

RAPPORT

Coop-Wonca kartlegging ved rehabilitering til aktivt liv

Helse og funksjon før og etter rehabilitering ved mild psykisk lidelse

Prosjektrapport

Hildfrid Brataas
Sigrid L. Thorsnes

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 87

Steinkjer 2013



Coop-Wonca kartlegging ved rehabilitering til aktivt liv

Helse og funksjon før og etter rehabilitering
ved mild psykisk lidelse

Prosjektrapport

Hildfrid Brataas
Sigrid L. Thorsnes¹

¹Høgskolen i Ålesund

Råd/assistanse: Knut Ekker, Høgskolen i Nord-Trøndelag, har bidratt i arbeid med det statistiske materialet

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 87
ISBN 978-82-7456-677-4
ISSN 1504-7172
Steinkjer 2013



Høgskolen i Nord-Trøndelag utgir følgende publikasjonsserier: Rapport, Utredning, Arbeidsnotat og Kompendium

HiNT-Rapport forbeholdes publisering av forskningsarbeider som utgår fra HiNTs fagmiljøer. Rapportene skal fagfellevalueres på faglig og formelt grunnlag før publisering.

Se: http://www.hint.no/hint/fagportal/bibliotek/hint_publicasjoner

Rettighetshaver
Høgskolen i Nord-Trøndelag

Tilgjengelighet
Åpen

Publiseringstype
Digitalt dokument (pdf)

Redaksjon
Bibliotekleder

Kvalitetssikret av:
Ingela Enmarker, førsteamanuensis Høgskolen i Nord-Trøndelag (intern)
Kenneth Asplund, professor Mittuniversitetet, Sverige (ekstern)

Nøkkelord: Coop-Wonca, psykisk lidelse, kartleggingsverktøy, rehabilitering, AFEM

Key words: mental illness, Coop-Wonca Functional Health charts, Quick Return Program, rehabilitation

Opplysninger om publikasjonsserien fås ved henvendelse HiNT:
Biblioteket Steinkjer, Postboks 2501, 7729 Steinkjer, tlf. 74 11 20 65 eller epost:
bibsteinkjer@hint.no eller hovedbibliotekar@hint.no

Innhold

Sammendrag	4
Summary	4
Innledning.....	6
Undersøkelsens formål og problemstilling	7
Metode for utprøving av Coop-Wonca som kartleggingsinstrument	8
Coop-Wonca som instrument	10
Resultater fra tidslinjestudie	15
Helse og funksjon hos personer som skal begynne på AFEM rehabilitering (T1)	15
Høyenes helse og funksjon etter AFEM rehabilitering?	20
Hvor stabil er helse og funksjon tre måneder etter AFEM rehabilitering?	21
Hvordan er helse og funksjon hos de som deltar på AFEM rehabilitering, sammenlignet med befolkning som er i arbeid?	22
Diskusjon og anbefaling.....	25
Konklusjon	27
Litteraturliste.....	28

Vedlegg:

COOP/WONCA skjema

Sammendrag

Mange mennesker rammes av mild psykisk lidelse som i løpet av arbeidslivet kan føre til lang tids fravær fra arbeidslivet. Under ordningen Raskere tilbake tilbyr Smednes trivselsgård as på oppdrag fra Helseforetaket, Helse Midt-Norge (HMN) gruppebasert kognitiv arbeidsretta AFEM rehabilitering. AFEM står for Ansvar For Egen Mestring. Målgruppe for AFEM rehabilitering er personer med mild psykisk lidelse, kroniske smerter, angst, depresjon og utmatting (Diagnosegrupper P 29, P 76, L 18, A 04). Mål for AFEM rehabilitering er å bevisstgjøre den enkelte deltaker på egne ressurser og arbeidsevne, og at deltakerne utvikler nye og mer hensiktsmessige strategier for egen aktivitet, mestring av belastninger og utfordringer, og rehabiliteres raskt tilbake til meningsfullt aktivt liv og arbeid. Undersøkelsens formål var å få kunnskap om helse- og funksjonsendring ved bruk av Coop-Wonca som instrument før og etter AFEM rehabilitering.

Metode

Tidslinjestudie om helse/funksjon, kartlagt med Coop-Wonca ved oppstart av rehabilitering, etter fire ukers AFEM rehabilitering og tre måneder etter rehabiliteringsoppholdet. Det er også gjennomført sammenligning mellom deltakergruppen og mennesker som er i arbeid.

Resultater

Resultater viser endring fra nedsatt helse og funksjon før oppstart av rehabilitering til verdier som ikke skiller seg fra normalbefolkning ved avslutning av rehabilitering og tre måneder senere. Etter deltakelse på AFEM rehabilitering har deltakergruppen signifikant større høyning av helsen enn sammenligningsgruppen har hatt de siste to uker før kartleggingstidspunktet.

Diskusjon og konklusjon

Resultater gav relevant informasjon for innsøkere om lav helse og funksjon hos pasientene, og relevant informasjon for evaluering av effekter av AFEM rehabilitering på helse og funksjon som kartlegges med Coop-Wonca skjemaet. Skjemaet er et mye benyttet, validert kartleggingsverktøy som det tar kort tid å fylle ut. Det anbefales utprøvd som et supplerende kartleggingsverktøy ved mild psykisk lidelse, kroniske smerter og utmattingsproblematikk, og som verktøy i evaluering av rehabiliteringsresultater av AFEM rehabilitering for personer med mild psykisk lidelse og kronisk fatigue. Det er behov for mer forskning om helse og funksjon hos personer med mild psykisk lidelse og studier om effekt av så vel AFEM rehabilitering som andre tiltak overfor målgruppen.

Summary

Many people, at some point in their working lives, experience some form of mild mental illness and develop fatigue that lead to long-term absences from the workplace as they recuperate on disability. In 2007, the "Quick Return Program," was implemented in Norway; the purpose was to get people who were on sick leave back to work faster. Using the Coop-Wonca Functional Health charts, this report examines health and functioning among people who have participated at a new "Quick

Return” psychosocial and psycho-educative rehabilitation program in Central Norway, the AFEM program (AFEM means Responsibility of own mastering).

Method

Time series study. The Coop-Wonca scheme was answered before rehabilitation, at the end of the four weeks rehabilitation program, and three months after that. Comparison was done with data from people staying at work.

Results

Results show change from impaired health and function prior to rehabilitation to values that do not differ from the normal population at the end of AFEM rehabilitation and three months later. The group who had participated at the AFEM rehabilitation program had significantly larger raise of health than the comparison group had the last two weeks.

Discussion and conclusion

Results gave information that can be relevant for referrals for rehabilitation, and also for evaluating the effects of AFEM rehabilitation. Coop-Wonca is a widely used and validated tool that take a short time to complete. It is recommended used as a supplementary mapping in mild mental illness, chronic pain, and chronic fatigue, and as a tool in the evaluation of rehabilitation outcomes of AFEM rehabilitation for people with mild mental illness and chronic fatigue. There is a need for more research on the health and function in people with mild mental disorder, and studies on the effect of both AFEM rehabilitation and other measures for the target group.

Nøkkelord: Coop-Wonca, mild psykisk lidelse, rehabilitering

Key words: Coop-Wonca, mild mental illness, rehabilitation

Innledning

Under ordningen Raskere tilbake tilbyr Smednes trivselsgård as på oppdrag fra Helseforetaket, Helse Midt-Norge (HMN) gruppebasert kognitiv arbeidsretta rehabilitering. Rehabiliteringsmodellen som benyttes benevnes AFEM, som står for Ansvar For Egen Mestring (<http://www.smednes-trivselsgard.no>). Modellen er utviklet av Ester Indergård. Målgruppe for AFEM rehabilitering er personer med mild psykisk lidelse, kroniske smerter, angst, depresjon og utmatting (Diagnosegruppe A 04, P 29, P 76, L 18). Rehabiliteringstilbudet omfatter et fire ukers opphold ved institusjonen, hvor man får kurs, veiledning og sosial og arbeidsretta trening. Det tilbys oppfølgingsopplegg etter tre og seks måneder og ett år etter rehabiliteringen for de som ønsker dette. Mål for rehabiliteringsopplegget er å bevisstgjøre den enkelte deltaker på egne ressurser og arbeidsevne, og at deltakerne utvikler nye og mer hensiktsmessige strategier for egen aktivitet, mestring av belastninger og utfordringer, og rehabiliteres tilbake til meningsfullt aktivt liv og arbeid. Det er gjort noe beskrivende forskning på AFEM rehabilitering, men ingen sammenlignende studie eller hypotesetestende studie (Brataas og Evensen 2011; Evensen, Brataas og Landstad 2010, Brataas og Evensen 2006). Resultater fra undersøkelsene viser tendens til høyning av livskvalitet og mestringsressurser, målt med hhv SF36v2 og OAS/SOC kartlegging. En kvalitativ studie om egenvurdert effekt to år etter deltakelse på AFEM rehabiliteringsopphold beskriver deltakererfaringer om å gå fra lært hjelpeløshet og lavt selvbilde før rehabilitering til læring om egen styrke og nye måter å møte belastninger på, og beskrivelser om vedvarende effekt på selvfølelse, aktivitet/arbeid og meningsfulle liv (Evensen, Brataas, og Landstad 2010).

Rehabiliteringsfeltet er under utvikling. Regjeringen har som mål å ivareta faglig kvalitet og styrke status knyttet til habiliterings- og rehabiliteringstjenester (<https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>), dette for å sikre bedre muligheter for mestring og livskvalitet¹. Som et ledd i utviklingsarbeidet HMN satser på innen rehabiliteringsfeltet har Senter for omsorgsforskning Midt-Norge på oppdrag fra

¹ Helsedirektoratet skal gjennomgå rehabiliteringsfeltet, for å avklare grenseoppgangen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Avtaler mellom helseforetak og kommuner skal legge til rette for gode forløp for habiliterings- og rehabiliteringspasienter. Det skal vurderes hvordan de økonomiske virkemidlene kan innrettes for å stimulere til ønsket faglig utvikling, herunder om deler av kapasiteten i de private opptreningsinstitusjonene skal knyttes nærmere til kommunene. Økt vekt på brukerinnyttelse, krav til personlig koordinator, individuell plan og krav til planlagte behandlingsskjeder, og en skal legge til rette for økt satsing på habilitering og rehabilitering, for å sikre bedre muligheter for mestring og livskvalitet (Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/1.html?id=639795>).

Smednes trivselsgård as gjennomført en undersøkelse om Coop-Wonca som kartleggingsverktøy for å måle og evaluere utvikling av helse og funksjon hos rehabiliteringsdeltakere. Det var et mål å kartlegge helse og funksjon hos personer henvist til AFEM rehabilitering og få kunnskap om hvorvidt spørreskjemaet fikk frem endring i helse og funksjon etter AFEM rehabilitering, og om eventuelle endringer vedvarer over tid.

Prosjektperiode fra 01. september 2012 tom 31. januar 2013. Oppdragets tidsramme gir ikke mulighet for mer enn tre måneders oppfølging. Rapporten omhandler resultater basert på datasamling når personer begynner AFEM rehabilitering, fire uker senere, ved avsluttet AFEM rehabilitering, og tre måneder senere.

Studien er gjennomført av Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge, på oppdrag fra Smednes trivselsgård as. Prosjektleder: Hildfrid V. Brataas, forsker ved Senter for omsorgsforskning Midt-Norge, Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT). Prosjektmedarbeider: Sigrid L. Thorsnes, førstelektor ved Høgskolen i Ålesund. Professor Knut Ekker, HiNT har bidratt i arbeid med det statistiske materialet.

Undersøkelsens formål og problemstilling

Undersøkelsens formål var å kartlegge helse- og funksjon hos personer før og etter AFEM rehabilitering med hjelp av Coop-Wonca.

Problemstilling:

Gir Coop-Wonca informasjon om lav helse og funksjon ved inntak til AFEM rehabilitering og høynes helse og funksjon etter deltakelse på rehabiliteringen?

- Hvilken helse og funksjon, kartlagt med Coop-Wonca, har personer som søkes inn til AFEM rehabilitering?

- Hvordan er helse/funksjon ved oppstart av AFEM, sammenlignet med befolkning som er i arbeid?

- Hvilken informasjon om helse og funksjonsendring gir Coop-Wonca etter AFEM rehabilitering?

Metode for utprøving av Coop-Wonca som kartleggingsinstrument

Det er gjennomført tidslinjestudie med kartlegging av helse og funksjon hos rehabiliteringsdeltakere på tidspunkt for oppstart av AFEM rehabilitering, samt ved avslutning av rehabilitering og tre måneder etter rehabilitering. Det er også gjort en kartlegging hos befolkning som er i arbeid, dette ansett som en pilot før eventuell sammenligningsstudie. Undersøkelsen i sin helhet har få deltakere (liten populasjon rehabiliteringsdeltakere) og slik sett å anse som en pilot med mål å få noe kunnskap på om kartleggingsverktøyet viser forskjeller i helse og funksjon, før og etter rehabilitering, og om det er forskjeller mellom personer som har behov for rehabilitering og personer i arbeidslivet og som ikke er sykmeldt.

Kartleggings -/evalueringsintervaller:

- Tidspunkt 1 (T1) ved inntak: Deltakernes egenrapportering – samt gjøre sammenligning med befolkning som er i arbeid
- Tidspunkt 2 (T2), etter gjennomført 4 ukers rehabiliteringsprosess: Høyning av helse og funksjon?
- Tidspunkt 3 (T3), 3 mnd etter AFEM rehabilitering: Endring/stabil helse- og funksjon?

På grunn av oppdragets tidsavgrensede periode er datagrunnlaget for kartlegging tre måneder etter rehabilitering lite. Det har av samme årsak ikke vært mulig å få data samlet 6 og 12 måneder etter avsluttet rehabilitering.

Utvalg

Alle deltakere på AFEM ved inntak fra prosjektstart inntil minimum 40 deltakere har besvart skjema; jfr. regel om ti tilfeller pr. variabel (Vittinghoff & McCulloch 2007). Deltakere er i arbeidslivsalder, 18 – 67 år og av begge kjønn.

Resultater for rehabiliteringsdeltakere sammenlignes med resultater hos mennesker som er i arbeid. For å gjøre sammenligning med mennesker som er i arbeid, er det benyttet ”convenience sampling” (<http://dissertation.laerd.com/articles/non-probability-sampling-explained.php#principles>). Dette utvalget er et sammenlignbart antall personer i arbeidslivsalder og som er i arbeid. De er ansatt i teknisk, administrativ, akademisk eller service stillinger, og har ulike arbeidsgivere. Deres fysiske arbeidssted på måletidspunktet var to høyskoler i Midt-Norge.

Utvelgelse, informert samtykke og datasamling

Alle deltakere på AFEM er forespurt om å delta, inntil man hadde et utvalg på minimum 40. Daglig leder ved Smednes trivselsgård as har foretatt muntlig informasjon om undersøkelsen. Han delte ut informasjonsskriv fra forskere samt svarskjema om samtykke til å delta. Informasjonsskrivet gav informasjon om prosjektets formål, hva som forventes av deltakere og hvordan informasjonen fra deltakere blir lagret og behandlet. Skrivet gav informasjon om frivillighet og at det ikke har noen konsekvenser for vedkommende om man ikke ønsker å delta. Svarslippen oppbevares nedlåst på Smednes trivselsgård as i prosjektperioden.

Daglig leder ved Smednes trivselsgård as har distribuert Coop-Wonca skjema til deltakerne og samlet inn svarskjema og opplysningene om kjønn og alder, og merker skjemaene med 1., 2., 3., 4. eller 5. måling og nummer som betegnelse på hver deltaker i stedet for navn. Dette for å kunne sammenligne svar fra oppstart av AFEM til ett år etter AFEM rehabilitering. Daglig leder har taushetsplikt i henhold til Forvaltningsloven § 13 og Helsepersonelloven § 21. Kun daglig leder vil ved nummerering ha muligheter til å kople opplysninger tilbake til en bestemt person. Alle opplysninger som samles inn blir behandlet med taushetsplikt. Prosjektledere har fått datamateriale som datafiler, uten tilgang til personidentifiserbare opplysninger. Skjemaene oppbevares forsvarlig nedlåst ved Smednes trivselsgård as i prosjektperioden. Prosjektperioden varer frem til og med 31. januar 2014.

Utvalg til sammenligningsgruppen omfatter personer ansatt i teknisk, administrativt, akademisk og service arbeid med arbeidssted på to høyskoler i Midt-Norge, men med forskjellige arbeidsgivere. I informasjonsmøter med ulike arbeidsgrupper er det gitt informasjon muntlig og skriftlig om prosjektet, og om spørreskjema, frivillig deltakelse og levering av svarskjema i lukket svarkonvolutt til samlemappe/postkasse merket Coop-Wonca. Noen valgte selv å levere konvolutt direkte til prosjektledere, som samlet flere konvolutter i samlemappe før registrering ble gjennomført. Data ble registrert i statistikkprogrammet spss versjon 19. Når 20 skjema var registrert fant vi at gjennomsnittsalderen hos sammenligningsgruppen ble langt høyere enn hos rehabiliteringsdeltakerne. Informasjon og forespørsel ble etter dette innrettet mot personell som er 45 år eller yngre. Etter prosjektperioden skal spørreskjema for sammenligningsgruppen oppbevares forsvarlig i dertil egnet magasin i biblioteket, Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Databehandling og analyse

Det er benyttet beskrivende statistikk og gjort statistiske analyser av data fra aidentifiserte besvarte spørreskjema, der deltakere er betegnet med nummer i stedet for navn.

Det er benyttet t-test som statistisk test for å analysere forskjeller mellom gjennomsnittssvar. Forskjeller som er analysert er 1) forskjell på gjennomsnittssvar før rehabilitering og svar når rehabiliteringen avsluttes, 2) forskjeller på gjennomsnitt på svar når rehabilitering avsluttes og svar tre måneder senere, og 3) forskjeller mellom svar fra deltakere på rehabilitering og svar fra en sammenligningsgruppe personer som er i arbeid. Funn diskuteres i lys av forskningsspørsmål, teori og empiri på feltet, utvalgsstørrelse og metodebegrensninger tatt i betraktning.

Forskningsetikk

Forskningsetiske retningslinjer er tilstrebet forsvarlig ivaretatt. Prosjektet er godkjent hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning, REK Midt-Norge; prosjekt nummer 2012/1239/REK Midt.

Coop-Wonca som instrument

Coop-Wonca spørreskjema er et instrument for egenrapportering om helse og funksjon. Skjema med norsk bearbeidelse ved professor B.G. Bentsen, Universitetet i Oslo

(http://www.formi.no/images/uploads/pdf/coop_wonca.pdf; jfr.Vedlegg 1) er benyttet i undersøkelsen. Coop-

Wonca er beskrevet som enkelt å bruke og det tar 5 – 10 minutter å svare på spørsmålene som omhandler fysisk form, sosiale aktiviteter, følelsesmessige problemer og daglige aktiviteter, og bedre/dårligere helse og samlet helsetilstand de siste to uker. Instrumentet er de siste par tre decennier blitt benyttet i mange land inklusive Norge, og er beskrevet som et velegnet og reliabelt instrument for egenrapportering om helse og fungering og endringer på dette over tid (Holm og Risberg 2003; Lindegaard, Bentzen & Christiansen 1999; Bentsen, Natvig & Winnern 1997; 1999; Kinnersley, Peters & Stott 1994). At tiden for å besvare skjema er omtrent fem minutter og at spørsmål er illustrert med tegninger fremmer skjemaets brukervennlighet (van Weel 1993). Hvert spørsmål er en single-item måling av et aspekt ved helse- og tilstand. Det gir en indikator for funksjonell status på ordinal skalaer. Frem til 1990-tallet var man rådet til kun å bruke frekvenser per responskategori, og ikke å bruke middelveier, standard avvik og andre statistiske målinger, dette

fordi Coop-Wonca har ordinalskalaer og ikke intervallskalaer. Likevel ble Coop-Wonca fra begynnelsen av brukt som en intervallskala med beregning av blant annet korrelasjoner. Skalaene er blitt akseptert brukt som intervallskalaer men det anbefales ikke at man aggregerer item skårene til en indeks (van Weel et al. 1995: 9). Samtidig ser man behov for mer forskning på instrumentet.

Vi har søkt på litteratur om bruk av Coop-Wonca som instrument. Med Coop-Wonca som søkeord i oktober 2012, fikk vi 57 treff i søkebasen Cinahl. 10 referanser ble ansett relevant for nærmere gransking opp mot prosjektets tema. Søk i søkebasen SweMed gav 5 treff samt 3 treff om lignende tema. Cochrane søk på Coop-Wonca kobinert med trials gav 24 treff. Kombinasjon med rehabilitering gav null treff. Flere studier fokuserte hjemmetjenester og eldreomsorg. Andre hadde fokus på spesielle sykdommer, for eksempel diabetes. En studie omhandlet pårørende til kreftpasienter. Et søketreff omhandlet kliniske konsekvenser ved bruk av Coop-Wonca i kommunale legetjenester for personer i alderen 60 – 69. Denne kunne vært relevant, men omfattet kun et konferanseabstrakt. Ett treff i Cocrane dreide seg om tidsutstrekning for utfylling av skjema, og ble funnet relevant. To omhandlet administrering ved bruk av Coop-Wonca, og ble ansett relevant. Vi har kun sett nærmere på kilder som var ansett av relevans for prosjektet.

To studier omhandler administrasjon av kartleggingen. Det viste seg å være i en kinesisk populasjon som selv ikke kunne gjennomføre kartleggingen (Lam, Lauder og Lam 1999a,b). Der flere forskere har administrert kartleggingen var det gjennomsnittlig skåreforskjeller på 0.57-1.04. Studien peker på to forhold som har betydning for reliabilitet og validitet: For det ene at informasjon og instruksjon i bruk av skjema har betydning for hvordan det skåres. Hvorvidt skjema er selvinstruerende var ikke undersøkt, muligens fordi populasjonen ikke hadde leseferdigheter. Et annet forhold er vurderinger den som kartlegger gjør om hva som er "rett" skåre som respondenten "bør" gi. Ved egenrapportering uten påvirkning fra andre, vil skåringer hos norske respondenter uttrykke deres egen vurdering, ut fra hvordan de oppfatter instruksjon og spørsmålsformuleringer og illustrasjoner blant annet med "smilefjes". Nyere studier om bruk av Coop-Wonca og hvor respondenten selv besvarer skjema, viser høy reliabilitet og validitet; "Our data indicate that The Coop/Wonca Functional Health charts demonstrate good validity and overall reliability for use with stroke patients in primary care" (Lennon et al. 2011: 465). En screening undersøkelse for mental sykdom omfattet bruk av blant annet Coop-Wonca (20 item versjon). Skjema ble funnet valid og nyttig til bruk i primærhelsetjenesten (Marques og Zuardi 2011).

På AFEM rehabilitering deltar pasienter med kroniske smerter. For pasienter med kroniske smerter eller smerte og stivhet har Holm og Risberg (2003) benyttet Coop-Wonca og VAS smerteskalaer før

første fysioterapibehandling samt ved avsluttet behandling og tre måneder etter avsluttet behandling. De fant signifikant reduksjon av smerte. Smertekartlegging ved bruk av eget skjema for dette, er ikke omfattet av vår studie, men kan med bakgrunn i Holm og Risberg sin studie anbefales. Halvdelen av deltakerne i deres studie hadde en positiv endring i generell helse og funksjon i observasjonsperioden. Denne antas å ha årsak i behandlingen. Men hva som er årsak for at den andre halvdelen ikke hadde positiv endring er ikke kjent (op.cit.). Muligens kan udiagnostisert kronisk utmattingsyndrom være forklaring for at den ene halvdelen ikke hadde positiv endring? Til sammenligning viser en studie om pasienterfaringer med ulike tiltak ved utmattingsyndrom (Bjørkum, Wang og Waterloo 2009) at "Aktivitetsavpasning med hvile, skjerming og ro ble vurdert som nyttig av henholdsvis 96 %, 97 % og 96 % av respondentene. 57 % vurderte hjelp de hadde fått til identifisering og utfordring av negative tankemønstre som nyttig. 79 % av respondentene hadde forsøkt gradert fysisk trening og mente dette førte til en forverring av helsetilstanden" (op.cit.: 1214). Resultatene kan tyde på at kognitiv atferdsterapi kan være nyttig for en del personer som er plaget av utmatting, og at fysisk opptrening muligens kan føre til forverring ved utmattingstilstander. Derimot er fysioterapi funnet effektiv på nyoppståtte ryggmerter (Glomsrød et al. 2001), noe som kan samsvare med positive resultater hos halvdelen av deltakerne i Holm og Risberg (2003) sin studie.

Peters et al. (1998) har gjort en randomisert kontrollert studie om to tidsrammer for kartlegging av endring på helse og funksjon hos pasienter i akuttstusykehus i England. De benyttet standard periode på to uker mellom målinger, sammenlignet med en kort periode på 48 timer. Formålet med hyppig kartlegging var å undersøke om man ved hyppig måling fikk data for å unngå at det oppsto akutte episoder hos pasienter som var utskrivningsklare fra akuttstusykehus, sammenlignet standard måling hver 14. dag. Pasienter som var medisinsk stabile men i behov av rehabilitering ble inkludert i studien. (Måling etter 14 dager antyder at medisinsk ferdigbehandlede pasienter ikke ble skrevet raskt ut fra sykehus på undersøkelsestidspunktet.) 200 pasienter ble randomisert; 106 til kort tidsintervall for måling og 94 for standard måling etter 14 dager. Resultatene viste at smerte gav signifikant annerledes resultat målt etter 48 timer enn hos de som ble kartlagt etter 14 dager. På kartlegging av endret helse, var det større endring hos de som ble kartlagt med 48 timers intervall; p-verdier på henholdsvis 0.004 og 0.001 (s.59). Resultatene tyder på at kartlegging med Coop-Wonca gir resultater som gjenspeiler helse og funksjon på kartleggingstidspunktet. Studien antyder også at endring på smerter i akuttsituasjoner gir utslag på målinger. Dette er relevant å ta høyde for ved vurdering av endring på kroniske smertetilstander i rehabiliteringssammenheng. Men vår

undersøkelse er avgrenset fra å gi data om akutte tilstander. Behandlingsmessig skal personer være klare for rehabilitering når de henvises til AFEM rehabilitering.

Er det kjønns- og/eller aldersforskjeller på helse og funksjon målt med Coop-Wonca i normalpopulasjoner? En studie rapporterer om kjønnsforskjeller på resultater av rehabilitering hos personer med kroniske muskelsmerter (Lillefjell 2006). Er det kjønnsforskjeller hos AFEM deltakere?

Vårt prosjekt omfatter voksne i arbeidslivsalder. Vi anså det mulig at alder kan ha betydning for gjennomsnittlig skåre på helse og funksjon i hele populasjoner. Normalvariasjoner bør tas med i vurdering av resultater. Van Weel et.al. (1995) har undersøkt helse og funksjon hos forskjellige aldersgrupper. Studien baseres på data fra 149 deltakere i en befolkningsstudie (i Emmen) og 2775 respondenter i en screening for hypertensjon i et distrikt (Achtkarspelen i Nederland). Tabell 1 viser middelerverdi (mean) og standardavvik for hver aldersgruppe.

Tabell 1. Gjennomsnitt og standardavvik for aldersgrupper; fritt etter Van Weel et al. (1995: 11)

Aldersgruppe	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
<i>physical fitness</i>	1.4 (1.1)	1.8 (1.0)	2.2 (1.1)	3.3 (1.2)	3.8 (1.1)
<i>feelings</i>	1.9 (1.0)	1.7 (.8)	1.5 (.7)	1.6 (.9)	1.8 (1.0)
<i>daily activities</i>	1.7 (1.2)	1.4 (.7)	1.5 (.8)	1.8 (1.1)	2.2 (1.2)
<i>social activities</i>	1.7 (1.0)	1.4 (.8)	1.4 (.8)	1.5 (.9)	1.8 (1.2)
<i>change in health</i>	2.5 (.9)	2.9 (.7)	3.1 (.3)	2.9 (.9)	3.0 (.9)
<i>overall health</i>	2.1 (1.2)	2.2 (1.0)	2.8 (.9)	2.8 (.5)	3.0 (.5)

Jo lavere skåre jo bedre funksjonsskåre. Stabil helse gir middelskåre. Når det gjelder endring i helse, rapporteres høyning med økende alder frem til 45 års alderen, og omtrent stabil helse i 45 – 65 års alderen, for deretter å reduseres. På funksjonsparametrene ble det funnet aldersinnflytelse på fysisk form, som reduseres fra 65 års alderen. Innen de andre domeneene (følelser, daglige aktiviteter og sosiale aktiviteter) er forskjellene mindre, med tendens til bedre skåre til 65 års alder (Van Weel et al. 1995: 10).

Litteratur om Coop-Wonca som instrument har gitt indikasjoner på skjemaets reliabilitet, validitet og brukervennlighet. Litteraturen gir grunn for antagelse om at skjemaet kan være anvendbart for

egenrapportering om helse og funksjon ved smerte, mild psykisk lidelse og utmattingsyndrom før AFEM rehabilitering, og for å undersøke mulig endring etter deltakelse på rehabiliteringsopplegget.

Resultater fra tidslinjestudie

Deltakere på undersøkelsen: 43 personer som har deltatt på fire uker AFEM rehabilitering har besvart spørreskjema før oppstart av rehabiliteringen (Tidspunkt 1= T1) og etter gjennomført fire uker rehabiliteringsopplegg (Tidspunkt 2= T2). N= 43. Fordeling på kjønn er 33 kvinner og 10 menn. Alder fom 24 år – tom 62 år (M= 44 år). Alle deltakere er forespurt, og alle som fullførte fire uker rehabilitering har besvart skjema.

Tre personer som i prosjektperioden ikke fullførte rehabiliteringsoppholdet er unntatt fra undersøkelsen.

Av de som har svart på T1 og T2 har 33 personer besvart spørreskjema 3 måneder senere (Tidspunkt 3= T3). Svar er tilsendt i brev eller levert i forbindelse med deltakelse på AFEM repetisjonsuke. De var fom 26 år – tom 62 år gamle (M alder= 44 år).

Sammenligningsgruppen besto av 42 respondenter (N= 42), 28 kvinner og 14 menn fordelt på ulike yrker innen teknisk, administrativ eller akademisk virksomhet. Aldersspredning fra 18 til 64 år (M= 44 år).

Helse og funksjon hos personer som skal begynne på AFEM rehabilitering (T1)

Hvilken helse og funksjon, kartlagt med Coop-Wonca, har personer som søkes inn til AFEM rehabilitering?

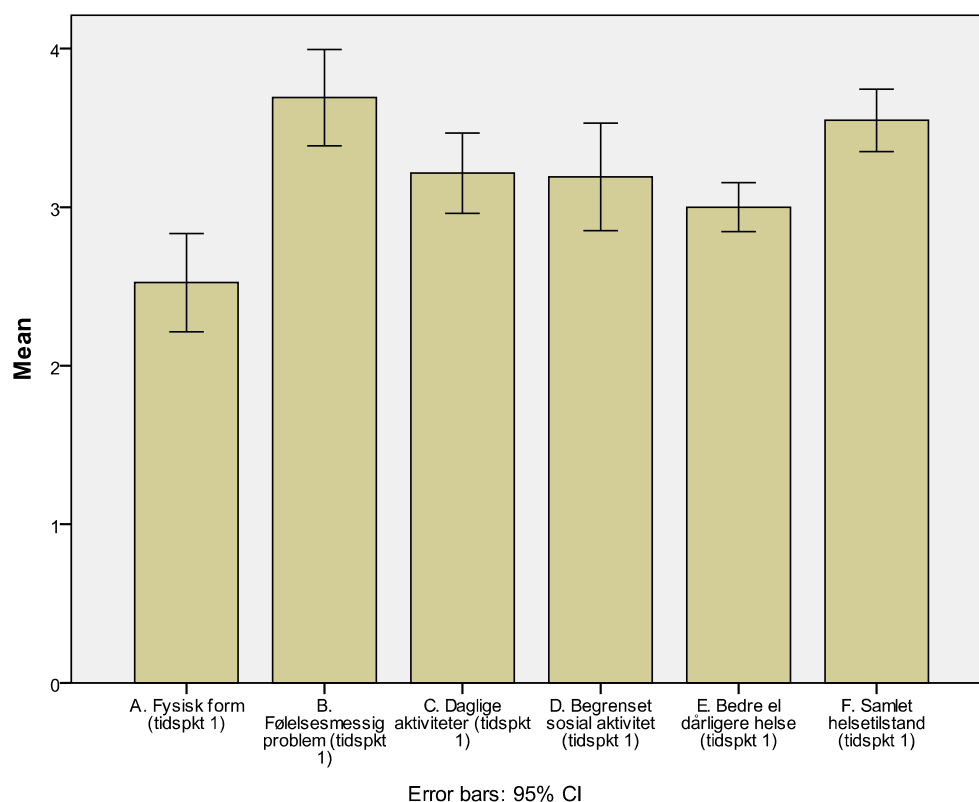
43 respondenter har deltatt på Coop-Wonca kartlegging ved innkomst til AFEM rehabilitering (T1). Variabler er A) *Fysisk form*, B) *Følelsesmessige problem*, C) *Daglige aktiviteter*, D) *Sosiale aktiviteter*, E) *Bedre eller dårligere helse* og F) *Samlet helsetilstand*. Resultater presenteres som frekvenstabeller. Alle variabler har 5 ordinalverdier - fra 1. helt uproblematisk/god til 5. svært problematisk/dårlig.

Tabell 2. Oversikt over resultater på måletidspunkt T1 for de seks Coop-Wonca variablene

ordinalverdier	1	2	3	4	5
<i>Fysisk form</i>	8 (18,6%)	11 (25,6%)	17 (39,5%)	7 (16,3%)	-
<i>Følelsesmessig problem</i>	1 (2,3%)	4 (9,3%)	10 (23,3%)	20 (46,5%)	8 (18,6%)
<i>Daglige aktiviteter</i>	3 (7%)	3 (7%)	22 (51,2%)	14 (32,6%)	1 (2,3%)
<i>Sosiale aktiviteter</i>	3 (7,0%)	8 (18,6%)	16 (37,2%)	11 (25,6%)	5 (11,6%)
<i>Bedre eller dårligere helse</i>	-	5 (11,6%)	33 (76,7%)	5 (11,6%)	-
<i>Samlet helsetilstand</i>	-	2 (4,7%)	16 (37,2%)	23 (53,5%)	1 (2,3%)

N= 43

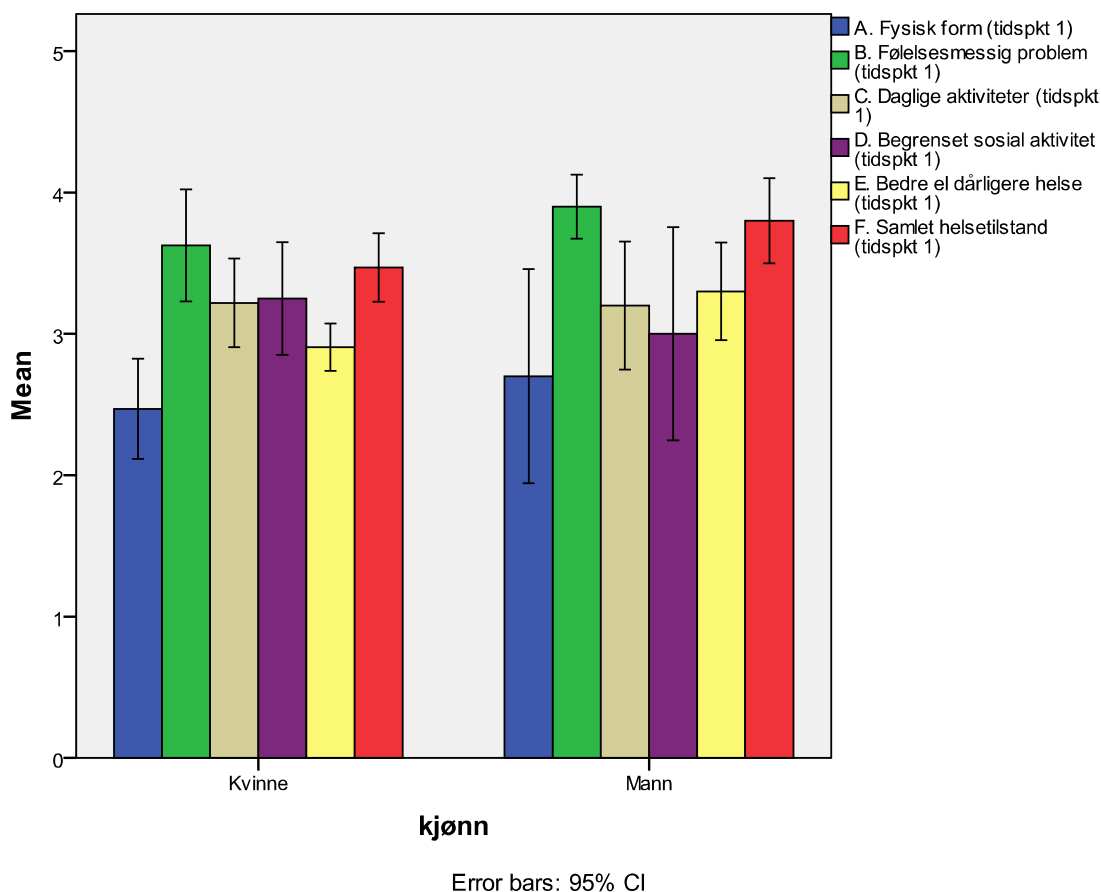
Grafisk fremstilling av gjennomsnitt og spredning på besvarelser, beregnet med konfidensintervall 95% er vist i Figur 1.



Figur 1. Gjennomsnittsbesvarelser og spredning på måletidspunkt 1, før rehabilitering.

Høyest gjennomsnittsskåre har *Følelsesmessig problem*, dernest *Samlet helsetilstand*. Lavest skåre i gjennomsnitt har *Fysisk form*.

Det er ingen statistisk forskjell på resultatene fordelt på kjønn. Figur 2 viser at konfidensintervaller på 95% overlapper hverandre.



Figur 2. *Gjennomsnittresultater på måletidspunkt 1, fordelt på kjønn.*

Resultater for hver funksjonsvariabel er beskrevet i det følgende, etterfulgt av resultater for helsevariablene.

Funksjonsvariabler

Coop-Wonca omfatter fire funksjonsvariabler, som dreier seg om fysisk form, følelsesmessige plager og mulige begrensninger i daglige aktiviteter og sosiale aktiviteter.

A. Fysisk form

Spørsmålsformuleringen er; *De siste to uker ... Hva var den tyngste fysiske belastningen du greide/kunne greid i minst to minutter?* Svaralternativene er 1) løpe fort, 2) å jogge i rolig tempo, 3) gå i raskt tempo, 4) gå i vanlig tempo, 5) gå sakte/kan ikke gå. Ved innkomst til AFEM rehabilitering rapporterte deltakerne middels til god fysisk form. De fleste (83.7%) hadde krysset for middelveidien 3 (gå i raskt tempo) på variabelen Fysisk form. Med unntak av 16,3% hadde de øvrige 62,8% krysset av for bedre fysisk form enn middelveidien.

B. Følelsesmessig problem

Spørsmålsformuleringen er; *De siste to uker ... Hvor mye har du vært plaget av psykiske problemer som indre uro, angst, nedforhet eller irritabilitet?* Svaralternativer er 1) Ikke i det hele tatt, 2) Bare litt, 3) Til en viss grad, 4) En god del, 5) Svært mye. Nesten halvparten (46,5%) rapporterte at de har hatt slike plager en god del, og en fjerdepart (23,3%) at de har hatt slike problemer til en viss grad de siste 14 dager. Åtte (18,6%) av de 43 har hatt svært mye emosjonelle problemer/plager. Altså har majoriteten hatt slike plager til en viss grad opp til en god del. En mindre andel, 11,6%, rapporterte om ingen eller bare litt slike plager.

C. Daglige aktiviteter

Spørsmålsformulering: *De siste 2 uker ... Har du hatt vansker med å utføre vanlige gjøremål eller oppgaver innendørs eller utendørs, p.g.a. din fysiske eller psykiske helse?* Svaralternativer er 1) Ikke vansker i det hele tatt, 2) Bare lette vansker, 3) Til en viss grad, 4) En god del vansker, 5) Har ikke greid noe. Omtrent halvparten av deltakerne (51,2%) hadde til en viss grad vansker med daglige aktiviteter, og en tredjedel (32,6%) hadde en god del vansker. Seks deltakere hadde ingen eller lette vansker. En hadde ikke greid noe de siste fjorten dager.

D. Sosiale aktiviteter

Spørsmålsformuleringen er: *De siste 2 uker ... Har din fysiske eller psykiske helse begrenset dine sosiale aktiviteter og kontakt med familie, venner, naboer eller andre?* Svaralternativer er 1) Ikke i det hele tatt, 2) Bare litt, 3) Til en viss grad, 4) Ganske mye, 5) I svært stor grad. Ganske mange (37,2%) hadde helse som begrenset sosiale aktiviteter til en viss grad og en fjerdedel (25,6%) hadde helse som begrenset dem ganske mye, og fem (11,6%) av de 43 mente helsen begrenset sosiale aktiviteter i svært høy grad. 11 (25,6%) svarte at helsen ikke begrenset sosiale aktiviteter i det hele tatt eller bare litt.

Helsevariabler

Coop-Wonca har to helsevariabler; *Bedre eller dårligere helse* og *Samlet helsetilstand*. De to variablene henger sammen i det en uforandret helsetilstand kan uttrykke enten et positivt eller negativt svar, alt etter hvilken samlet helsetilstand en person rapporterer å ha.

E. Bedre eller dårligere helse

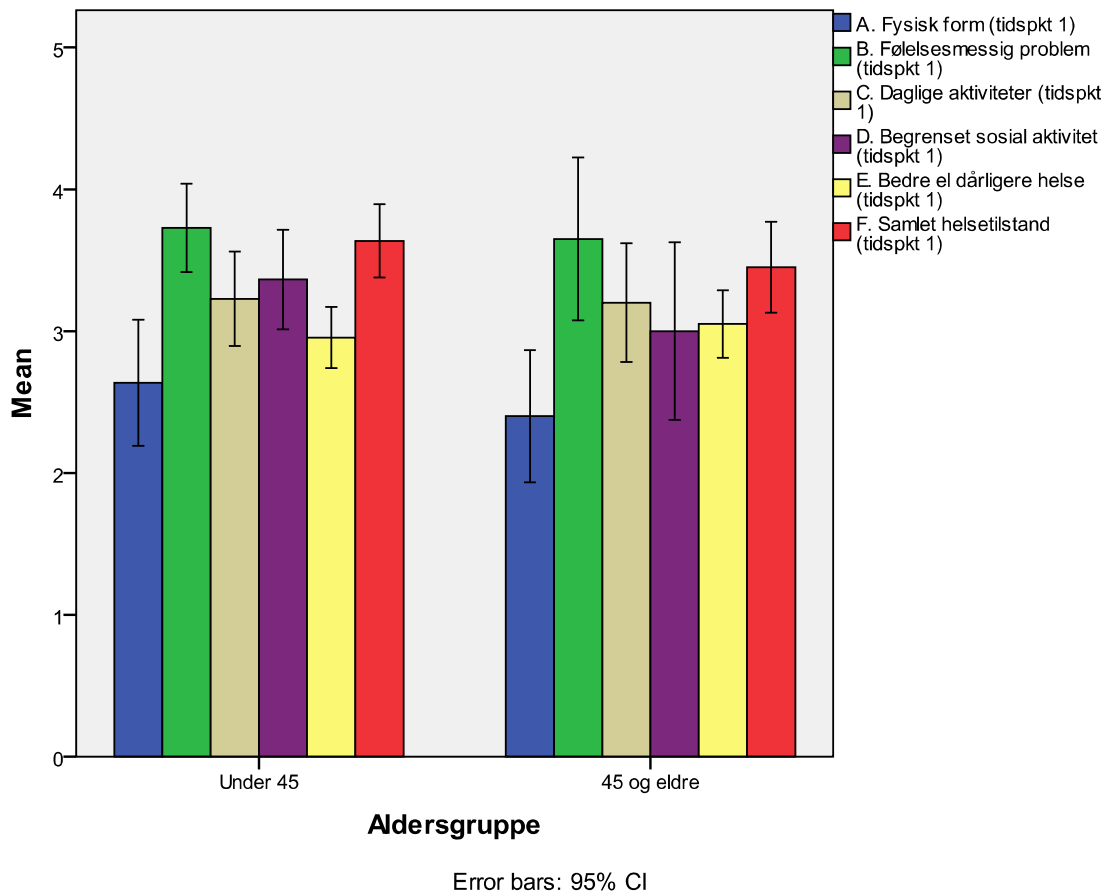
Spørsmål som går på endring av helse er formulert slik: *Hvorledes vil du bedømme helsen din i dag, fysisk og psykisk, sammenlignet med for 2 uker siden?* Svaralternativer er 1) Mye bedre, 2) Litt bedre, 3) Omtrent uforandret, 4) Litt verre, 5) Mye verre. Her sprer besvarelser seg lite rundt midtverdien. De fleste (76,7%) svarer at helsen har vært uforandret de siste to uker. Fem (11,6%) svarer at helsen har vært litt bedre mens fem andre svarer at helsen har vært litt verre de siste to ukene. Hvilken helsetilstand rapporterer de så å ha?

F. Samlet helsetilstand

Spørsmålsformuleringen er; *De siste 2 uker ... Hvorledes vil du vurdere din egen helse, fysisk og psykisk i alminnelighet?* Svaralternativer er 1) Svært god, 2) God, 3) Verken god eller dårlig, 4) Dårlig, 5) Meget dårlig. Halvparten (53,5%) rapporterer om dårlig helse, mens vel en tredjedel (37,2%) har svart at de har verken god eller dårlig helse. To deltakere (4,7%) svarer at de har god helse og en (2,3%) rapporterer å ha meget dårlig helse. Samlet viser kartlegging på helsevariabler at de fleste (92,9%) AFEM deltakerne har dårlig helse eller svarer 'midt på treet' at helsen verken er god eller dårlig ved oppstart på rehabiliteringsoppholdet. For de fleste har helsen vært uforandret de siste to ukene, og for de øvrige har den endret seg lite, enten til å bli litt bedre eller litt verre. Uvisst grunn, har to av 43 deltakere rapportert å ha god helse ved oppstart på rehabiliteringsoppholdet. Det spørres etter en samlet helsevurdering, fysisk og psykisk, noe som eventuelt kan ha blitt misforstått, for eksempel i forhold til om man har noen somatisk sykdom?

Forskjell mellom de yngste og de eldste?

Studier har vist variasjon på aldersgrupper i større befolkningspopulasjoner; jfr. Van Weel et al. (1995). I vårt materiale så vi etter forskjeller mellom de som er 44 år eller yngre og de som er 45 år eller eldre, men fant ikke forskjell på de to aldersgruppene; jfr. Figur 3.



Figur 3. Forskjeller mellom aldersgruppe under og 45 år eller mer; konfidensintervall 95%

I figur 3 ser man at konfidensintervallene overlapper for de enkelte variablene; – dvs. det er ingen forskjell mellom de under 45 og de som er 45 og eldre.

Høynes helse og funksjon etter AFEM rehabilitering?

I følge Coop-Wonca kartleggingen skjer det store endringer i deltakernes helse og funksjon under fire uker med AFEM rehabilitering. Fysisk form høynes minst under rehabiliteringsoppholdet, men høyningen er signifikant med t-verdi 2,415 på 95% signifikansnivå. Skåringer før rehabilitering går på å kunne greie moderat til tung belastning (mean 2,64). Ved avslutning av rehabiliteringsoppholdet er gjennomsnittet 2,41, det vil si at de nærmer seg å kunne greie tung belastning (skåreverdi 2; jfr. Vedlegg 1). Når det gjelder følelsesmessige problemer er plagene endret i større grad, fra å være mellom en god del/til en viss grad plaget, til å være bare litt plaget. T-verdi 7,625 (p 0,005) viser at endringen er signifikant. Sosiale aktiviteter er mindre begrenset etter rehabiliteringen enn ved oppstarten; fra 'til en viss grad' å være begrenset til å være mellom 'bare litt' og 'til en viss grad'

begrenset ($t=7,666$). Størst endring på funksjonsvariablene har C, Daglige aktiviteter, fra gjennomsnitt på 3,22 før AFEM og 1,47 etter fire uker rehabilitering, med $t= 11,202$. Deltakerne har til en viss grad/en god del hatt vansker med daglige aktiviteter, men etter rehabiliteringsoppholdet har de ikke vansker/bare lette vansker.

Endring på helsetilstanden er betraktelig; fra omtrent uforandret helsetilstand de siste to uker før rehabiliteringsoppholdet til på T2 å ha blitt mye bedre ($M=1,19$) de siste to ukene, dvs. under rehabiliteringsoppholdet. Høy t-verdi ($t=18,050$) underbygger at en høy endringen er signifikant. Samlet helsetilstand er signifikant høynet ($t=11,879$), fra å være mellom dårlig og verken god eller dårlig til å være god.

Tabell 3. Gjennomsnitt og skåreforskjeller mellom T1, før AFEM, og T2, når AFEM avsluttes

Variabel		Gjennomsnitt for T1	Gjennomsnitt for T2	Parvis forskjell	t-verdi	df
A	Fysisk form	2,64	2,41	0,333	2,415	35
B	Følelsesmessig problem	3,66	2,06	1,600	7,625	34
C	Daglige aktiviteter	3,22	1,47	1,750	11,202	35
D	Begrenset sosial aktivitet	3,17	1,49	1,686	7,666	34
E	Bedre/dårligere helse	2,97	1,19	1,778	18,050	35
F	Samlet helsetilstand	3,53	1,83	1,694	11,879	35

Hvor stabil er helse og funksjon tre måneder etter AFEM rehabilitering?

Et spørsmål var om kartlegging med Coop-Wonca skjema ville gi informasjon om endret helse og funksjon holdt seg stabil tre måneder etter AFEM rehabilitering? For å få svar på spørsmålet benyttet vi t-test. Resultatene viste t-verdi under 2, det vil si at det ikke er noen statistisk signifikant endring fra tidspunkt 2 til tidspunkt 3. Det gjaldt for alle variabler unntatt variabel E, Bedre/dårligere helse; jfr. Tabell 4.

Resultater for målinger på de to tidspunktene er dermed stabile med hensyn til funksjon og samlet helsetilstand, noe som tilsier at deltakere på AFEM rehabilitering har en varig endring av helsen tre måneder etter rehabiliteringsoppholdet. Egenrapportering om endring av helsen, er derimot

signifikant forskjellig mellom måletidspunktene T2 og T3. Tre måneder etter AFEM rehabilitering er endringen av helsen mindre enn på tidspunktet da rehabiliteringen ble avsluttet (T2). På T2 rapporterer respondentene at helsen har blitt mellom litt og mye bedre de siste to uker (dvs. da de deltok på AFEM rehabilitering), og tre måneder senere oppfatter de sin helse som omtrent uforandret de siste to ukene. Altså er helsen blitt stabil etter at den ble høynet.

Tabell 4. Gjennomsnitt og skåreforskjeller mellom T2, etter AFEM, og T3, tre måneder senere

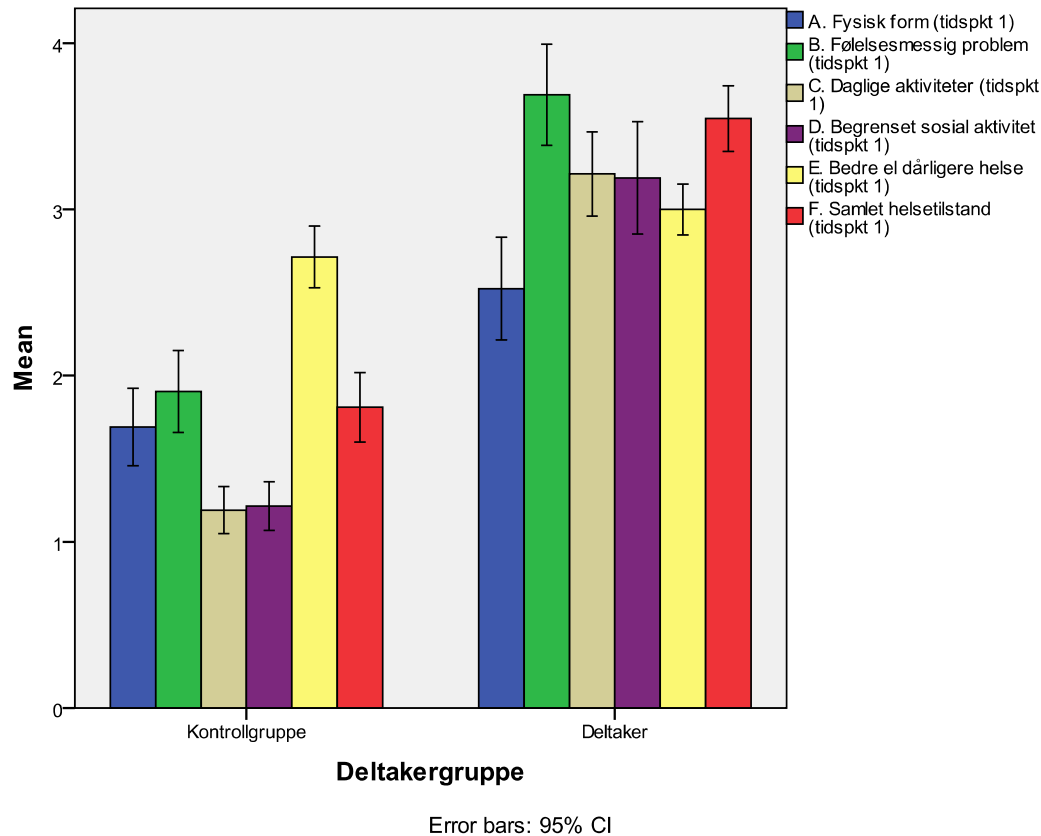
Variabel		Gjennomsnitt for T2	Gjennomsnitt for T3	Parvis forskjell	t-verdi	df
A	Fysisk form	2,32	2,11	0.211	1,287	18
B	Følelsesmessig problem	2,00	2,00	0.000	0,000	17
C	Daglige aktiviteter	1,53	1,79	-0.263	-1,157	18
D	Begrenset sosial aktivitet	1,61	1,50	0.111	0,383	17
E	Bedre/dårligere helse	1,21	2,42	-1.211	-7.398	18
F	Samlet helsetilstand	1,89	2,11	-0.211	-1,073	18

Hvordan er helse og funksjon hos de som deltar på AFEM rehabilitering, sammenlignet med befolkning som er i arbeid?

Sammenligning av gjennomsnittresultater på T1, når respondentene skulle begynne på rehabiliteringen, og sammenligningsgruppen bestående av mennesker som er i arbeid, viser signifikant forskjell mellom de to gruppene på alle variabler unntatt variabel E; Bedre eller dårligere helse; jfr. Figur 4.

Figur 4 viser at gjennomsnittskåreverdiene er høyere hos deltakergruppen enn hos sammenligningsgruppen. En ser også at konfidensintervaller på 95% nivå ikke overlapper for de

enkelte variablene A til D samt variabel F. Dermed er det en signifikant forskjell mellom kontrollgruppen og deltakerne for de ulike variablene.

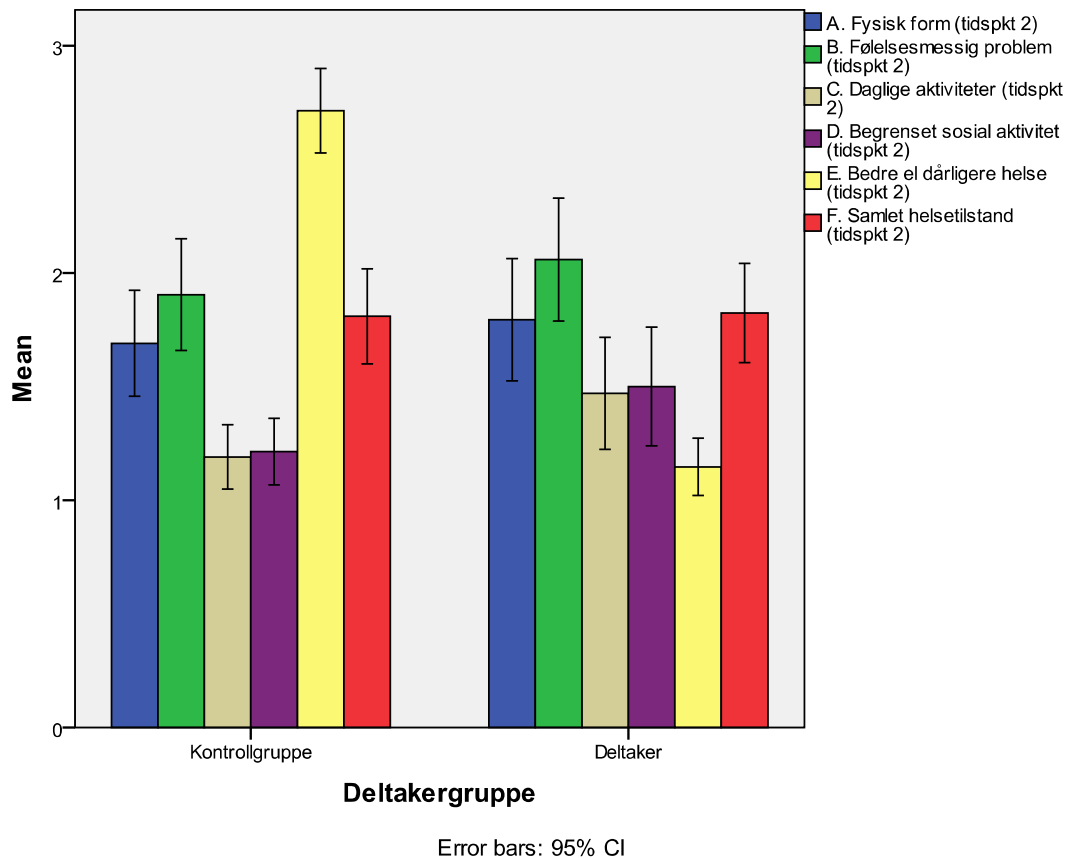


Figur 4. Forskjeller mellom T1 resultater og sammenligningsgruppe, konfidensintervall 95%.

Variabel E, Bedre eller dårligere helse, viser derimot ingen signifikant forskjell mellom kontroll- og deltakergruppe. Gjennomsnitt skåreverdi på hhv 2,71 for sammenligningsgruppen og 3,00 for rehabiliteringsgruppen viser at begge grupper skårer for en relativt stabil helse ($t = -2.421$, $p = 0,016$) for variabel E. Altså er helsetilstander stabile i begge grupper.

T-test for variabel F, *Samlet helsetilstand* indikerer signifikant forskjell på de stabile helsetilstandene; $t = 12,212$ (konfidensintervall 95%). Skåreverdi for deltakergruppen er i gjennomsnitt 3,55, det vil si at de rapporterer å ha dårlig helse. Gjennomsnitt skåre for sammenligningsgruppen er derimot 1,81, det vil si i overkant av god helse (i retning svært god helse).

Hvordan er forskjellen mellom gruppene på T2, det vil si tidspunkt hvor fire ukers rehabilitering avsluttes?



Figur 5. Forskjeller mellom kontrollgruppe og rehabiliteringsdeltakere på T2

Figur 5 viser at konfidensintervaller på 95% nivå for gjennomsnitt for de to gruppene overlapper. Det gjelder variablene A tom D og F. Dermed er det ingen signifikant forskjell på disse variablene mellom kontrollgruppen og deltakerne på tidspunktet når rehabiliteringsoppholdet avsluttes. Variabel E viser at det er signifikant forskjell mellom kontroll- og deltakergruppe; det vil si at deltakere har hatt signifikant større høyning av helsen enn sammenligningsgruppen rapporterte å ha. Som Tabell 4 ovenfor illustrerer, har rehabiliteringsdeltakerne fortsatt en opplevelse av høynet helse, også tre måneder senere, men samlet helse og funksjon endres ikke signifikant. På dette tidspunktet rapporterer de om helse og funksjon som ikke skiller seg signifikant fra utvalget blant befolkning som er i arbeid.

Diskusjon og anbefaling

Undersøkelsens resultater viser endring, - fra nedsatt helse og funksjon ved oppstart av rehabiliteringen, til verdier som ikke skiller seg fra normalbefolkning ved avslutning av rehabiliteringen. Disse verdiene holder seg høye tre måneder senere. Med unntak av variabel E som måler helseendring, er det ingen signifikant forskjell mellom kontrollgruppen og deltakerne for de ulike variablene på tidspunkt 2 ved avsluttet rehabilitering for deltakergruppen og for kontrollgruppen. Variabel E om helseendring viser signifikant forskjell mellom kontroll- og deltakergruppe på tidspunktet ved avsluttet rehabilitering. Det vil si at deltakere på AFEM rehabilitering har hatt signifikant større høyning av helsen enn sammenligningsgruppen har hatt de siste to uker. Videre viser resultatene at helse og funksjon holder seg på det høynede nivået tre måneder etter AFEM rehabilitering. Men de som deltok på rehabiliteringsopplegget har fortsatt en oppfatning om at deres helse endres positivt, og det er signifikant forskjell mellom deltakerne og sammenligningsgruppen på variabel E om helseendring.

Med bakgrunn i forskningslitteratur og studiens resultater kan bruk av Coop-Wonca ved kartlegging av helse og funksjon hos personer som vurderes henvist til AFEM rehabilitering anbefales.

Begrunnelse for anbefalingen er for det ene at Coop-Wonca som kartleggingsverktøy ut fra denne undersøkelsen synes hensiktsmessig for å få frem informasjon om egenrapportert lav helse og funksjon hos personer som er i behov av rehabilitering, og at egenrapportert helse og funksjon endres etter deltakelse på AFEM rehabilitering. For det andre er Coop-Wonca som kartleggingsverktøy blitt benyttet i mange land inklusive Norge, og er beskrevet som et velegnet og reliabelt instrument for egenrapportering om helse og fungering og endringer på dette over tid (Holm og Risberg 2003; Lindegaard, Bentzen & Christiansen 1999; Bentsen, Natvig & Winnern 1997; 1999; Kinnersley, Peters & Stott 1994). Skjema kan forstås som reliabelt og valid, og det er benyttet ulike statistiske beregninger på data (nominalverdier) som registreres. At skalaen benyttes som en intervallskala, må tas i betraktning når skjema benyttes.

Kartlegging med bruk av Coop-Wonca får frem forskjeller i helse og funksjon fra før til etter rehabilitering. Høynet helse og funksjon er stabil tre måneder senere. Verktøyet kan følgelig anbefales brukt i evaluering av rehabiliteringsoppleggets effekter på helse og funksjon.

Undersøkelsen har et lite omfang, og sammenligningsgruppen er valgt med bekvemmelighetsutvalg. Dette tatt i betraktning, kan Coop-Wonca skjema anbefales prøvd ut som verktøy for de som henviser til AFEM rehabilitering.

Kartlegging med Coop-Wonca fikk frem endringer som skjedde innen en relativt kort tidsperiode på fire uker. En hypotese om at skjema får frem endring over kort tid, underbygges av en studie gjennomført av Peters et al. (1998). På bakgrunn av dette kan man ved vurdering av Coop-Wonca som verktøy for evaluering av AFEM rehabilitering anbefale skjemaet, dog med anbefaling om å gjennomføre en større studie med sterkere design.

Coop-Wonca omfatter fire funksjonsvariabler, som dreier seg om fysisk form, følelsesmessige plager og mulige begrensninger i daglige aktiviteter og sosiale aktiviteter. At det bare tar omtrent fem minutter å besvare skjema, og at spørsmål er illustrert med tegninger fremmer skjemaets brukervennlighet (Van Weel et al., 1995).

Men Coop-Wonca gir kun data om oppfatninger om helse generelt, og fysisk, følelsesmessig og sosial funksjon generelt. Som evalueringsinstrument gir det verdifulle data på dette generelle nivået. Vi anbefaler i tillegg at man vurderer kartlegging av flere forhold, dette for å få et mer helhetlig og nyansert evalueringsgrunnlag. Som eksempel omfatter ikke denne undersøkelsen kartlegging av smerte. Hvordan er rehabiliteringsdeltakernes eventuelle smerter, og endres disse under rehabiliteringsoppholdet? Holm og Risberg (2003) har benyttet VAS skala sammen med Coop-Wonca kartlegging hos personer med smerte og stivhet, og funnet denne kombinasjonen hensiktsmessig. Søvnp problemer er et annet eksempel på forhold som kan ha relevans ved evaluering av ulike tiltak innen rehabiliteringsopplegget. På AFEM rehabilitering benyttes kognitiv tilnærming og pedagogiske metoder, og gruppeopplegg hvor deltakere blant annet lærer å forholde seg på nye og mer hensiktsmessige måter å benytte egne ressurser og sette realistiske fysiske grenser (Brataas og Evensen 2006; 2011; Evensen, Brataas og Landstad 2010). Undersøkelsen gir grunnlag for en antagelse om endring som følge av læreprosessen, men det trengs mer forskning for å få kunnskap om hva som er relevante prosess- eller effektvariabler. En mer helhetlig evaluering av rehabiliteringsopplegget anbefales gjennomført på bakgrunn av data om flere forhold; det være seg 1) faktorer ved rehabiliteringstiltaket, 2) andre ytre forhold, eller 3) personlige forhold hos deltakerne.

Undersøkelsen har av praktiske årsaker gitt data om helse og funksjon fra oppstart til tre måneder etter avsluttet AFEM rehabilitering. Samlet sett er helse og funksjon høynet etter rehabilitering og holder seg høyt tre måneder senere. Man ønsker å samle data og få kunnskap om hvorvidt helse og funksjon er blitt stabilt høynet og holder seg på høyde med befolkning som er i arbeid. Smednes

trivselsgård as vil derfor benytte Coop-Wonca og kartlegge helse og funksjon et halvt- og ett år etter AFEM rehabilitering.

Vi stilte spørsmål om Coop-Wonca fikk frem kjønns- eller aldersforskjeller på helse og funksjon hos AFEM deltakerne. Resultatene viste ingen signifikant kjønns- eller aldersforskjell. Andre studier av større respondentgrupper har gitt indikasjoner på slike forskjeller. For å få mer kunnskap om betydning av slike forhold, anbefales større undersøkelser.

Konklusjon

Coop-Wonca spørreskjema kan anbefales benyttet for å måle noen oppstartsverdier og bedring innen helse og funksjon hos personer som henvises til AFEM rehabilitering. Det tar kort tid å besvare Coop-Wonca skjemaet, som er et mye benyttet, validert kartleggingsverktøy.

Skjema kan, som tillegg til tradisjonelle undersøkelser og kliniske vurderinger, anbefales prøvd ut som supplerende kartleggingsverktøy ved mild psykisk lidelse, kroniske smerter og utmattingsproblematikk, og som verktøy i evaluering av rehabiliteringsresultater av AFEM rehabilitering for personer med mild psykisk lidelse og kronisk fatigue.

Undersøkelsen omfatter et lite materiale, og er gjort i forhold til kun en type rehabilitering, og det er benyttet bekvemmelighetsutvalg til sammenligningsgruppe. Men dette tatt i betraktning, gir undersøkelsen resultater som tyder på at helse og funksjon er lav før rehabilitering og høynes eller normaliseres i løpet av et rehabiliteringsopplegg på fire uker. Resultatene gir grunnlag for en antagelse (hypotese) om en mulig og sannsynlig positiv effekt av rehabiliteringstiltaket for målgruppen. Derfor anbefales større undersøkelser hvor hypotesen kan testes, og at det prøves ut bruk av flere spørreskjema på målgruppen. Det er behov for mer forskning om hva ved AFEM rehabilitering som gir effekt, og om andre tiltak som bidrar til høyning av helse og funksjon og et aktivt liv hos personer som sliter med mild psykisk lidelse, kroniske smerter og utmattingsproblemer.

Litteraturliste

- Bentsen BG, Natvig B, Winnem M. Assessment of one's own functional status. COOP/WONCA questionnaire charts in clinical practice and research. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 1997; 117(12): 1790-1793.
- Bentsen BG, Natvig B, Winnem M. Questions you didn't ask? COOP/WONCA charts in clinical work and research. *Family Practice*, 1999; 16 (2): 190-195. doi: 10.1093/fampra/16.2.190
- Bjørkum T, Wang CEA, Waterloo K (2009) Pasienterfaringer med ulike tiltak ved kronisk utmattelsessyndrom. *Tidsskr Nor Legeforen*, 2009; 129(12): 1214–61
- Brataas HV, Evensen A (2011) Årsakssammenhenger og betydning av AFEM for rehabilitering til aktivt liv. *HiNT-Rapport 77/2011*. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag. Tilgjengelig på: http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_19255
- Brataas HV, Evensen A (2006) Evaluering av AFEM-modell for sosial rehabilitering: psykososial rehabilitering som bro til livskvalitet og mestring i det tverretatlige landskap. (Evaluation of a model of social rehabilitation. Project report.) *HiNT-Rapport 34/2006*. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Evensen A, Brataas HV, Landstad B (2010) Individuell læring i psykoedukativ kognitiv rehabilitering. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*; 6, 2: 70-83.
- Glomsrød B, Lønn JH, Soukup MG, Bø K, Larsen S (2001) "ACTIVE BACK SCHOOL", PROPHYLACTIC MANAGEMENT FOR LOW BACK PAIN: THREE-YEAR FOLLOW-UP OF A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL. *J Rehab Med* 2001; 33: 26–30
- Holm I, Risberg MA. (2003) COOP/WONCA-funksjonsskjema - Et nyttig og sensitivt evalueringsverktøy til bruk i fysioterapi praksis. *Fysioterapeuten*; (8): 26-30.
- Kinnersley P, Peters T, Stott N. (1994) Measuring functional health status in primary care using the COOP-WONCA charts: acceptability, range of scores, construct validity, reliability and sensitivity to change. *Br J Gen Pract*; 44(389): 545-549.
- Lam CLK, Lauder IJ, Lam DTP (1999a) How does a change in the administration method affect the reliability of the COOP/WONCA Charts? *Family Practice*; 16, 2: 184-189.
- Lam CL, Lauder IJ, Lam DT (1999b) How does a change in the administration method affect the reliability of the COOP/WONCA Charts? World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. *Family practice*; 16(2): 184-189. PUBMED 10381027
- Lennon OC, Carey A, Creed A, Durcan S, Blake C (2011) Reliability and Validity of COOP/WONCA Functional Health Status Charts for Stroke Patients in Primary Care. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*; 20(5): 465-473.
- Lillefjell M (2006) Gender differences in psychosocial influence and rehabilitation outcomes for work-disabled individuals with chronic musculoskeletal pain. *J Occup Rehabil*; 16: 659–674.. DOI 10.1007/s10926-006-9056-x

Lindegaard PM, Bentzen N, Christiansen T. (1999) Reliability of the COOP/WONCA charts. Test-retest completed by patients presenting psychosocial health problems to their general practitioner. *Scand J Prim Health Care*; 17(3): 145-148.

Marques J, Zuardi AW (2011) COOP/WONCA Charts as a Screen for Mental Disorders in Primary Care. *Ann Fam Med*; 9(4):359-365. doi:10.1370/afm.1267.

Peters TJ, Coast J, Richards SH, Gunnell DJ (1998) Effect of varying the time frame for COOP-WONCA functional health status charts: a nested randomised controlled trial in Bristol, UK. *Journal of epidemiology and community health*; 52(1): 59-64

Van Weel C. (1993) Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disabil Rehabil*; 15(2): 96-101

Van Weel, C. König - Zahn, F.W.M.M. Touw - Otten, N.P. Van Duijn, B. Meyboom - de Jong. (1995) *Measuring functional status with the COOP / WONCA charts: a manual*. Groningen: Noordelijke Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG)/ Northern Centre of Health Care Research (NCH) (NCG reeks meetinstrumenten; 7/NCH series no.7) Met lit.opg./With references. ISBN 90 72156 331.

Vittinghoff E, McCulloch CE. (2007) Relaxing the Rule of Ten Events per Variable in Logistic and Cox Regression. *Am. J. Epidemiol.*; 165 (6): 710-718.

Vedlegg: Coop-Wonca spørreskjema

Pasientens navn: _____

f. nr. _____

Dato: _____

PASIENTSKJEMA

Funksjonsmåling (COOP/WONCA)






Norsk bearbeidelse: Prof. B.G. Bentsen
Institutt for allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo

For å kunne følge din generelle helsetilstand før, under og etter en behandling trenger vi å vite "hvordan du har det". Det kan måles ved hjelp av svarene på noen enkle spørsmål. Vi ber deg derfor å svare på de seks spørsmålene på de seks skjemaene (A) til (F) nedenfor.

Du ser seks skjemaer som har som mål å angi din fysiske, psykiske og sosiale tilstand. Skjemaene besvares ved på hvert enkelt skjema **å slå en ring rundt** det tallet til høyre for tegningen som best beskriver din nåværende situasjon.






A. FYSISK FORM

De siste 2 uker...
Hva var den tyngste fysiske belastningen du greide/kunne greid i minst to minutter?

MEGET TUNGT (f.eks.) Løpe fort		1
TUNGT (f.eks.) jogge i rolig tempo		2
MODERAT (f.eks.) Gå i raskt tempo		3
LETT (f.eks.) Gå i vanlig tempo		4
MEGET LETT (f.eks.) Gå sakte - eller kan ikke gå		5




B. FØLESEMESSIG PROBLEM

De siste 2 uker...
Hvor mye har du vært plaget av psykiske problemer som indre uro, angst, nedforhet eller irritabilitet?

Ikke i det hele tatt		1
Bare litt		2
Til en viss grad		3
En god del		4
Svært mye		5

C. DAGLIGE AKTIVITETER

De siste 2 uker...
Har du hatt vansker med å utføre vanlige
gjøremål eller oppgaver enten innendørs
eller utendørs, p.g.a. din fysiske eller
psykiske helse?

Ikke vansker i det hele tatt		1
Bare lette vansker		2
Til en viss grad		3
En god del vansker		4
Har ikke greid noe		5






D. SOSIALE AKTIVITETER

De siste 2 uker...
Har din fysiske eller psykiske helse
begrenset dine sosiale aktiviteter og kontakt
med familie, venner, naboer eller andre?

Ikke i det hele tatt		1
Bare litt		2
Til en viss grad		3
Ganske mye		4
I svært stor grad		5






E. BEDRE ELLER DÅRLIGERE HELSE

Hvorledes vil du bedømme helsen din idag,
fysisk og psykisk, sammenlignet med for
2 uker siden?

Mye bedre		1
Litt bedre		2
Omtrent uforandret		3
Litt værre		4
Mye værre		5

F. SAMLET HELSETILSTAND

De siste 2 uker...
Hvorledes vil du vurdere din egen helse,
fysisk og psykisk i allminnlighet?

Svært god		1
God		2
Verken god eller dårlig		3
Dårlig		4
Meget dårlig		5