer) sammenlignet med subgruppen i risiko for sykemelding ($p = ,006$), men skilte seg ikke signifikant fra de sykemeldte.



§ Gjennomsnittskårer fra 0-10

Figur 5: Visuell fremstilling av aspekter innen sykdomsforståelse med signifikante gruppeforskjeller (fem av åtte).

4.3 Korrelasjonsanalyse av prediktorer

Ingen av prediktorene korrelerte over 0,60, som betydde at alle variablene kunne undersøkes opp mot utfallsvariabelen i en logistisk regresjonsanalyse, uten fare for multikollinearitet (se tabell 5 med korrelasjonsmatrise). Generell mestringstro (TomCats) og to ledd fra sykdomsforståelse (B-IPQ) ble inkludert i korrelasjonsanalysen for å undersøke eventuelle overlapp og korrelasjon med egendefinerte prediktorer. Prediktorene synes å fange opp fenomen/konstrukter som ikke i stor grad overlapper, samtidig som de samvarierte som forventet. Eksempelvis ble det observert at forventning om jobbmulighet korrelerte med jobbrelatert mestringstro: Mer pessimistisk til jobbmulighet samvarierte med lav tro på å kunne påvirke egen arbeidssituasjon. Jobbrelatert mestringstro korrelerte med oppfattet årsaksretning av plager: Desto større grad av oppfatning av jobb som negativt for psykisk

helse, desto lavere tro på å påvirke egen arbeidssituasjon. Videre ble det observert at generell mestringstro korrelerte med jobbrelatert mestringstro, men generell mestringstro korrelerte ikke med oppfattet sammenheng mellom psykiske plager og jobb.

Tabell 5: Pearson korrelasjonsmatrise

| Prediktorer | Forventning om jobbmulighet | Behandlingskontroll (B-IPQ) | Oppfattet årsaksretning | Konsekvenser (B- IPQ) | Jobbrelatert mestringstro | Generell mestringstro |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Forventning om jobbmulighet | 1 | -0,314* | -0,052 | 0,166* | 0,185* | -0,178* |
| Behandlingskontroll (B-IPQ) | - 0,314* | 1 | 0,096* | 0,015 | 0,145* | 0,173* |
| Oppfattet årsaksretning | -0,052 | 0,096* | 1 | -0,110* | -0,251* | 0,039 |
| Konsekvenser (B-IPQ) | 0,166* | 0,015 | -0,110* | 1 | 0,102* | -0,253* |
| Jobbrelatert mestringstro | 0,185* | - 0,145* | -0,251* | 0,102* | 1 | -0,141* |
| Generell mestringstro | -0,178* | 0,173* | 0,039 | -0,253* | -0,141* | 1 |

* er signifikant ved signifikansnivå 0,001 (to-halet).

§Jobbrelatert mestringstro: økende verdi representerer lavere jobbrelatert mestringstro. Forventning til jobbmulighet: økende verdi representerer lavere tro på jobbmulighet. Generell mestringstro: TomCats7-totalskåre, økende verdi representerer bedre mestringstro. Konsekvenser og behandlingskontroll: økende verdi representerer større konsekvenser og opplevd behandlingskontroll.

4.4 Prediktorer for økt arbeidsdeltakelse blant langtidssykemeldte

Gjennom logistisk regresjonsanalyse i ujusterte og justerte modeller ble det undersøkt hvilke variabler som predikerte økt arbeidsdeltakelse i subgruppen med langtidssytelser (n=259). Det ble gjort stratifiserte analyser på intervensjon- og kontrollgruppe for å undersøke prediktorenes betydning i de ulike gruppene.

4.4.1 Enkle regresjonsanalyser

I ujusterte modeller ble det observert at subjektive helseplager, forventning om jobbmulighet og jobbrelatert mestringstro var signifikante prediktorer for økt arbeidsdeltakelse blant langtidssykemeldte (se tabell 6). Analysene viste at prediktorene hadde ulik betydning i kontroll- og intervensjonsgruppen. Høyere nivå av subjektive helseplager, med odds ratio på 1,04 ($p = ,04$), og høy/god jobbrelatert mestringstro, med odds ratio på 0,26 ($p = ,03$), predikerte økt arbeidsdeltakelse i kontrollgruppen. Altså viste høyere nivå av helseplager å gi økt sannsynlighet for økt arbeidsdeltakelse, og høy jobbrelatert mestringstro reduserte sannsynligheten for økt arbeidsdeltakelse. For intervensjonsgruppen var lavere forventning om jobbmulighet en signifikant prediktor, med odds ratio på 0,54 ($p = ,04$). Lav forventning om jobbmulighet reduserte dermed sannsynligheten for økt arbeidsdeltakelse. I tabell 6 fremstilles odds ratio, konfidensintervall og p-verdi for alle prediktorer i ujustert modell.

Tabell 6. Ujustert logistisk regresjonsmodell av prediktorer for økt arbeidsdeltakelse for langtidssykemeldte (n=259) ved 12 måneder. Stratifisert på intervensjon- og kontrollgruppe.

| Prediktorer | Kontroll OR (95% KI) | p-verdi | SFJ OR (95% KI) | p-verdi |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------------|----------------------------|----------------|
| Kjønn | 4,14 (0,88 til 19,4) | 0,071 | 1,01 (0,37 til 3,22) | 0,854 |
| Alder | 0,98 (0,92 til 1,04) | 0,600 | 0,99 (0,94 til 1,04) | 0,752 |
| Utdanning | 0,91 (0,55 til 1,49) | 0,720 | 1,52 (0,83 til 1,88) | 0,280 |
| Varighet av plager | 1,01 (0,96 til 1,06) | 0,667 | 0,95 (0,90 til 1,01) | 0,115 |
| Subjektive helseplager | 1,04 (1,00 til 1,09) | 0,041* | 0,97 (0,93 til 1,02) | 0,315 |
| Angst og depresjon | 1,02 (0,94 til 1,10) | 0,552 | 0,97 (0,93 til 1,03) | 0,404 |
| Jobbrelatert mestringstro | 0,26 (0,07 til 0,88) | 0,032* | 1,69 (0,63 til 4,54) | 0,610 |
| Generell mestringstro | 0,99 (0,87 til 1,13) | 0,941 | 1,02 (0,94 til 1,10) | 0,683 |
| Forventning til jobbmulighet | 0,95 (0,46 til 1,97) | 0,902 | 0,54 (0,30 til 0,97) | 0,040* |
| Oppfattet sammenheng | 1,26 (0,35 til 4,15) | 0,716 | 1,45 (0,50 til 4,18) | 0,483 |
| Sykdomsforståelse: | | | | |
| Konsekvenser | 1,41 (0,95 til 2,09) | 0,086 | 0,81 (0,65 til 1,02) | 0,074 |
| Tidsperspektiv | 1,19 (0,93 til 1,51) | 0,162 | 0,96 (0,80 til 1,16) | 0,721 |
| Personlig kontroll | 1,05 (0,84 til 1,31) | 0,654 | 0,82 (0,66 til 1,03) | 0,096 |
| Behandlingskontroll | 1,02 (0,81 til 1,30) | 0,810 | 0,86 (0,67 til 1,10) | 0,238 |
| Identitet | 1,16 (0,86 til 1,56) | 0,308 | 0,95 (0,77 til 1,17) | 0,667 |
| Bekymring for sykdom | 1,16 (0,89 til 1,52) | 0,254 | 1,00 (0,80 til 1,24) | 0,980 |
| Forståelse | 1,01 (0,81 til 1,26) | 0,872 | 0,96 (0,80 til 1,16) | 0,721 |
| Emosjonell respons | 1,35 (0,90 til 2,02) | 0,138 | 1,02 (0,82 til 1,27) | 0,806 |

*signifikant ved 0,05-nivå

§ Angst og depresjon (HAD-total). Subjektive helseplager (SCH-total). Generell mestringstro (TomCats-totalskåre). Jobbrelatert mestringstro: økende verdi representerer høy/god mestringstro. Sykdomsforståelse (B-IPQ). Oppfattet sammenheng: økende verdi representerer positivt syn på arbeids effekt på tilstand. Forventing til jobbmulighet: økende verdi representerer lav forventning om jobbmulighet etter endt behandling. Alder: økende verdi representerer lavere alder (fødselsår). Kjønn: økende verdi presenterer kvinnelig kjønn

4.4.2 Justert logistisk regresjonsmodell

I modell justert for sosiodemografiske variabler (se tabell 7), var høy jobbrelatert mestringstro en signifikant prediktor for økt arbeidsdeltakelse i kontrollgruppen, med odds ratio på 0,23 ($p = ,02$). Altså viste høy jobbrelatert mestringstro å redusere sannsynligheten for økt arbeidsdeltakelse i kontrollgruppen. Videre var lavere forventning om jobbmulighet en signifikant prediktor for økt arbeidsdeltakelse i intervensjonsgruppen, med odds ratio på 0,55 ($p = ,04$). Sagt på en annen måte, viste høyere forventning om jobbmulighet å gi økt sannsynlighet for økt arbeidsdeltakelse i intervensjonsgruppen.

Tabell 7: Justert logistisk regresjonsmodell av prediktorer for økt arbeidsdeltakelse for langtidssykemeldte ($n=259$) ved 12 måneder. Det ble justert for alder, kjønn og utdanning, og analysene ble stratifisert på intervensjon- og kontrollgruppe.

| Prediktorer | Kontroll | | SFJ | |
|-------------------------------------|----------------------|---------|----------------------|---------|
| | OR (95% KI) | p-verdi | OR (95% KI) | p-verdi |
| Jobbrelatert mestringstro | 0,23 (0,06 til 3,72) | 0,024* | 0,72 (0,29 til 1,80) | 0,490 |
| Forventning til jobbmulighet | 0,87 (0,43 til 1,17) | 0,704 | 0,55 (0,31 til 0,98) | 0,042* |
| Subjektive helseplager | 1,04 (0,99 til 1,09) | 0,068 | 0,98 (0,94 til 1,02) | 0,370 |

*signifikant ved 0,05-nivå

§ Jobbrelatert mestringstro: økende verdi representerer høy/god mestringstro. Forventning til jobbmulighet: økende verdi representerer lav forventning om jobbmulighet etter endt behandling. Subjektive helseplager: økende verdi representerer høyere symptomtrykk.

Frekvensfordelingen innen prediktorene *forventning om jobbmulighet* og *jobbrelatert mestringstro* ble undersøkt. ANOVA ble utført for å forsikre at jobbrelatert mestringstro og forventning om jobbmulighet ikke ga signifikant prediksjon på grunn av skjevheter i svarprosent mellom kontroll- og intervensjonsgruppe i subgruppen med langtidssytelser. Variansanalysen viste at det ikke var signifikante gruppeforskjeller mellom kontroll- og intervensjonsgruppe for verken jobbrelatert mestringstro ($F(1, 233) = 1,37, p = ,24$) eller forventning om jobbmulighet ($F(1,178) = .014, p = ,90$).

5 Diskusjon

5.1 Hovedfunn

Målet med denne oppgaven var å undersøke om faktorer, som i tidligere forskning har vist å predikere økt arbeidsdeltakelse, var avgjørende for økt arbeidsdeltakelse blant langtidssykmeldte i Norge med angst og depresjon. Prediktorene som ble inkludert i analysene var jobbrelatert mestringstro, generell mestringstro, forventning om jobbmulighet, oppfattet sammenheng mellom jobb og psykiske plager, subjektive helseplager, samt nivå av angst og depresjon. Et delmål med oppgaven var å undersøke hva som kjennetegnet de langtidssykmeldte på inkluderte prediktorer, sosiodemografiske variabler og varighet av psykiske plager, sammenlignet med personer i risiko for eller i full sykemelding.

Denne studien fant to faktorer som predikerte økt arbeidsdeltakelse blant de langtidssykmeldte ved tolv måneders oppfølging. Høyere forventning om jobbmulighet predikerte økt arbeidsdeltakelse hos intervensjonsgruppen. Dette var i tråd med vår hypotese. Videre ble hypotesen om at høy jobbrelatert mestringstro økte sjansen for retur til arbeid ikke bekreftet. Høy jobbrelatert mestringstro så paradoksalt nok ut til å signifikant redusere sjansen for økt arbeidsdeltakelse hos kontrollgruppen. Det stilles spørsmål ved reliabiliteten av dette funnet. Videre var ikke generell mestringstro en avgjørende faktor for økt arbeidsdeltakelse. Hypotesen om jobbrelatert mestringstro som en sterkere prediktor enn generell mestringstro ble ikke fullt ut bekreftet fordi sammenhengen gikk motsatt vei av det som var forventet. Positiv oppfatning om effekt av arbeid predikerte ikke økt arbeidsdeltakelse, og det gjorde heller ikke andre oppfatninger om sykdom. Dermed ble ikke hypotesen om disse faktorene bekreftet. Angående betydningen av symptomtrykk av psykiske og fysiske helseplager, ble vår hypotese bekreftet da vi ikke fant støtte for en helseseleksjons-effekt.

Langtidssykmeldte skilte seg fra resten av utvalget på flere variabler. De hadde signifikant lengre varighet av psykiske plager, lavere generell mestringstro og lavere utdanningsnivå enn resten av utvalget. Mål på sykdomsforståelse viste at langtidssykmeldte hadde svakere tro på behandling som hjelpsom, men de rapporterte å bedre forstå sin psykiske lidelse enn resten av utvalget. I tillegg oppfattet de langtidssykmeldte det å jobbe som gunstig for mental helse i større grad enn de sykmeldte.

5.2 Kjennetegn ved langtidssykemeldte

5.2.1 Varighet av plager og utdanningsnivå

De langtidssykemeldte hadde lengre varighet av psykiske plager enn resten av utvalget. Det var ikke signifikant aldersforskjell mellom subgruppene, og det kan derfor hende at de langtidssykemeldte hadde tidligere debut og/eller opplevde at plagene hadde vært stabile over tid. En fjerdedel rapporterte å ha hatt psykiske plager i over 15 år, noe som betyr at en 25 % hadde psykiske plager før de var 25 år. Denne andelen var 10 % større enn andelen av sykemeldte og de i risiko for sykemelding.

Utdanningsnivået hos langtidssykemeldte var signifikant lavere enn i resten av utvalget. Blant langtidssykemeldte hadde nærmere 40 % kun fullført videregående skole og omtrent 30 % hadde høyskole- eller universitetsutdanning på 1-4 år. I resten av utvalget var fordelingen omvendt. I tillegg var det nesten en dobbelt andel av langtidssykemeldte som kun hadde grunnskole sammenlignet med de i risiko for sykemelding. Lavt utdanningsnivå er en kjent risikofaktor for både psykiske lidelser og uføretrygd (Mascherini et al., 2012; Myhr, Haugan, Espnes, & Lillefjell, 2016; NAV, 2018; Sveinsdottir, Eriksen, Baste, Hetland, & Reme, 2018). Det kan hende at relativt lavt utdanningsnivå var en medvirkende faktor for å havne utenfor arbeid for de langtidssykemeldte.

Selv om årsaksforholdene er komplekse, er det ikke usannsynlig at tidlig debut og stabilitet av psykiske plager kan påvirke valg, og gjennomføring, av utdanning. Erfaring med å ikke klare å starte på, komme inn eller fullføre et studium eller yrkesfaglig praksis, kan få en rekke konsekvenser. En svensk studie av personer mellom 15 og 29 år som hadde falt utenfor utdanning, praksisprogram og yrkeslivet, viste at de hadde langvarig risiko for å være sosialt ekskludert og forbli utenfor arbeidslivet (Bäckman & Nilsson, 2016). Forskning fra Storbritannia fremholder viktigheten av å være inkludert i utdanning og arbeidsliv med hensyn til humankapital i form av kunnskap og ferdigheter (Mascherini et al., 2012).

5.2.2 Generell og jobbrelatert mestringstro

At langtidssykemeldte hadde lavere generell mestringstro enn resten av utvalget, var forventet. Mens funnet av at de hadde høyere jobbrelatert mestringstro enn subgruppen som nylig var sykmeldte, var uventet. Basert på betydningen av mestringserfaringer i sosial

kognitiv teori (Bandura, 1986), gir det mening at de som har stått utenfor arbeidslivet lengst har lavere generell mestringstro. Dette fordi arbeidsdeltakelse er normen og majoriteten av den voksne befolkningen er i arbeid og ikke mottar trygdeytelser. Lavere generell mestringstro kan også belyses av funnet om at gruppen kjennetegnes av lengre varighet av psykiske plager. Tidlig debut og stabilitet av psykiske plager kan hindre individer i å starte på eller føre til frafall i utdanningsløp. De kan da oppleve å ikke mestre det samfunnet forventer at en skal oppnå. Det å oppleve symptomer i tidlig voksen alder, kan ha ført til erfaring med at de ikke mestrer eksempelvis arbeid. Disse erfaringene kan muligens ha ført til en læringseffekt og kan ha blitt generalisert og bidratt til en form for lært hjelpeløshet og håpløshet i møte andre utfordringer i livet (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978).

Men hvordan forstår vi da funnet som tilsier at de langtidssykemeldte hadde bedre jobbrelatert mestringstro enn de sykemeldte? To andre funn kan potensielt bidra til en forklaring av dette funnet. Det ene funnet er gruppeforskjellen i oppfattet sammenheng mellom arbeid og psykisk helse, hvor langtidssykemeldte i større grad mente at det å jobbe ville være gunstig for deres psykiske helse sammenlignet med de sykemeldte. I følge Ajzen (1991) er positiv evaluering en viktig komponent i individers intensjon. Med dette til grunn er det mulig at de langtidssykemeldte hadde en sterkere intensjon når de rapporterte tro på å kunne påvirke egen arbeidssituasjon. Det andre funnet som kan forklare høyere mestringstro blant langtidssykemeldte, er at subgruppen i full sykemelding rapporterte mer angst og depresjon. I følge sosial læringsteori vil mestringstro påvirkes av emosjonell og psykisk tilstand. Med andre ord kan symptomtrykk påvirke mestringstro i seg selv. En studie fra Nederland har observert dette da de vurderte forholdet mellom RTA-mestringstro og psykiske symptomer. Reduksjon av psykiske symptomer ble nemlig assosiert med en økning i RTA-mestringstro over tid (Nieuwenhuijsen et al., 2013). Videre kan det tenkes at de sykemeldte var mer motivert av å få hjelp til symptombehandling gitt at de hadde mer symptomer, mens de langtidssykemeldte med mindre symptomer kanskje var mer motivert for å komme i jobb.

Kombinasjonen av å oppfatte arbeid som mer negativt for psykisk helse og et større lidelsestrykk, kan sammen potensielt forklare hvorfor de sykemeldte hadde lavere jobbrelatert mestringstro enn de langtidssykemeldte. Man kan heller ikke utelukke en potensiell seleksjonseffekt i studien. En antakelse kan være at de langtidssykemeldte som ønsket å delta sannsynligvis hadde høyere jobbrelatert mestringstro enn de som ikke ønsket å delta. Og videre at de sykemeldte muligens var en mer heterogen gruppe og kanskje hadde andre

insentiver for å bli med i studien. Samtidig kan forskjellen muligens skyldes at generell mestringstro ble målt med et validert spørreskjema, mens jobbrelatert mestringstro kun ble målt med ett spørsmål. Det finnes svakheter ved målet på jobbrelatert mestringstro som vi vil komme tilbake til.

5.2.3 Forventning om jobbmulighet

Når det gjaldt forventninger om jobbmulighet etter behandling, skilte langtidssykemeldte seg fra resten av utvalget og var mindre optimistiske. Men siden flertallet i denne subgruppen ikke var tilknyttet et arbeidssted var det noe problematisk å sammenligne gruppene.

Spørsmålet var nemlig tilpasset de som ikke hadde et arbeid å gå tilbake til (*“Har du et arbeid å gå tilbake til? Hvis nei, hvor gode muligheter tror du at det er for å få arbeid etter endt behandling?”*). Siden deltakere som hadde jobb kunne hoppe over spørsmålet, kan det antas at de som svarte opplevde å ikke kunne gå tilbake til arbeidsstedet. Men det kan ikke utelukkes at noen svarte på spørsmålet selv om de ønsket seg tilbake til samme jobb. En mindre andel av risikogruppen svarte på dette spørsmålet sammenlignet med langtidssykemeldte. For de som var tilknyttet et arbeidssted, men i risiko for sykemelding, kan for eksempel konflikter eller høyt arbeidspress ha vært grunnen til de søkte Senter for jobbmestring. Kanskje ønsket de hjelp til å finne en ny jobb eller råd for tilrettelegging slik at de kunne fungere i jobben.

Tilknytning til arbeidssted kan være en naturlig forklaring på hvorfor de ikke-langtidssykemeldte rapporterte høyere forventning om jobbmulighet. Samtidig var det slik at de sykmeldte hadde signifikant lavere forventning om jobbmulighet enn de som var i risiko for full sykemelding. I motsetning til de langtidssykemeldte, var de sykemeldte tilknyttet et arbeidssted. Dermed kan forskjellen mellom “risiko”- og “sykemeldt”-gruppen skyldes ulik kontakt med arbeidssted. Det kan virke som forventning om jobbmulighet svekkes i takt med mindre kontakt og kommunikasjon med arbeidsstedet en er sykemeldt fra. Samlet sett tyder funnene på at forventningsnivå ble påvirket av hvor lenge man hadde vært borte fra arbeid.

Videre er det viktig å ta spørsmålets formulering i betraktning. Som nevnt tidligere ble også forventninger til nytten av Senter for jobbmestring potensielt målt. Med tanke på lang varighet av plager og lengre tid utenfor arbeidslivet, er det plausibelt at langtidssykemeldte var mer pessimistiske uavhengig av tilknytning til arbeidssted. Funn fra kvalitative analyser i evalueringen av Senter for jobbmestring støtter dette. Dybdeintervjuer med en

informantgruppe bestående av personer med enten langvarig bruk av ulike hjelpetjenester eller som var i ferd med å bli uføretrygdet, viste et lavt forventningsnivå. De rapporterte at de på forhånd ikke hadde store forventninger til Senter for jobbmestring, da de var oppgitt over mangelfull oppfølging i andre deler av velferdstjenestene (Reme et al., 2013). Denne informantgruppen er trolig representativ for subgruppen på langtidsytelser som helhet, siden mange har stått lenge utenfor arbeid og har lang erfaring med ulike tjenester og hjelpetilbud. Satt i sammenheng med oppgavens funn angående forventning om jobbmulighet, virker det som forventningsnivået var lavere blant de langtidssykemeldte.

5.2.4 Sykdomsforståelse

Som nevnt består sykdomsforståelse av kognitive representasjoner og emosjonelle responser som påvirker helseatferd. For å måle konstruktet ble spørreskjemaet B-IPQ brukt, og det ble observert signifikante gruppeforskjeller på fem av åtte aspekter av sykdomsforståelse. Disse var *konsekvenser*, *tidslinje*, *behandlingskontroll*, *identifisering* og *forståelse*. At de langtidssykemeldte rapporterte at sykdommen i større grad hadde *konsekvenser* for livet enn de i risiko for full sykemelding, var naturlig da de i lengre tid hadde stått utenfor arbeidslivet på grunn av psykiske lidelser. Det at de ikke skilte seg signifikant fra subgruppen med sykemeldte, som også var borte fra arbeid, støttet en slik tolkning. Langtidssykemeldte rapporterte i større grad å forstå sine plager, sammenlignet resten av utvalget. Dette kan skyldes at de hadde lengre varighet av plager og med tid hadde fått økt forståelse.

Videre så langtidssykemeldte for seg at sykdommen ville vare lengre sammenlignet med resten av utvalget. De hadde også lavere tro på at behandlingen de fikk for sin tilstand var hjelpsom, altså mindre *behandlingskontroll*. Lang forespeilet varighet kan skyldes lav *behandlingskontroll*, og begge kjennetegn kan skyldes at langtidssykemeldte hadde lengre varighet av plager. Lav *behandlingskontroll* kan også skyldes at de langtidssykemeldte ikke hadde hatt betydelig utbytte av tidligere behandling, eller at symptomreduksjon ikke hadde hjulpet tilstrekkelig med tanke på økt funksjon og jobbdeltakelse. Flere studier kan støtte disse antakelsene. En nederlandsk studie fant at funksjonell tilfriskning førte til raskere retur til arbeid fremfor symptomreduksjon (Lagerveld et al., 2012). Videre fant en svensk studie at symptomreduksjon ikke førte til reduksjon i sykefravær (Ejeby et al., 2014). I likhet med de sykemeldte, rapporterte langtidssykemeldte større grad av opplevelse av symptomer (*identifisering*), enn de i risiko for sykemelding. For de sykemeldte skyldes dette muligens

symptomtrykk, da de viste signifikant høyere nivå av symptomer på angst og depresjon enn resten av utvalget. Mens for de langtidssykemeldte kan større grad av identifisering handle om varighet av psykisk lidelse og de konsekvensene lidelsen har medført deres hverdag.

5.2.5 Oppfattet sammenheng mellom arbeid og psykisk helse

Forskjellene i oppfattet sammenheng mellom arbeid og psykisk helse, bekreftet at langtidssykemeldte i større grad ser på arbeid som positivt for psykisk helse enn sykemeldtgruppen. At de langtidssykemeldte var mer positive i oppfatning av arbeids effekt på psykisk helse kan for eksempel gjenspeile at de hadde lavere symptomtrykk. Vi har ikke belegg for å si at en mer positiv oppfatning hos langtidssykemeldte omhandler at man med tid får korrigert oppfatningen om at man blir syk av å jobbe. Vi vil likevel trekke frem noen studier som kan støtte ideen. Olsen et al. (2015) undersøkte oppfatninger om sammenhengen mellom jobb og psykiske lidelser hos personer med sykefravær grunnet angst og depresjon. Faktorer som mistrivsel og fysisk belastning, men også redusert arbeidsdeltakelse i seg selv, ble ofte oppfattet som årsak til psykiske plager.

Et annet funn som belyser hvordan tid kan prege opplevelse og oppfatning, kommer fra en studie av unge uføre i Norge. Rapporteringen viste høye nivå av psykiske plager og alkoholbruk, og 71 % av deltakerne mente selv de hadde en sykdom. De hyppigst rapporterte årsakene til sykdom var relasjonelle problemer som ensomhet, isolasjon og tap av vennskap (Sveinsdottir et al, 2018). Funnet illustrerer at det er vanlig for unge uføre å oppleve psykiske reaksjoner på å falle utenfor. En annen norsk studie kan også belyse prosessen av å falle utenfor. Den kvalitative studien av Olsen og Jentoft (2010) viser til mange like historier om hvordan unge falt utenfor utdanning og arbeidsliv, og hvordan de utviklet psykiske plager. Familiære problemer, konsentrasjonsvansker, lærevansker, mobbing, utagerende atferd og skulking var faktorer som kom forut for utvikling av sosiale problemer og psykiske lidelser. Samlet sett kan disse funnene illustrere at emosjonelle og psykiske reaksjoner på å falle utenfor er minst like viktige som utløsende faktorer når det kommer til psykiske plager.

Nevnte studier illustrerer først og fremst at forholdet mellom psykiske plager og arbeids- og skoledeltakelse er komplekst. De illustrerer potensielt også hvordan oppfatninger av problemer kan endres underveis i prosessen av å falle utenfor.

5.3 Prediktorer for økt arbeidsdeltakelse hos langtidssykemeldte

5.3.1 Subjektive helseplager: signifikant prediktor i ujustert modell

I ujusterte analyser viste høyere nivå av komorbide helseplager å øke sjansen for retur til arbeid i kontrollgruppen. Dette resultatet er vanskelig å tolke i lys av andre studier, men sammenfaller med andre studier som også antyder at symptomtrykk ikke nødvendigvis hindrer retur til arbeid (Rueda et al., 2012). Resultatet kan skyldes egenskaper ved våre data og være et statistisk artefakt. Når det foreligger få deltakere i en gruppe, slik det gjør i intervensjon- og kontrollgruppen i subgruppen av langtidssykemeldte, skal det lite til for å tippe en statistisk analyse den ene eller andre veien. I dette tilfellet kan det hende at noen som rapportere høyt nivå av helseplager fikk økt arbeidsdeltakelse, og at dette påvirket estimeringen av odds ratio. Men det kan heller ikke utelukkes at de som hadde høyere nivå av helseplager også hadde høyere sannsynlighet for å få behandling som igjen hjalp dem tilbake i jobb. Nivået av subjektive helseplager kan dermed være en konfunderende variabel som egentlig sier noe om sannsynligheten for å få behandling. Det kan tenkes at flere av dem i kontrollgruppen fikk jobbstøtte fra NAV, og god behandling av psykolog og/eller lege, men dette har vi ikke informasjon om.

5.3.2 Jobbrelatert mestringstro: en uventet observasjon

Høy jobbrelatert mestringstro viste å redusere sjansen for økt arbeidsdeltakelse hos kontrollgruppen i både ujustert og justert modell. Dette var et overraskende funn da tidligere forskning i hovedsak peker mot at høyere mestringstro i forbindelse med arbeid øker sjansen for retur til arbeid (Lagerveld et al., 2017; Volker et al., 2015). Dog har et validert spørreskjema vært mål på RTA- mestringstro i disse studiene.

Det kan finnes ulike forklaringer på vår observasjon. Funnet kan gjenspeile en statistisk artefakt som følge av relativt få deltakere i kontroll- og intervensjonsgruppen. Det kan også stilles spørsmål ved validiteten av målet på jobbrelatert mestringstro. Det kan argumenteres for at utsagnet ”*Jeg har ikke muligheter til å påvirke min egen arbeidssituasjon*” utgjorde et godt mål på tro på egen evne til å kontrollere utføring av en oppgave. Dette er i tråd med hvordan mestringstro er definert av Bandura (1986). Et viktig poeng er at målet har svak reliabilitet siden det kun er basert på ett ledd. Dessuten er det vist at et enkelt ledd ikke alltid tar i betraktning at det er flere faktorer som kan ligge under et konstrukt (Ebrahim et al.,

2015). Det kan heller ikke utelukkes at en person med høy jobbrelatert mestringstro som ble med i dette prosjektet, og var full av forventning og motivasjon, kunne bli skuffet om vedkommende ble randomisert til kontrollgruppen, og i tillegg fikk dårlig oppfølging av NAV og fastlegen. Dette kan ha ført til at disse fikk en nocebo-effekt, som kan være det resultatene gjenspeiler.

Denne oppgaven fant ikke støtte for at høy jobbrelatert mestringstro i forbindelse med retur til arbeid er viktig for langtidssykemeldte i en intervensjonsgruppe. RTA-mestringstro er likevel noe en bør fokusere på i møte med sykemeldte, da faktoren er funnet betydningsfull i flere studier (Lagerveld et al., 2010; Volker et al., 2015). Tanker om mestring og ens selvkonsept blir ofte påvirket av psykiske lidelser (Corrigan, Watson, & Barr, 2006). RTA-mestringstro bestod som en signifikant prediktor når symptomer fra vanlige psykiske lidelser ble kontrollert for (Nieuwenhuijsen et al., 2013). Dette kan tyde på at RTA-mestringstro er en viktig prediktor for retur til arbeid uavhengig av symptomer fra vanlige psykiske lidelser.

5.3.3 Forventning om jobbmulighet

Resultatene fra analysene støttet hypotesen om at lav forventning om jobbmulighet reduserte sjansen for økt arbeidsdeltakelse, mens høyere forventning ga økt sjanse. Forventning om jobbmulighet var imidlertid kun signifikant prediktor for intervensjonsgruppen. Våre funn viser likheter med tidligere forskning som har funnet at forventninger om retur til arbeid er en viktig faktor for å predikere tilbakeføring til arbeid (Mondloch et al., 2001; Cornelius et al., 2011). Volker et al. (2015) har sett at forventninger om retur til arbeid er viktig hos langtidssykemeldte på tvers av lidelser, men bare én tidligere studie som vi kjenner til har undersøkt dette hos langtidssykemeldte med vanlige psykiske lidelser (Løvvik et al., 2014). I Løvvik et al. (2014) predikerte ikke forventning om retur til arbeid trygdeytelser fra NAV for langtidssykemeldte seks måneder etter baseline, men gjorde det for de to andre subgruppene. Vi undersøkte forventning om retur til arbeid med et annet utsagn enn det Løvvik et al. (2014) gjorde i sine analyser. Siden vi fant forventning om jobbmulighet som signifikant prediktor, kan det tenkes at utsagnet brukt i denne oppgaven bedre har fanget opp forventning om returnering til arbeid hos langtidssykemeldte.

At forventning kun predikerte retur til arbeid for intervensjonsgruppen, kan skyldes spørsmålets formulering. Spørsmålet kan fange opp forventning om at behandlingen vil øke sjansen for retur til arbeid, og ikke bare forventning om returnering til arbeid. Dermed tyder

resultatene på at forventning om at behandling ville fungere og føre til retur til arbeid, og var betydningsfullt for de som mottok arbeids fokusert terapi og individuell jobbstøtte. I psykoterapiforskning har man sett at lave forventninger til utfall er assosiert med dårligere utbytte av behandling (Lambert, 2013, s. 235), noe som ser ut til å sammenfalle med våre observasjoner. Videre predikerte ikke leddet behandlingskontroll fra målet på sykdomsforståelse økt arbeidsdeltakelse. Variasjon i oppfatning av tidligere behandling for psykisk lidelse som hjelpsom eller ei, ga ikke utslag. Derimot virker forventning til nytte av behandling og oppfølging (gjennom Senter for jobbmestring) å ha vært avgjørende. Dette kan illustrere at de langtidssykemeldte ikke nødvendigvis forventet å bli kvitt sine plager, men forventet å klare å jobbe på tross av dem.

5.4 Faktorer som ikke forklarte økt arbeidsdeltakelse

5.4.1 Sosiodemografiske variabler og varighet av psykiske plager

Kjønn, alder, utdanningsnivå og varighet av psykiske plager var primært inkludert som kovariater, men ble også analysert som prediktorer. Ingen av disse variablene forklarte økt arbeidsdeltakelse blant langtidssykemeldte i kontroll- eller intervensjonsgruppen. På tross av skjev kjønnsfordeling i sykefravær generelt, ser det ikke ut til å reflekteres i behandlingssuksess i våre resultater. At de med lavere utdanning har like godt utbytte av Senter for jobbmestring som de med høyere utdanning, kan tyde på at tiltaket er effektivt uavhengig av akademisk bakgrunn. Funnene er imidlertid motstridende til en oversiktsartikkel som viser at demografiske variabler, som lavere utdanningsnivå, høyere alder og det å være kvinne, er rapportert som stabile prediktorer for ikke retur til arbeid, som nevnt innledningsvis (Cornelius et al., 2011).

5.4.2 Generell mestringstro

Nivå av generell mestringstro predikerte ikke økt jobbdeltakelse hos langtidssykemeldte. Funnet er i tråd med studier som har vist at man øker prediksjonsverdien om man vurderer en mer spesifikk mestringstro opp mot utfall (Leganger et al., 2000; Conner and Norman, 1996; Epel et al., 1999). Selv om generell mestringstro ikke predikerte økt arbeidsdeltakelse i denne studien, betyr ikke dette at det ikke er klinisk relevant for hjelpeapparatet å ta hensyn til generell mestringstro hos den enkelte. Siden resultatene viser at denne gruppen har relativt

lavt nivå av mestringstro, kan det å vise forståelse og sympati for betydningen av manglende mestringserfaringer være nyttig i alliansebygging. Men for å øke sjansen for tilbakeføring til arbeid indikerer vår observasjon at det er mer hensiktsmessig å undersøke og styrke mestringstro knyttet til arbeidsdeltakelse sammenlignet med generell mestringstro hos langtidssykemeldte.

5.4.3 Helseseleksjons-effekt

Vår hypotese ble bekreftet da vi ikke fant støtte for helseseleksjons-effekten. Flere studier har overraskende vist at symptomtrykk ikke predikerer returnering til arbeid ved sykemelding. En svensk studie fant at symptomreduksjon, som et resultat av en psykososial intervensjon, ikke førte til nedgang i sykefravær (Ejeby et al., 2014). Funnene ble tolket i retning av at reduksjon av psykiske symptomer og økt livskvalitet blant pasienter med vanlige psykiske lidelser ikke er tilstrekkelig for å redusere risikoen for sykemelding. Symptomtrykk henger dermed ikke nødvendigvis sammen med funksjonsnivå. Vårt funn om at grad av komorbide helseplager så ut til å predikere økt arbeidsdeltakelse i kontrollgruppen, kan illustrere nettopp dette.

Manglende støtte for at symptomtrykk er avgjørende for økt arbeidsdeltakelse, utfordrer behandlingsmetoder i psykisk helsevesen som har en tradisjon for å fokusere på symptomreduksjon. Dette støttes av en ny svensk meta-analyse som undersøkte effekten av ulike symptomfokuserende intervensjoner for retur til arbeid, hvor resultatene viste en liten effekt (Finnes et al., 2019). De siste årene har det kommet forskning som viser at et viktig element i oppfølging av sykefravær, er å ha et eksplisitt fokus på tilbakeføring til arbeid i behandlingen (Ejeby et al., 2014; Lagerveld et al., 2012), inkludert effektstudien av Senter for jobbmestring (Reme et al., 2015). Det ser ut til å være virkningsfullt å fokusere på hvordan individets psykiske vansker manifesterer seg på jobb, og i tillegg tilrettelegge på arbeidsstedet ved behov. I forlengelse av dette fant nylig en oversiktsartikkel og meta-analyse sterk evidens for at intervensjoner som inkluderte kontakt med arbeidsstedet førte til raskere retur til arbeid (Mikkelsen & Rosholm, 2018).

Sammenlagt gir funnene implikasjoner for hvordan intervensjoner bør utformes for å fremme tilbakeføring til arbeid best mulig. Samtidig er det viktig å påpeke at et økt fokus på hvordan symptomene manifesterer seg på jobb, ikke behøver å gå på bekostning av symptomreduksjon. Videre er det viktig at hjelpeapparatet er bevisst på at psykiske lidelser ofte er komorbide med fysiske sykdommer. Derfor bør alltid tilstedeværelsen av en psykisk

lidelse bli vurdert hos de som er langtidssykemeldt, uavhengig om dette var den initiale grunnen (Henderson et al., 2011).

5.4.4 Sykdomsforståelse og oppfattet effekt av arbeid på psykisk helse

Ingen av leddene fra *sykdomsforståelse* predikerte økt arbeidsdeltakelse. Dette resultatet samsvarer med observasjoner gjort seks måneder etter baseline på subgruppen på langtidssytelser (Løvvik et al., 2014). Heller ikke oppfattet sammenheng mellom arbeid og psykiske plager, predikerte økt arbeidsdeltakelse. Likevel tror vi at slik type oppfatning kan være viktig for motivasjon for retur til arbeid, bevisst eller ubevisst. Løvvik et al. (2013) fant at sykdomsforståelse, spesielt oppfattede konsekvenser, og forventning om returnering til arbeid var signifikant assosiert. Dette indikerer at oppfatningen individer har om sykdommens konsekvenser kan være viktig i retur til arbeid-prosessen. Videre kan funnet illustrere at selv om en mener det ville vært gunstig å jobbe med hensyn til psykisk helse, er ikke en slik positiv innstilling nok for å øke arbeidsdeltakelse. Dette kan sees i sammenheng med teorien om planlagt atferd hvor intensjonen, som er den sterkeste prediktoren for atferd, består av både holdninger, subjektive normer og oppfattet kontroll over egen atferd (Ajzen, 1991). Ut fra denne modellen svekkes personens intensjon om å utføre en handling dersom den opplevde kontrollen er lav. På den andre siden var det ikke avgjørende å ha en oppfatning om å bli syk av å arbeide, noe som illustrerer at heller ikke en negativ evaluering alene er det som hindrer tilbakeføring til arbeid.

5.5 Andre viktige forhold for tilbakeføring til arbeid

Det kan virke som det er andre bidragende faktorer som spiller inn i retur til arbeid hos langtidssykemeldte enn faktorene som er undersøkt i denne oppgaven. Andre psykologiske og individuelle faktorer som resiliens og personlighet, kunne potensielt gi utslag. Og en nylig studie gjort av Nordahl og Wells (2019) tyder på at det kan være hensiktsmessig å identifisere metakognitive antakelser hos sykemeldte med sosial angst. De observerte at negative metakognitive tanker om ukontrollerbarhet og fare ved bekymring var signifikante prediktorer for arbeidsstatus. Disse var signifikante når antall symptomer og komponentene i kognitiv atferdsterapi var kontrollert for (Nordahl & Wells, 2019). Men med hensyn til individuelle faktorer er det viktig å ta høyde for et komplekst samspill mellom faktorer i alle tilfeller (Andersen, Nielsen & Brinkmann, 2012). Sosiale og kontekstuelle faktorer, som ulike forhold

på arbeidsstedet og helsesystemet, kan spille inn i prosessen med tilbakeføring til arbeid for sykemeldte med vanlige psykiske lidelser. Det at sykefravær og retur til arbeid-prosesser er sammensatte, kan være en grunn til at det er vanskelig å finne mange enkeltprediktorer som er avgjørende for mange.

Flere kontekstuelle faktorer viser seg viktige for arbeidsrehabilitering. Når det gjelder faktorer på arbeidsstedet, er det funnet at høye arbeidskrav og lav jobbkontroll predikerer sykefravær hos arbeidere med vanlige psykiske lidelser (de Vries et al., 2018). Sykefraværet blir høyt spesielt om begge disse faktorene er tilstede. En metaanalyse på virksomme intervensjoner for retur til arbeid, viste sterk evidens for at kontakt med arbeidsplassen var et viktig element for retur til arbeid-prosessen blant sykemeldte grunnet psykiske lidelser (Mikkelsen & Rosholm, 2018). Slike funn tilsier at det er hensiktsmessig at arbeidsgiver følger opp sykemeldte og ikke overlater ansvar for retur til arbeid til individ og behandlingsapparat. Faktisk ser lederes håndtering av sykefravær ut til å spille en stor rolle. Deres håndtering har større betydning for tilbakeføring til arbeid enn tilfredshet med helsevesenet (Butler, Johnson, & Côté, 2007). Det kan tenkes at dette spiller en rolle for tilbakeføring til arbeidslivet hos de langtidssykemeldte med arbeidsavklaringspenger som var i kontakt med sin arbeidsgiver. Da vi har ikke tilgang på rapportering om slike forhold var det ikke mulig å få undersøkt dette. Betydningen av lederes håndtering av sykefravær bør følges opp i videre studier.

På den andre siden er det flere ledere som mener det er krevende å følge opp sykefraværssaker med vanlige psykiske lidelser som årsak (Lau, Dye & Aarseth, 2018). Det kan derfor være hensiktsmessig å gi ledere opplæring i hva som kjennetegner psykiske lidelser, og hvordan slike plager kan påvirke arbeid, for at de skal føle seg tryggere i slike saker og bedre skal kunne møte sine ansatte på en god måte. En svensk studie viser god effekt av nettopp en slik intervensjon (Linton, Boersma, Traczyk, Shaw, & Nicholas, 2016). Studien viste at selv en kort intervensjon for ledere som inneholdt problemløsnings- og kommunikasjonstrening reduserte sykefravær for en gruppe i risiko for dette.

En annen viktig faktor på arbeidsplassen kan være mangel på respekt fra kollegaer. Flere studier har vist at mobbing på arbeidsstedet er en sentral faktor i sykefraværssaker (Asfaw et al., 2014; Niedhammer et al., 2014). Det kan også se ut til at individer som returnerer etter sykefravær grunnet vanlige psykiske lidelser møter mer negativitet fra kollegaer enn de som returnerer etter somatisk sykdom. Dette kan reflektere en mangel på kunnskap om psykiske lidelser. Unngåelse og kroppslige symptomer er vanlige i angsttilstander, og kjernesymptomer

på depresjon er lavt energinivå, tap av interesse og nedstemthet. Det er også vanlig å ha symptomer på både angst og depresjon (Maser, 1990; Pollack, 2005). Slike symptomer kan være utfordrende for både den som rammes og personer rundt vedkommende i prosessen med å komme tilbake arbeid. Å møte sykemeldte som har vært ute av arbeidslivet med vanlige psykiske lidelser på en god måte kan være lettere om man har kunnskap om hva lidelsene innebærer. Det er også viktig å spre kunnskap om at slike symptomer er en del av en lidelse og ikke er noe folk kan velge å endre utelukkende utfra vilje.

Nyere forskning antyder at også strukturelle faktorer på et samfunnsmessig plan kan opptre som barrierer eller muligheter for arbeidsdeltakelse (Halonen et al., 2016; Markussen, Røed, Røgeberg, & Gaure, 2011). En tidligere OECD-rapport har vist til store forskjeller i sykefravær mellom medlemsland i OECD, hvor Norge har det høyeste fraværet (OECD, 2003). Slike forskjeller er blitt forklart med at landene har sosiale og kulturelle forskjeller og ulike kompensasjonssystem. I Norge mottar arbeiderne 100 % erstatning for tapt inntekt fra første dagen de er borte fra jobb og opp til 52 uker. Etter ett år endrer utbetalingene seg til omtrent 66 % av tidligere inntekt. I sammenheng med dette ble det funnet etter en gjennomgang av nasjonal statistikk at antall tilfriskninger og retur til arbeid økte betraktelig rett før ett år var gått i mange tilfeller (Markussen et al., 2011). Dette kan tyde på at strukturelle faktorer er av betydning for prosessen med å returnere til arbeid.

Samfunnsmessige strukturer sin innvirkning på retur til arbeid bør undersøkes i videre studier, og konklusjoner bør trekkes med forsiktighet.

Sammenlagt støtter nevnte funn en bio-psyko-sosial modell i forståelsen av sykefravær og prosessen med tilbakeføring til arbeid.

5.6 Styrker og begrensninger

En betydelig styrke ved datamaterialet til denne oppgaven er størrelsen på studiens utvalg. Deltakere ble rekruttert på ulike NAV-senter rundt om i Norge, og kun 17 av 1416 som ble inkludert ønsket ikke å delta i studien. I en oppfølgingsstudie ble det videre vist at deltakerne i studien var like de som søkte hjelp utenfor studien (Øverland, Grasdahl, & Reme, 2016). Det kan dermed antas at utvalget er representativt for den populasjonen man ønsket å generalisere funnene til. Med tanke på at data er hentet fra en randomisert kontrollert studie med høy økologisk validitet, har resultatene våre god overføringsverdi. Videre er det en fordel at det ble benyttet registerbasert informasjon om trygdeutbetalinger for alle deltakerne, da dette

forhindrer problemer med drop-out ved oppfølging. På bakgrunn av funn angående sterkest langtidseffekt av oppfølging fra Senter for jobbmestring for langtidssykemeldte, er det en styrke at vi har mulighet til å sammenligne denne gruppen med resten av utvalget på en rekke variabler. Bortsett fra innhenting av informasjon om arbeidsdeltakelse, ble det benyttet spørreskjema. Selvrapportering kan representere en svakhet ved originalstudien, og derfor også i denne oppgaven, da denne metoden kan gi målefeil og skjevheter i resultatene blant annet på grunn av manglende svar.

Det er en svakhet at vi ikke har validerte mål på alle prediktorene inkludert i analysene. En viktig grunn til dette er at spørreskjemaet i baselinemålingen ikke inkluderte validerte mål på faktorene vi ønsket å undersøke. Eksempelvis var ikke det standardiserte spørreskjemaet for RTA-mestringstro inkludert fordi det ikke var oversatt til norsk og tilgjengelig da forskningsprosjektet ble gjennomført. Men selv om benyttede enkeltledd ikke var validitetstestet, mener vi at spørsmålene var underbygget av evidensbaserte teorier og flere studier og derfor kunne fange opp konstruktene vi ønsket å måle.

For å måle deltakernes sykdomsforståelse ble spørreskjemaet B-IPQ benyttet. Det er et reliabelt måleinstrument og bruk av dette sørger for at resultatene kan sammenlignes med andre studiepopulasjoner som bruker B-IPQ. Noe som kan antas å være en begrensning i bruken av dette spørreskjemaet, er at det ikke eksplisitt ble spurt om deltakernes oppfatning av deres psykisk lidelse, slik at de kan ha svart ut fra en annen type plage. Likevel kan det antas at de fleste deltakerne svarte ut fra sin oppfatning av vanlige psykiske lidelser, da dette var et av inklusjonskriteriene i studien. Videre kan det ikke utelukkes at det foreligger en sannsynlighet for feil i resultatene som følge av multippel testing. Problem med multippel testing kan oppstå når man inkluderer parametere basert på tidligere observasjoner eller tester mer enn en hypotese samtidig, noe som er gjort i denne oppgaven. Det kan heller ikke utelukkes at andre typer analyser kunne belyst sammenhenger mellom disse faktorene og arbeidsdeltakelse ytterligere. Mer nyanserte analyser, som interaksjonsanalyser, kunne potensielt fremhevet betydning av inkluderte faktorer som ikke ga direkte utslag i økning av arbeidsdeltakelse.

6 Implikasjoner

6.1 Implikasjoner for samfunn og arbeidspolitikk

At langtidssykemeldte hadde lengre varighet av psykiske plager, impliserer at både tilgang på lavterskeltilbud og spesialisthelsetjeneste kan være viktig med hensyn til forebygging. Samtidig er kunnskap og åpenhet om psykiske plager og behandlingsmuligheter viktig. De langtidssykemeldte hadde et relativt lavt utdanningsnivå, noe som kan ha vært påvirket av psykiske plager i ungdomstiden og tidlig voksenliv. Det er viktig å redusere frafall i utdanning og styrke overgangen til arbeidslivet ved individuell oppfølging av unge som er i risiko for å falle utenfor (OECD, 2013). Eksempelvis kan styrking av skole- og studenthelsetjenesten være et nyttig tiltak for å redusere frafall. Samtidig var ikke utdanning en negativ prediktor for behandlingssuksess av Senter for jobbmestring. Det underbygger nytteverdien av slike tiltak og impliserer prioritering av rehabiliteringstiltak i arbeidspolitikk.

6.2 Implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning

Økt kunnskap om ulike psykologiske faktorer som predikerer retur til arbeid hos langtidssykemeldte hjelper oss ikke bare med å forstå *hva* som er virksomt i denne prosessen. Det gir også indikasjon på *hvem* som vil få størst utbytte av intervensjoner. Faktoren forventning om jobbmulighet predikerte økt arbeidsdeltakelse hos langtidssykemeldte i intervensjonsgruppen og viste at deltakerne med høyere forventninger ved baseline fikk mer ut av behandlingen enn de med lave forventninger. Dette impliserer at det er hensiktsmessig å utforske forventningsnivå og å bruke tid på å styrke tro på jobbmulighet i møte med langtidssykemeldte dersom forventningsnivået er lavt.

Det er ikke vanlig for klinikere å måle en persons forventning om tilfriskning ved sykemelding (Ebrahim et al., 2015). Denne faktoren kan det være nyttig å utforske i helsetjenester. En mer nyansert forståelse av forventning om jobbmulighet og hvordan den påvirker den sykemeldte sin prosess med å returnere til arbeid, kan fasilitere kliniske strategier som fokuserer på denne sentrale psykologiske faktoren. Forventninger kan i stor grad være påvirket av for eksempel svart-hvitt tenkning eller håpløshet. Lagerveld et al. (2012) fremholder også at terapi vil kunne bidra til å modifisere slike uhensiktsmessige tanker og følelser som kan påvirke prosessen av tilbakeføring til arbeid. Dette impliserer at dersom

en kjenner til en persons lave forventninger vil man kunne jobbe systematisk for å styrke disse i terapi, og dermed øke sannsynligheten for tilbakeføring til arbeid.

Videre har funn angående betydning av symptomtrykk og komorbiditet (subjektive helseplager) implikasjoner for behandling av psykiske lidelser. Psykisk helsevern har en tradisjon for å fokusere på symptomlette, og betydningen av arbeidsdeltakelse har kanskje vært undervurdert. Manglende fokus på arbeid i psykisk helsevern er en av hovedutfordringene som trekkes fram i OECD-rapporten fra 2013. Våre funn tyder på at symptomtrykk ikke er et avgjørende hinder for retur til arbeid og at det er hensiktsmessig at psykologer fokuserer på arbeidsdeltakelse. Det kan innebære eksplisitt fokus på forventninger om retur til arbeid og mestring av symptomer i arbeidssituasjoner. Men økt fokus på arbeidsdeltakelse kan også innebære tettere samarbeid med NAV og arbeidsgivere. OECD-rapporten anbefaler bedre integrasjon av arbeidsrehabilitering og behandling av psykiske lidelser, og et av forslagene er tettere samarbeid mellom NAV, distriktpsikiatrisk senter (DPS) og fastleger.

Forskningsfeltet på arbeidsrehabilitering strever med å forklare hva som er avgjørende for å få sykemeldte tilbake i arbeid. Med tanke på konsekvenser for individ og samfunn, er det behov for effektive tiltak for å forebygge langvarig sykefravær. Senter for jobbmestring var et effektivt tiltak for økt arbeidsdeltakelse blant langtidssykemeldte, men tiltaket hadde ikke like god effekt for de andre subgruppene. Det er hensiktsmessig å ytterligere undersøke hva som er effektiv arbeidsrehabilitering for personer med vanlige psykiske lidelser i ulike faser av sykefravær. Videre forskning bør også bruke kvalitativ metode for å generere nye ideer om hva som kan hjelpe personer tilbake i arbeid.

7 Konklusjon

Målet med denne oppgaven var å undersøke om faktorer, som i tidligere forskning har vist å predikere retur til arbeid, var avgjørende for økt arbeidsdeltakelse blant langtidssykemeldte med angst og depresjon i Norge. Prediktorene som ble inkludert i analysene var jobbrelatert mestringstro, generell mestringstro, forventning om jobbmulighet, oppfattet sammenheng mellom jobb og psykiske plager, subjektive helseplager, samt symptomtrykk av angst og depresjon. Et delmål med oppgaven var å undersøke hva som kjennetegnet de langtidssykemeldte innenfor inkluderte prediktorer, sosiodemografiske variabler og varighet av psykiske plager, sammenlignet med personer i risiko for eller i full sykemelding.

Langtidssykemeldte skilte seg fra ikke-langtidssykemeldte på flere variabler. De hadde lengre varighet av plager på tross av at det ikke var signifikant forskjell i alder mellom subgruppene. Samtidig anså de arbeid som mer gunstig for psykisk helse enn de sykemeldte.

Langtidssykemeldte hadde også lavere utdanningsnivå, noe som samsvarer med forskning som viser at lavere sosioøkonomisk status øker risiko for trygdeytelser. Samtidig var ikke utdanningsnivå avgjørende for økt arbeidsdeltakelse og utbytte av Senter for jobbmestring. Resultatene viste at høyere forventning om jobbmulighet predikerte økt arbeidsdeltakelse i intervensjonsgruppen. At lave forventninger reduserte sjansen for økt arbeidsdeltakelse, var i tråd med hypotese og annen forskning. Videre viste høy jobbrelatert mestringstro å redusere sjansen for økt arbeidsdeltakelse i kontrollgruppen. Dette var et overraskende funn som bør tolkes med forsiktighet. Resultatene tyder på at symptomtrykk ikke var avgjørende for tilbakeføring til arbeid. Dette utfordrer tradisjonelle behandlingsmetoder av psykiske lidelser, hvor målet er å øke funksjonsnivå gjennom symptomlette.

Samlet sett antyder resultatene at tilbakeføring til arbeid er en kompleks prosess, da få individuelle faktorer forklarte økt arbeidsdeltakelse. Dette kan vise til viktigheten av å undersøke kontekstuelle faktorer i videre forskning.

8 Litteraturliste

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior 1. *Journal of applied social psychology*, 32(4), 665-683.
- Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C. L., Norris, A., & Beasley, R. (1999). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80(3), 483-491
- Asfaw, A. G., Chang, C. C., & Ray, T. K. (2014). Workplace mistreatment and sickness absenteeism from work: results from the 2010 National Health Interview survey. *American journal of industrial medicine*, 57(2), 202-213.
- Audhoe, S. S., Hoving, J., Nieuwenhuijsen, K., Friperon, R., de Jong, P. R., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. (2012). Prognostic factors for the work participation of sick-listed unemployed and temporary agency workers with psychological problems. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(4), 437-446.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology*, 4(3), 359-373.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of psychosomatic research*, 52(2), 69-77.
- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., & MacDonald, E. (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(1), 27-34.
- Boardman, A. P., Grimbaldeston, A., Handley, C., Jones, P., & Willmott, S. (1999). The North Staffordshire Suicide Study: a case-control study of suicide in one health district. *Psychological medicine*, 29(1), 27-33.
- Boot, C. R., Heijmans, M., van der Gulden, J. W., & Rijken, M. (2008). The role of illness perceptions in labor participation of the chronically ill. *International archives of occupational and environmental health*, 82(1), 13-20.

- Brage, S., Ihlebæk, C., Natvig, B., & Bruusgaard, D. (2007). Muskel-og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser 2369–70. *ret*, 1, 08.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637.
- Broadbent, E., Kydd, R., Sanders, D., & Vanderpyl, J. (2008). Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: role of illness perceptions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(2), 147-153.
- Brouwer, S., Reneman, M. F., Bültmann, U., Van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of occupational rehabilitation*, 20(1), 104-112.
- Brouwer, S., Krol, B., Reneman, M. F., Bültmann, U., Franche, R.-L., van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2009). Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: an application of the theory of planned behavior. *Journal of occupational rehabilitation*, 19(2), 166-174.
- Butler, R. J., Johnson, W. G., & Côté, P. (2007). It pays to be nice: employer-worker relationships and the management of back pain claims. *Journal of occupational and environmental medicine*, 49(2), 214-225.
- Cameron, I. M., Crawford, J. R., Lawton, K., & Reid, I. C. (2008). Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *Br J Gen Pract*, 58(546), 32-36.
- Claussen, B., Bjørndal, A., & Hjort, P. F. (1993). Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 47(1), 14-18.
- Conner, M., & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours.
- Cornelius, L., Van der Klink, J., Groothoff, J., & Brouwer, S. (2011). Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 259-274.
- 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.

- de Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Sanchez, A. R., & Wegewitz, U. (2018). Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders: a scoping review. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(3), 393-417.
- Dunstan, D. A., Covic, T., & Tyson, G. A. (2013). What leads to the expectation to return to work? Insights from a Theory of Planned Behavior (TPB) model of future work outcomes. *Work*, 46(1), 25-37.
- Ebrahim, S., Malachowski, C., El Din, M. K., Mulla, S. M., Montoya, L., Bance, S., & Busse, J. W. (2015). Measures of patients' expectations about recovery: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(1), 240-255.
- Ejebby, K., Savitskij, R., Öst, L.-G., Ekbohm, A., Brandt, L., Ramnerö, J. & 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.
- Elstad, J. I. (2005). Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer. S.-o. *helsedirektoratet (Ed.). Oslo.*
- Epel, E. S., Bandura, A., & Zimbardo, P. G. (1999). Escaping Homelessness: The Influences of Self-Efficacy and Time Perspective on Coping With Homelessness 1. *Journal of applied social psychology*, 29(3), 575-596.
- 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.
- Falkenberg, E.S., & Wie, O. B. (2012). Anxiety and depression in tinnitus patients: 5-year follow-up assessment after completion of habituation therapy. *International journal of otolaryngology*, 2012.
- Finansdepartementet (2010). Prop. 1 S (2010–2011) Gul bok Statsbudsjettet 5. Folketrygdens utgifter og inntekter. Oslo: Finansdepartementet
- 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.
- Franche, R.-L., & Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *Journal of occupational rehabilitation*, 12(4), 233-256.

- Ginexi, E. M., Howe, G. W., & Caplan, R. D. (2000). Depression and control beliefs in relation to reemployment: What are the directions of effect? *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(3), 323.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American journal of health promotion, 11*(2), 87-98.
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Werner, K., Kraemer, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effects of individual cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*(6), 1034.
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C. & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet, 377*(9783), 2093-2102.
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M., & Corbiere, M. (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*(2), 215-231.
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health, 18*(2), 141-184.
- Halonen, J., Solovieva, S., Pentti, J., Kivimäki, M., Vahtera, J., & Viikari-Juntura, E. (2016). Effectiveness of legislative changes obligating notification of prolonged sickness absence and assessment of remaining work ability on return to work and work participation: a natural experiment in Finland. *Occup Environ Med, 73*(1), 42-50.
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med, 74*(4), 301-310.
- 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), 198-207.
- Hensing, G., & Spak, F. (1998). Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses: a general population-based study. *The British Journal of Psychiatry, 172*(3), 250-256.

- Hoving, J., Van der Meer, M., Volkova, A., & Frings-Dresen, M. (2010). Illness perceptions and work participation: a systematic review. *International archives of occupational and environmental health*, 83(6), 595-605.
- Ihlebaek, C., Brage, S., & Eriksen, H. R. (2006). Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003. *Occupational Medicine*, 57(1), 43-49.
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive behaviors*, 36(12), 1120-1126.
- Kamaleri, Y., Natvig, B., Ihlebaek, C. M., Benth, J. S., & Bruusgaard, D. (2009). Change in the number of musculoskeletal pain sites: a 14-year prospective study. *PAIN®*, 141(1-2), 25-30.
- Kelley, H. H., & Michela, J. L. (1980). Attribution theory and research. *Annual review of psychology*, 31(1), 457-501.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2005a). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005b). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*, 57(10), 656-660.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098.
- Labriola, M., Lund, T., Christensen, K. B., Albertsen, K., Bültmann, U., Jensen, J. N., & Villadsen, E. (2007). Does self-efficacy predict return-to-work after sickness absence? A prospective study among 930 employees with sickness absence for three weeks or more. *Work*, 29(3), 233-238.
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., & Schaufeli, W. B. (2010). Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress*, 24(4), 359-375.
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L., & Schaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *Journal of occupational health psychology*, 17(2), 220.

- Lagerveld, S. E., Brenninkmeijer, V., Blonk, R. W., Twisk, J., & Schaufeli, W. B. (2017). Predictive value of work-related self-efficacy change on RTW for employees with common mental disorders. *Occup Environ Med*, 74(5), 381-383.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*: John Wiley & Sons New York, NY.
- Lau, B., Dye, A., & Aaseth, S. (2018). Lederes erfaringer med oppfølging av sykmeldte. Kjennetegn ved enkle versus utfordrende saker. *Psykologtidsskriftet*, 55(7), 586-567.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Fifty years of the research and theory of RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues*, 366-388.
- Leganger, A., Kraft, P., & Røysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behaviour research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology and Health*, 15(1), 51-69.
- Leiknes, K. A., Dalsbø, T. K., & Siqveland, J. (2016). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).
- Linton, S. J., Boersma, K., Traczyk, M., Shaw, W., & Nicholas, M. (2016). Early workplace communication and problem solving to prevent back disability: results of a randomized controlled trial among high-risk workers and their supervisors. *Journal of occupational rehabilitation*, 26(2), 150-159.
- Løvvik, C., Øverland, S., Hysing, M., Broadbent, E., & Reme, S. E. (2013). Association between illness perceptions and return-to-work expectations in workers with common mental health symptoms. *Journal of occupational rehabilitation*, 24(1), 160-170.
- Løvvik, C., Shaw, W., Øverland, S., & Reme, S. E. (2014). Expectations and illness perceptions as predictors of benefit recipiency among workers with common mental disorders: secondary analysis from a randomised controlled trial. *BMJ open*, 4(3), e004321.
- Markussen, S., Røed, K., Røgeberg, O. J., & Gaure, S. (2011). The anatomy of absenteeism. *Journal of health economics*, 30(2), 277-292.
- Mascherini, M., Salvatore, L., Meierkord, A., & Jungblut, J.-M. (2012). *NEETs: Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe*: Publications Office of the European Union Luxembourg.
- Maser, J. D. (1990). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. American Psychiatric Pub.

- 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 disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(9), 675-686.
- Miorelli, A., & Abe, A. M. (2016). Psychiatric aspects of chronic physical disease. *Medicine*, 44(12), 729-733.
- Mondloch, M. V., Cole, D. C., & Frank, J. W. (2001). Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *Cmaj*, 165(2), 174-179.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9064), 1498-1504.
- Myhr, A., Haugan, T., Espnes, G. A., & Lillefjell, M. (2016). Disability pensions among young adults in vocational rehabilitation. *Journal of occupational rehabilitation*, 26(1), 95-102.
- Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A. A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *The British journal of psychiatry*, 179(6), 540-544.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.
- Mykletun, A., Eriksen, H., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., & Guldvog, B. (2010). Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings-og nærværsreform. *Ekspertgrupperapport til arbeidsdepartementet*.
- NAV. (2018, 22.06). Utviklingen i uførediagnoser per 30. juni 2015.
Hentet fra URL:
<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd/Diagnoser+uforetrygd>
- NAV. (2019, 20.03). Utvikling i sykefraværet, 4. kvartal 2018.
Hentet fra URL:
<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar>

- Niedhammer, I., Sultan-Taïeb, H., Chastang, J.-F., Vermeulen, G., & Parent-Thirion, A. (2014). Fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in 31 countries in Europe. *International archives of occupational and environmental health*, 87(4), 403-411.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J., De Boer, A., Blonk, R. W., & van Dijk, F. J. (2006). Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 32(1), 67-74.
- Nieuwenhuijsen, K., Noordik, E., van Dijk, F. J., & van der Klink, J. J. (2013). Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 290-299.
- Nordahl, H., & Wells, A. (2019). In or out of work: A preliminary investigation of mental health, trait anxiety and metacognitive beliefs as predictors of work status. *Clinical Psychologist*, 23(1), 79-84.
- Odéen, M., Westerlund, H., Theorell, T., Leineweber, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2013). Expectancies, socioeconomic status, and self-rated health: use of the simplified TOMCATS questionnaire. *International journal of behavioral medicine*, 20(2), 242-251.
- OECD (2003). Transforming disability into ability. Policies to promote work and income security for disabled people. Paris: OECD Publications Service.
- OECD. Mental health and work. OECD Publishing, Norway, 2013.
- Hentet fra URL:
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>
- Olsen, I. B., Øverland, S., Reme, S. E., & Løvrvik, C. (2015). Exploring work-related causal attributions of common mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 25(3), 493-505.
- Olsen, T. S., Kvåle, G., & Jentoft, N. (2005). Mellom trygd og arbeid. *Motivasjon og risiko i uføres betraktninger om å gå tilbake til arbeidslivet. FoU-rapport, 1.*
- Olsen, T. S., & Jentoft, N. (2010). Et liv jeg ikke valgte. *Søkelys på arbeidslivet*, 27(03), 206-216.
- Organisation mondiale de la santé, & World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization.
- Petrie, K., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. 6(6), 536-539.

- Pollack, M. H. (2005). Comorbid anxiety and depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 66, 22-29.
- Reme, S. E., Grasdahl, A., 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*, 72(10), 745-752.
- Reme, S. E., Øverland, S., Grasdahl, A., Ludvigsen, K., Løvrvik, C., & Lie, S. A. (2013). Effektevaluering av Senter for jobbmesting: sluttrapport.
- Robitaille, C. (1997). Illness representations: theoretical foundations. *Perceptions of health and illness: Current research and applications*, 19.
- Roelfs, D. J., 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 & medicine*, 72(6), 840-854.
- Rueda, S., Chambers, L., Wilson, M., Mustard, C., Rourke, S. B., Bayoumi, A., & Lavis, J. (2012). Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review. *American journal of public health*, 102(3), 541-556.
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E., & Tell, G. S. (2003). Occupational differences in levels of anxiety and depression: the Hordaland Health Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(6), 628-638.
- Sivertsen, B., & Hysing, M. (2004). The revised illness perception questionnaire. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41(4), 303-304.
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Social cognitive theory and self-efficacy: Goin beyond traditional motivational and behavioral approaches. *Organizational dynamics*, 26(4), 62-74.
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 124(2), 240.
- Sveinsdottir, V., Eriksen, H. R., Baste, V., Hetland, J., & Reme, S. E. (2018). Young adults at risk of early work disability: who are they? *BMC public health*, 18(1), 1176.
- Thompson, C., Kinmonth, A., Stevens, L., Pevele, R., Stevens, A., Ostler, K., & Preece, J. (2000). Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *The Lancet*, 355(9199), 185-191.

- Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M., Brouwers, E., Van Lomwel, A., & Van der Feltz-Cornelis, C. (2015). Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. *Journal of occupational rehabilitation, 25*(2), 423-431.
- Voss, M., Floderus, B., & Diderichsen, F. (2004). How do job characteristics, family situation, domestic work, and lifestyle factors relate to sickness absence? A study based on Sweden Post. *Journal of occupational and environmental medicine, 46*(11), 1134-1143.
- Waddell, G., & Burton, K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* The Stationery Office.
- Waddell, G., Burton, K., & Aylward, M. (2007). Work and common health problems. *Journal of insurance medicine (New York, NY), 39*(2), 109-120.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., & Faravelli, C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology, 21*(9), 655-679.
- Øverland, S., Glozier, N., Mæland, J. G., Aarø, L. E., & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC public health, 6*(1), 219.
- Øverland, S., Grasdahl, A., & Reme, S. E. (2016). Trial participant representativeness compared to ordinary service users in a work rehabilitation setting. *Contemporary clinical trials communications, 2*, 12-15.
- Øverland, S., Grasdahl, A., & Reme, S. E. (2018). Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Occup Environ Med, 75*(10), 703-708.

Vedlegg

Tabell 7. Multiple sammenligninger med post-hoc test Gabriel

| Variabler | Grupper | | Gj.snitt forskjell | p-verdi | KI (95 %) | |
|---|------------|-----------------|-----------------------|---------|-----------|-------------|
| | | | | | Nedre | øvre grense |
| Utdanningsnivå | Risiko | Sykemeldt | ,276* | ,000 | ,105 | ,447 |
| | | Langtidsytelser | ,502* | ,000 | ,318 | ,685 |
| | Sykemeldt | Risiko | -,276* | ,000 | ,447 | -,105 |
| | | Langtidsytelser | ,225* | ,006 | ,051 | ,400 |
| | Langtidsyt | Risiko | -,502* | ,000 | -,685 | -,318 |
| | | Sykemeldt | -,225 | ,006 | -,400 | -,051 |
| Varighet av plager | Risiko | Sykemeldt | ,263 | ,976 | -1,45 | 1,97 |
| | | Langtidsytelser | -3,57* | ,000 | -5,41 | -1,72 |
| | Sykemeldt | Risiko | -,263 | ,976 | -1,97 | 1,45 |
| | | Langtidsytelser | -3,834* | ,000 | -5,59 | -2,07 |
| | Langtidsyt | Risiko | 3,570* | ,000 | 1,72 | 5,41 |
| | | Sykemeldt | 3,834* | ,000 | 2,07 | 5,59 |
| Symptomtrykk: Angst og depresjon | Risiko | Sykemeldt | -1,588* | ,003 | -2,72 | -,447 |
| | | Langtidsytelser | -,320 | ,896 | -1,54 | ,899 |
| | Sykemeldt | Risiko | 1,588* | ,003 | ,447 | 2,72 |
| | | Langtidsytelser | 1,267* | ,028 | ,104 | 2,43 |
| | Langtidsyt | Risiko | -,320 | ,896 | -,899 | 1,54 |
| | | Sykemeldt | -1,267* | ,028 | -2,43 | -,104 |
| Generell mestringstro | Risiko | Sykemeldt | ,079 | ,991 | -,63 | ,79 |
| | | Langtidsytelser | ,964* | ,008 | ,19 | 1,72 |
| | Sykemeldt | Risiko | -,079 | ,991 | -,79 | ,063 |
| | | Langtidsytelser | ,884* | ,011 | ,15 | 1,61 |
| | Langtidsyt | Risiko | -,964* | ,008 | -1,72 | -,19 |
| | | Sykemeldt | -,884* | ,011 | -1,61 | -,15 |
| Jobbrelatert mestringstro | Risiko | Sykemeldt | -,304* | ,011 | ,55 | -,05 |
| | | Langtidsytelser | -,007 | 1,00 | -,28 | ,27 |

| | | | | | | |
|------------------------------------|-------------|-----------------|---------|------|-------|------|
| | Sykemeldt | Risiko | ,304* | ,011 | ,05 | ,55 |
| | | Langtidsytelser | ,297* | ,018 | ,04 | ,56 |
| | Langtidsyt. | Risiko | ,007 | 1,00 | -,27 | ,28 |
| | | Sykemeldt | -,297* | ,018 | -,56 | -,04 |
| Forventning om jobbmulighet | Risiko | Sykemeldt | -,427* | ,018 | -,80 | -,06 |
| | | Langtidsytelser | -,686* | ,000 | -1,03 | -,34 |
| | Sykemeldt | Risiko | ,427* | ,018 | ,06 | ,80 |
| | | Langtidsytelser | -,259* | ,031 | -,50 | -,02 |
| | Langtidsyt. | Risiko | ,686* | ,000 | ,34 | 1,03 |
| | | Sykemeldt | ,259* | ,031 | ,02 | ,50 |
| Oppfattet effekt av arbeid | Risiko | Sykemeldt | ,610* | ,000 | ,36 | ,86 |
| | | Langtidsytelser | -,139 | ,535 | -,41 | 0,13 |
| | Sykemeldt | Risiko | -,610* | ,000 | -,86 | ,36 |
| | | Langtidsytelser | -,749 * | ,000 | -1,01 | -,49 |
| | Langtidsyt. | Risiko | ,139 | ,535 | -,13 | ,41 |
| | | Sykemeldt | ,749* | ,000 | ,49 | 1,01 |
| Sykdomsforståelse | | | | | | |
| Konsekvenser | Risiko | Sykemeldt | -,613* | ,000 | -,94 | -,29 |
| | | Langtidsytelser | -,486* | ,002 | -,83 | -,14 |
| | Sykemeldt | Risiko | ,613* | ,000 | ,29 | ,94 |
| | | Langtidsytelser | ,127 | ,737 | -,20 | ,46 |
| | Langtidsyt. | Risiko | ,486* | ,002 | ,14 | ,83 |
| | | Sykemeldt | -,127 | ,737 | -,46 | ,20 |
| Tidslinje | Risiko | Sykemeldt | ,057 | ,982 | -,35 | ,47 |
| | | Langtidsytelser | -,81* | ,000 | -1,25 | -,37 |
| | Sykemeldt | Risiko | -,057 | ,982 | -,47 | ,35 |
| | | Langtidsytelser | -,864* | ,000 | -1,28 | -,45 |
| | Langtidsyt. | Risiko | ,807* | ,000 | ,37 | 1,25 |
| | | Sykemeldt | ,864* | ,000 | ,45 | 1,28 |
| Behandlingskontroll | Risiko | Sykemeldt | ,061 | ,969 | -,30 | ,42 |

| | | | | | | |
|-------------------|-------------|-----------------|--------|------|------|------|
| | | Langtidsytelser | ,530* | ,003 | ,14 | ,92 |
| | Sykemeldt | Risiko | -,061 | ,969 | -,42 | ,30 |
| | | Langtidsytelser | ,469* | ,007 | ,10 | ,84 |
| | Langtidsyt. | Risiko | -,530* | ,003 | -,92 | -,14 |
| | | Sykemeldt | -,469* | ,007 | -,84 | -,10 |
| Identitet | Risiko | Sykemeldt | -,415* | ,014 | -,77 | -,06 |
| | | Langtidsytelser | -,492* | ,006 | -,87 | -,12 |
| | Sykemeldt | Risiko | ,415* | ,014 | ,06 | ,77 |
| | | Langtidsytelser | -,076 | ,941 | -,43 | ,28 |
| | Langtidsyt. | Risiko | -,492* | ,006 | ,12 | ,87 |
| | | Sykemeldt | ,076 | ,941 | -,28 | ,43 |
| Forståelse | Risiko | Sykemeldt | -,017 | 1,00 | -,43 | ,40 |
| | | Langtidsytelser | -,469* | ,035 | -,91 | -,03 |
| | Sykemeldt | Risiko | ,017 | 1,00 | -,40 | ,43 |
| | | Langtidsytelser | -,452* | ,031 | -,87 | -,03 |
| | Langtidsyt. | Risiko | ,469* | ,035 | ,03 | ,91 |
| | | Sykemeldt | ,452* | ,031 | ,03 | ,87 |