

RAPPORT

Årsakssammenhenger og betydning av AFEM for rehabilitering til aktivt liv

Rehabilitering under ordning Raskere tilbake

Hildfrid V. Brataas
Aud E. Evensen

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 77

Steinkjer 2011



Årsakssammenhenger og betydning av AFEM for rehabilitering til aktivt liv

Rehabilitering under ordning Raskere tilbake

Hildfrid V. Brataas
Aud E. Evensen

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 77
ISBN 978-82-7456-638-5
ISSN 1504-7172
Steinkjer 2011



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 fagfelleverderes 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
Hovedbibliotekar

Kvalitetssikret av
Alf Bergroth, Mittuniversitetet (ekstern)
Kari Ingstad (intern)

Nøkkelord: rehabilitering, psykososial terapi, evaluering, pasientperspektiv

Key words: rehabilitation, psychosocial therapy, evaluation, patient perspective

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

	Side
Sammendrag	4
Summary	6
1.0 Bakgrunn	7
1.1 Sentrale begreper	8
2.0 Metode	12
2.1 Utvalg og utvelgelse	13
2.2 Forskningsetikk	14
2.3 Reliabilitet og validitet	14
3.0 Resultater	15
3.1 Hva forstås som årsakssammenhenger for rehabiliteringsbehovet?	15
3.2 Betydning av AFEM deltakelse, umiddelbart og over tid	18
3.3 Hva betyr AFEM rehabilitering for mestring og egenvurdert helse?	21
4.0 Drøfting	26
4.1 Oppsummering og konklusjon	30
Referanser	32

Sammendrag

Ved inngangen til det 20. århundre er nye virkemidler blitt iverksatt for å få flere tilbake til arbeid etter sykefravær og minke antallet personer som blir avhengige av trygdeytelser som inntekstsikring. I samarbeid mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet er ordningen ”Raskere tilbake” opprettet. Den ble vedtatt av Sykefraværsutvalget i 2006. Under denne ordningen har spesialisthelsetjenesten, Helse Midt-Norge, inngått avtaler med private rehabiliteringssentre, dette for å utvide kapasiteten og skape nye tilbud. Helse Midt-Norge knytter FoU til rehabiliteringsvirksomhet under ordningen Raskere tilbake. Ved Smednes trivselsgård as tilbys AFEM rehabilitering under Raskere tilbake ordningen. AFEM står for Ansvar For Egen Mestring. Tilbudet omfatter et fire ukers rehabiliteringsopphold ved Smednes trivselsgård. Det gis også oppfølging med veiledning for deltakere som har behov for det. Rehabiliteringsopplegget har et psykososialt fokus. Rapporten belyser følgende FoU spørsmål om AFEM rehabilitering:

1. Hva forstås som årsakssammenhenger for behov for AFEM rehabilitering?
2. Hvilken betydning har AFEM deltakelse for rehabilitering til arbeid/meningsfull aktivitet, og som vedvarer etter AFEM deltakelse?
3. Hva betyr AFEM rehabilitering for mestring og livskvalitet?

Metode

Prosjektet er beskrivende og basert på deltakerperspektiver. Det er benyttet kartlegging, spørreskjema på mestringsressurser og egenrapportert helse, og kvalitative intervjuer om årsakssammenhenger for rehabiliteringsbehov og betydning av AFEM for rehabilitering til arbeid og meningsfulle aktive liv.

Resultater

Årsakssammenhenger for rehabiliteringsbehov var sammensatt av opplevelse av høye belastningskrav og motsvarende forventninger til høy ytelse og tåleevne og ikke å kjenne på egne begrensninger og som førte til at man ble mer og mer sliten.

Deltakere på AFEM utarbeidet handlingsplaner og gikk over fra sykmelding/risiko for lang tids sykefravær til arbeid eller utdanning. Faktorene innen mestringsressursen ”opplevelse av sammenheng i tilværelsen” (OAS), meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet, er signifikant høynet fra før til etter AFEM, med høyest utgangsskåre og høyest endring for meningsfullhet. Rapportert egenvurdert helse er også høynet.

To år etter AFEM er egenvurdert effekt at man går fra lært hjelpeløshet og lavt selvbilde før rehabilitering til læring om egen styrke og nye måter å møte belastninger på. Lang tids effekt på selvfølelse, aktivitet/arbeid og meningsfulle liv beskrives.

Konklusjon

Årsakssammenhenger for rehabiliteringsbehov er utmattingsprosesser og sammenhenger disse har med situasjoner som skaper påkjenninger, samt belastninger/krenkelser under livsløpet og psykiske faktorer som selvbilde og mestringsressurser. AFEM psykososial rehabilitering ser ut til å bidra til læring og fremme ny mestring og rehabilitering til arbeid. Det er behov for langtidsstudier som kan gi mer kunnskap om rehabiliteringseffekter.

Nøkkelord: psykososial rehabilitering, psykologisk-pedagogisk, kognitiv metode, opplevelse av sammenheng, helse, rehabilitering til arbeid

Summary

At the beginning of the 20th century, new measures have been implemented to promote more return to work after sick leave and decrease the number of people who are dependent on social security as the source of income. In co-operation between the Directorate of Health and Welfare, the "Faster back to work scheme" was created. It was carried into effect by the Absence due to Sickness Commission in 2006. Under this Faster back scheme, specialist health services, the Central Norway Regional Health R & D, Health Mid-Norway, have entered into agreements with private rehabilitation centers. The purpose is to expand capacity and to create and evaluate new rehabilitation models under the scheme. At a private rehabilitation institution in Central Norway, Smednes trivselsgård as, a new model of AFEM rehabilitation is developed. AFEM stands for "Responsibility For Self-Mastery". The model has a psychosocial and educational focus and includes a four-week rehabilitation stay with follow-up counseling over a year when needed.

This report investigates the following research questions about AFEM rehabilitation:

1. What is understood by participants as the cause and need for AFEM rehabilitation?
2. Does AFEM rehabilitation have any significance for rehabilitation to work / meaningful activity that persist over time after AFEM participation?
3. Do coping resources and quality of life change from before till after AFEM rehabilitation?

Method

The project is descriptive and based on participant perspectives. Surveys on coping resources and self-reported health, and qualitative interviews about the causes of rehabilitation needs and the importance of AFEM for rehabilitation to work and meaningful active lives are used.

Results

Causal reasons for rehabilitation needs were developed over time. The persons had experienced high stress loads, different kinds of psychosocial "devaluation", and/or duty expectations from childhood and later as grown-ups. Compensating they had developed high expectations to their own capacity to work hard and be competent at home, at school, and later on at work. Signals of own capacity limitations were suppressed. Gradually they became more and more tired, depressed and afflicted with anxiety.

During the rehabilitation period participants learned new strategies, prepared action plans for work, and finishing rehabilitation they passed on from the sick-risk or long-term sick leave to work or education. The coping resource "sense of coherence in life" (OAS) factors meaningfulness, comprehensibility and manageability, were significantly raised from before to after AFEM, with the highest score and highest change on output for meaningfulness.

Reported self-assessed health also was raised.

Two years after AFEM participation the self-assessed effect goes from the learned helplessness and low self-esteem before rehabilitation to learning about their own strength, other ways to assess and meet the stress loads, and long-term effect on self-esteem, activity, work and meaningful life.

Conclusion

Fatigue processed from long term stress and strain or violation during the life span, and psychological factors such as low self-concept and coping resources may cause needs of psychosocial rehabilitation, and people with such needs may have health benefits from participation in AFEM psychosocial rehabilitation having effect from learning processes on renewed coping strategies, and rehabilitation to work. There is a need for longitudinal research providing more knowledge about effects from psychosocial rehabilitation models.

Key words: Psychosocial rehabilitation, psycho educative, cognitive method, sense of coherence, health, rehabilitation to work

1.0 Bakgrunn

Ved inngangen til det 20. århundre er nye virkemidler blitt iverksatt for å få flere tilbake til arbeid etter sykefravær og minke antallet personer som blir avhengige av trygdeytelser som inntekstsikring. I samarbeid mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet er ordningen ”Raskere tilbake” opprettet. Den ble vedtatt av Sykefraværsutvalget i 2006. Under denne ordningen har spesialisthelsetjenesten, Helse Midt-Norge, inngått avtaler med private rehabiliteringssentre, dette for å utvide kapasiteten og skape nye tilbud; ” Målsetningen er at sykmeldte arbeidstakere raskere skal kunne komme tilbake på jobb” (Helse Midt-Norge 2011).. Helse Midt-Norge knytter FoU til rehabiliteringsvirksomhet under ordningen Raskere tilbake.

Ved Smednes trivselsgård as tilbys AFEM rehabilitering under Raskere tilbake ordningen. AFEM står for Ansvar For Egen Mestring. Tilbudet omfatter et fire ukers rehabiliteringsopphold ved Smednes trivselsgård. Det gis også oppfølging med veiledning for deltakere som har behov for det. Rehabiliteringsopplegget har et psykososialt fokus. Psykososial rehabilitering er basert på et sett prinsipper for å fremme uavhengighet og utvikling hos personer med psykososiale problemer;

”underutilization of full human capacity, equipping people with skills, self-determination, normalization, differential needs and care, commitment of staff, deprofessionalization of service, early intervention, environmental approach, changing the environment, work-centered process, and social rather than medical supremacy” (Cnaan o.fl. 1988, s. 61).

I AFEM rehabilitering benyttes kognitiv psykoedukativ tilnærming for grupper på fem til syv deltakere. Med psykologisk – pedagogisk (psykoedukativ) tilnærming lærer deltakerne nye handlemåter og mestringsstrategier (Rosenberg og Mørch 2005, Johannesen og Yalseth 2009). I opplegget kombineres kurs, gruppeaktiviteter, arbeidstrening og individuell veiledning, samt familieveiledning etter behov (Brataas & Evensen 2006, Evensen, Brataas & Landstad 2010). Deltakere på rehabiliteringen er personer med utmattelsessyndrom (ME), tretthetssyndrom, kronisk smertesyndrom, angst og depresjonsfølelse. Rapporten belyser følgende FoU spørsmål om AFEM rehabilitering:

1. Hva forstås som årsakssammenhenger for behov for AFEM rehabilitering?
2. Hvilken betydning har AFEM deltakelse for rehabilitering til arbeid/meningsfull aktivitet, og som vedvarer etter AFEM deltakelse?
3. Hva betyr AFEM rehabilitering for mestring og livskvalitet?

1.1 Sentrale begreper

Mål for AFEM rehabilitering er *mestring* på måter som har positiv betydning for helse og livskvalitet, arbeid og meningsfull aktivitet, og medfører et mønster av effekter på sinn og kropp, også kalt stressreaksjon (Lazarus 1998). Tradisjonelt er mestring beskrevet som to prosesser; kognitiv mestring og emosjonell mestring. Kognitivt dreier det seg om å vurdere situasjonen man er i, for så å vurdere hvilke muligheter situasjonen Mestringsprosesser har til hensikt å håndtere stressende utfordringer gir og hva som er aktuelle handlemåter (Lazarus og Folkman 1984). Emosjonelt dreier mestring seg om å regulere følelser en situasjon skaper (op.cit.). Mestring skjer som en prosess hvor fortolkning og vurderinger griper inn i den emosjonelle prosessen, og vise versa (Lazarus 1999). Vurderinger og mestringsmåter avhenger av situasjonen, kontekstuelle forhold og personfaktorer, og måter man mestrer på kan ha helsefremmende betydning eller virke nedbrytende på helsen.

Helse er her forstått som noe mer enn fravær av sykdom. Sykdom kan påvirke helsen, men ”helsen er et mer stabilt element hos personen, mens sykdom kan være ytterst forbigående eller vedvarende” (Mæland 2009: 143). *Helse* er en kvalitet ved individet som en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende (WHO 1947, 1948 referert i Rustøen og Wahl 1999, Wahl og Hanestad 2004). Funksjon og velbefinnende er knyttet til generelle helseområder, ikke til spesifikke sykdomstilstander. Mæland (2009) beskriver helsen som manifest og iboende. *Manifest helse* er et uttrykk for en persons aktuelle funksjonsevne og velbefinnende, og beror på mange tidligere og nåværende forhold hos individet og ved omgivelsene. ”Helse er uttrykk for en kapasitet til å leve livet og evnen til å realisere det potensialet som ligger i mennesket” (s. 145). Kapasitet og funksjonsevner påvirkes naturlig nok av sykdom og kroniske plager. En viktig faktor som påvirker den manifeste helsen er også den iboende helsen. Iboende helse er et uttrykk for mer stabile egenskaper hos individet, og som formes gjennom dynamiske prosesser i livet (s. 145). Iboende helse uttrykker motstandskraft, styrke, utholdenhet, tilpasningsevne og utviklingspotensial og hvordan naturlige elementer som

sykdom, lidelse og motstand er faktorer som får mennesket til å realisere sitt fulle helsepotensial, hevder Mæland (op.cit.). Sett i sammenheng med AFEM rehabilitering, kan en ut fra den psykoedukative tilnærmingen forstå rehabiliteringstilbudet som tiltak med mål å styrke deltakernes iboende helseressurser, og derved kan nye mestringsmåter påvirke og høyne funksjonsevne og velbefinnende, dvs. manifest helse.

Aron Antonovsky (1987) har satt fokus på terapeutiske muligheter for planlagt, utvidet forandring av mestringsressurser, det vil si hvorvidt terapi ut fra en salutogen (helsefokuserende i motsetning til sykdomsfokuserende) tenkning kan bidra til å høyne ressursene. Mestringsressurser Antonovsky her sikter til kalles OAS (Opplevelse Av Sammenheng) i tilværelsen. OAS omfatter tre domener; begripelighet (kognitivt domene), håndterbarhet (adferds-/ferdighetsdomene) og meningsfullhet (følelses- og holdningsdomene). Det er de vesentlige erfaringer i livet som utgjør den fremste drivkraften i retning av en sterkere eller svakere OAS. Teorien om OAS er en utviklingsteori. ”En gunstig utvikling vil være en opplevelse av mening og forutsigbarhet i livet, der mennesket har en følelse av å kontrollere livet sitt”, hevder Håkonsen (2009: 49). Antonovsky (1987) anser belastningsbalanse, delaktighet i sosialt verdsatt beslutningstaking og indre sammenheng i kulturelt og strukturelt bestemte erfaringsmønstre gjennom livet som vesentlige i analysen av hvordan menneskets OAS dannes. Han presiserer at OAS er en grunninnstilling. Begreper som indre/ytre lokus for kontroll, selveffektivering, lært hjelpeløshet og lært beredskap, angst, livsmening, mental styrke hviler på denne grunninnstillingen (s. 143).

Gjennom livet inntil tidlig voksen alder utvikles en relativt stabil OAS. Ved overgangen til voksenlivet med langsiktige forpliktelser, sosiale roller og arbeid blir ressurser som er blitt formet av barndommens og ungdommens erfaringer avgjørende for mestring og fungering (op.cit.). Trygg tilknytning eller tilknytningsvansker, belastninger og traumatiske forhold under oppveksten har betydning for menneskets utvikling og fungering. Tilknytning betyr at man er disponert for å søke nærhet og kontakt med en annen person når man trenger støtte, hjelp eller beskyttelse (Eide og Eide 2007). Foreldrefunksjoner i betydning foreldrenes evne til å se og engasjere seg positivt følelsesmessig og ikke krenkende og ha realistiske forventninger til barnets mestring under oppveksten (Killén 2000), har betydning for tilknytning, læring og utvikling. Bowlby (1988) beskriver utvikling av to hovedtyper tilknytningsmønstre; trygg tilknytning eller utrygg tilknytning. Utrygg tilknytning har

karakter av å være ambivalent, unnvikende eller desorganisert (Bowlby 1988, Eide og Eide 2007). Et spørsmål er om og på hvilken måte det kan være indirekte eller direkte sammenhenger mellom kontekstuelle forhold og personens utvikling gjennom oppveksten og frem til arbeidslivsalder, og negativ helseutvikling som har ført til behov for AFEM deltakerne.

En norsk langtids studie antyder at i stressfulle situasjoner er livsstil og individuelle psykiske ressurser viktigere enn støtte fra andre (Dalgard og Håheim 1998). Dette antyder at en persons sosiale trygghet eller utrygghet og andre OAS avhengige faktorer har betydning for mestring av stressfulle situasjoner og ulike psykososiale forhold i og/eller utenfor arbeidslivet. Men psykososiale forhold både på arbeidstedet og privat kan ha betydning for helsen. Fjell (2007) har i en svensk studie funnet sammenheng mellom muskel- skjelettsmerter og forhold i hjem og arbeidsliv. Hun fant sammenheng mellom sjefers lederstil og muskel- og skjelettplager hos begge kjønn, mens flere kvinner enn menn rapporterte om mer fysisk anstrengelse, smerte og tretthet som følge av både yrkesliv og aktiviteter i heimen. Menn hadde bedre arbeidsvilkår i betydning kontroll over egen arbeidssituasjon. Når det gjelder arbeidsbetinget stress kan det meste forstås i forhold til om man har mulighet for å påvirke sin arbeidssituasjon, og at innflytelse motiverer til å investere energi i arbeidet, hevder Antonovsky (1987). Videre hevder han at opplevelse av håndterbarhet styrkes av gjentatte arbeidserfaringer som oppleves adekvate i forhold til ens evner og som leilighetsvis utsetter personen for overbelastning. Derimot kan underbelastning og manglende utnyttelse av ens potensial lede til økende lammelse av opplevelsen av håndterbarhet. En høy/sterk, OAS er ikke en bestemt mestringsstil.

Hvorvidt erfaringer fra arbeidslivet er forenelige med erfaringer fra andre livsområder, har også betydning for om det oppstår mestringsproblemer (Westerhall, Bergroth og Ekholm 2009). Et spørsmål er om deltakere på AFEM har vært i svært krevende pårønderoller i tillegg til roller i arbeidslivssammenhenger. Som pårørende er man en ressurs (Fjerstad og Stene 2007). Når man selv rammes av utmatting, angst og depresjon og får behov for behandling og rehabilitering, endres rollen. Man er pasient, klient, eller *deltaker* på rehabilitering. Når rollen endres som følge av helseplager, påvirkes forholdet til familie-medlemmene. Helsesvikt rammer pasient og familie (Kristoffersen 2005). AFEM modellen

omfatter familieveiledning og tar på den måten høyde for familiesituasjonen. Her betraktes rehabiliteringsdeltaker og pårørende som ressurser og samarbeidsparter.

Et spørsmål er hvordan deltakere på AFEM vurderer egen helse og livskvalitet? Helserelatert livskvalitet er et uttrykk for en persons opplevelse av positive og negative trekk ved ens velbefinnende og fungering, fysisk, psykisk, sosialt og åndelig på en gitt tid og i en sammenheng hvor sykdom, plager eller behandlingsforhold er relevante (Padilla o.fl. 1992). Funksjon og velbefinnende er knyttet til generelle helseområder, ikke til spesifikke sykdomstilstander. Fysisk og mental helse er vesentlige domener innen helserelatert livskvalitet (Ware & Gandek 1998).

I helsesammenheng gir livskvalitetsbegrepet legitimitet til folks egenvurderinger (Mæland 2009). Når livskvalitet måles er egenvurdering av generell helse og endring av helsestatus ofte benyttet (Rustøen og Wahl 1999, Ware, Kosinski og Dewey 2002). Man måler personers egne oppfatninger om manifest helse. Vurderinger oppfatninger bygger på, er personlige og farget av individuelle iboende helse og mestringsressurser. Dersom generell helse, emosjonell og sosial fungering og velbefinnende er lav før AFEM og høynes etter rehabiliteringen kan det være indikasjoner på effekt, dersom andre forhold ikke har spilt vesentlig inn. Forhold i person, kontekst, livssituasjon og arbeidssituasjon som kan virke inn, kan man få kunnskap om gjennom deltakernes historier. Tilgang til selvrapportert informasjon om tidligere og nåværende forhold som ligger bak eller virker inn på selvrapportert helse, velbefinnende og fungering gir et utfyllende bilde av årsaksfaktorer og sammenhenger av betydning for at rehabiliteringsbehov har oppstått. Når en person forteller sin historie til noen som lytter og følger fortellerarbeidet, kan han sette ord på erfaringer og meninger om hendelser og hendelsesforløp. Denne formen for tilgang til informasjon er fortolkende. Derfor må forklaringer basert på slik datatilgang forstås fra et konstruktivistisk fortolkende perspektiv. Mennesker erfarer, lærer og konstruerer erfaringsbasert kunnskap som lagres i minnet. Den erfaringsbaserte kunnskapen utvikles og endres etter hvert som man handler og erfarer myriader av hendelser (Brataas 2011). Hendelser "rammes inn" i større betydningsstrukturer som gir stadig større fortolkningsbakgrunn for nye hendelser (Bruner 1990). Tolkning er forklaring og betydning en person danner seg for å gi mening til en hendelse. Prosessen er tilbakebetraktende (retrospektiv) ved at man "ser" tilbake på hendelser, for så å forme tolkninger og forståelse av hendelser slik de fremtrer gjennom livet (Gwyn 2002).

2.0 Metode

FoU arbeidet er beskrivende og fortolkende og omfatter en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse og kvalitative intervjuer ved bruk av fokusgrupper og narrative dybdeintervjuer. Fremgangsmåte beskrives i det følgende.

1. Hva forstås som årsakssammenhenger for behov for AFEM rehabilitering?

Institusjonen kartlegger deltakeres hoved- og tilleggsdiagnoser og tidligere behandling. For å belyse spørsmål om deltakeroppfatninger om årsakssammenhenger for behov for AFEM rehabilitering er det gjennomført intervjuer med deltakere. En tematisk intervjuguide omfattet spørsmål om hva som var begrunnelse for å delta på AFEM rehabilitering og hvordan deltakernes helse og vesentlige erfaringer gjennom livet har vært. Nøkkelinformasjon om psykososiale forhold og takling av belastninger ble utdypet. Intervjuer hadde narrativ innretning (Johansson 2005). De ble gjennomført av forsker og forskningsassistent siste dag deltakerne var på rehabiliteringsopphold ved Smednes trivselsgård. Intervjuer ble tatt opp på lydbånd og transkribert i aidentifisert form. Det er foretatt tematisk innholdsanalyse av intervjumaterialet.

2. Hvilken betydning har AFEM deltakelse for rehabilitering til arbeid/meningsfull aktivitet, og som vedvarer etter AFEM deltakelse?

Ved avslutningen av deltakernes rehabiliteringsopphold ble det benyttet spørreskjema for å kartlegge oppfatninger om betydning av AFEM for arbeidsevne, motivasjon og plan for arbeid (eller utdanning). Frekvensoversikt er fremstilt. Det var mulig å gi utfyllende forklaringer i åpne spørsmål. Disse er kategorisert på tema. Det gis eksempler i resultatpresentasjonen.

For å få kunnskap om hvorvidt AFEM har betydning som vedvarer over noe tid har vi gjennomført fokusgruppeintervjuer med personer som har deltatt på AFEM rehabilitering for to år siden. Metode og resultater er publisert i vitenskapelig artikkel (Evensen, Brataas og Landstad 2010).

3. Hva betyr AFEM rehabilitering for mestring og livskvalitet?

Det er benyttet spørreskjema før og etter deltakelse på AFEM rehabilitering for å belyse spørsmål om mestring og helse/livskvalitet. En hypotese var at deltakere på AFEM rehabilitering lærer mer hensiktsmessige måter å benytte mestringsressurser på og motiveres for å ta Ansvar For Egen Mestring. Det ble benyttet spørreskjema utviklet av Aron Antonovsky (1987) om mestringsressurser. Spørreskjemaet er mye benyttet på tvers av kulturer for å måle hvordan mennesker mestrer stressfulle situasjoner og bevarer sin helse, og er funnet reliabelt og valid (Eriksson og Lindström 2005). Helse- og livskvalitetsmålinger er nyttige for å bringe frem og legitimere deltakernes egenvurderinger (Mæland 2009). Før oppstart og umiddelbart etter deltakelse på rehabiliteringsopplegget er det benyttet spørsmål om helse generelt og om velbefinnende. Spørsmålene inngår i et mye benyttet reliabelt og valid spørreskjema om helsereelatert livskvalitet som er blitt benyttet på tidligere studie om AFEM rehabilitering (Brataas og Evensen 2006).

2.1 Utvalg og utvelgelse

Det ble benyttet representativt utvalg (Jacobsen 2000, Creswell 2007) for deltakere på AFEM rehabilitering. Utvalg for måling av OAS mestringsressurser og helse er alle 44 som fullførte fire ukers AFEM rehabiliteringsopplegg år 2009 og 2010. Utvalg for kvalitative intervjuer om bakgrunns erfaringer og årsakssammenhenger for rehabiliteringsbehovet er informasjonsrikt og representativt for AFEM deltakere i 2009-2010. Utvalget omfatter en firedel av deltakerne og med lignende kjønns- og aldersspredning som deltakerpopulasjonen. Utvalget besto av 16 deltakere; 11 kvinner og 5 menn, 18 – 62 år (M= 40).

Faglig leder ved Smednes trivselsgård as foretok forespørsel om deltakelse. Hun informerte muntlig og delte ut skriftlig informasjon om prosjektet og forespørsel om frivillig deltakelse samt svarslipper.

2.2 Forskningsetikk

Det ble søkt og innvilget tillatelse fra Regional forskningsetisk komité for gjennomføring av undersøkelsen. Deltakelse var frivillig. Anonymisering av personlige opplysninger er tilstrebet forsvarlig ivaretatt. Lyddopptak er transkribert i aidentifisert form før sletting av lydfiler. Forskere har ikke opprettet eget personregister for prosjektdeltakere. Spørreskjema ble delt ut og samlet inn i lukket konvolutt. Dette ble foretatt av faglig leder på Smednes trivselsgård første dag og siste dag på AFEM opplegget. Spørreskjema var nummerert for deltaker, slik at det var mulig å sammenligne første og andre besvarelse på deltakernummer, men uten at svarers identitet var kjent for forskerne.

2.3 Reliabilitet og validitet

Undersøkelsens pålitelighet er forsøkt sikret gjennom alle faser. Det er benyttet anerkjente spørreskjema. Professor Knut Ekker, HiNT, har spesialkompetanse på statistiske analyser og har samarbeidet med forsker ved analyse av statistisk materiale. Forsker og forskningsassistent har samarbeidet ved analyse av kvalitativt materiale.

Intervjusituasjonen er tilstrebet så lite påvirket av omgivelsene som mulig. Intervjuer er foretatt på rehabiliteringsinstitusjonen, dvs. i kjente omgivelser for deltakerne.

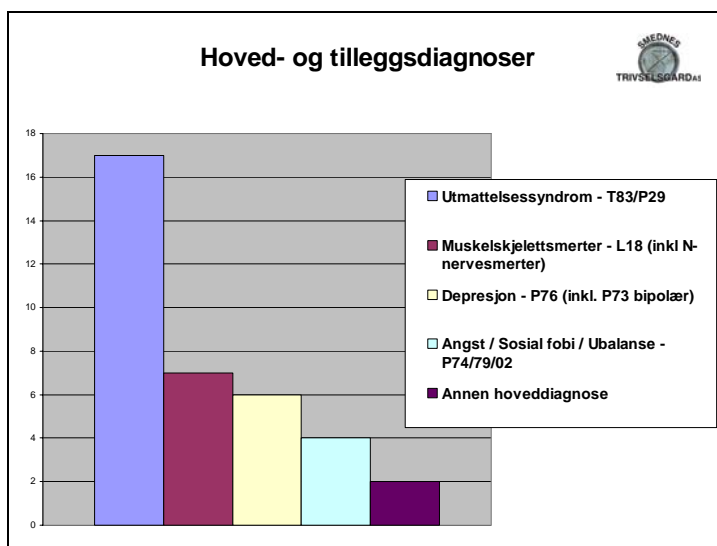
En form for validering er at flere fagfolk analyserer, leser og kontrollerer studien (Jacobsen 2007). En annen form er "face validity" ved å konfrontere deltakere med resultater og få tilbakemelding på om de kjenner seg igjen i beskrivelsen (op.cit.). I 2011 har vi lagt frem foreløpige resultater for andre deltakere på AFEM enn de som deltok i undersøkelsen. Disse har gitt tilbakemelding om at funn gir "gjenkjenning" ved å svare til deres egne erfaringer. Dette kan tyde på overførbarhet av funn fra undersøkelsen til populasjonen AFEM deltakere.

3.0 Resultater

Utvalget var alle 44 som fullførte AFEM rehabilitering år 2009 – 2010. Fire fullførte ikke deltakelse på AFEM. Av de som fullførte har alle, 27 kvinner og 17 menn, besvart spørreskjemaer. Deltakernes alder: 18 – 62 (M= 43). Utdanningsnivå: 29% av deltakerne hadde høyskoleutdanning, 55% hadde fagbrevs utdanningsnivå og 16% grunnutdanning som høyeste utdanningsnivå.

3.1 Hva forstås som årsakssammenhenger for rehabiliteringsbehovet?

Sykdom er årsak til behov for behandling og/eller rehabilitering. Diagnosebildet ved ankomst til rehabiliteringsinstitusjonen er sammensatt, med utmattingssyndrom som dominerende diagnose alene eller oftest i kombinasjon med muskel/skjelettsmerter, depresjon, angst/sosial fobi/ubalanse. Et fåtall har annen hoveddiagnose; jfr. Figur 1 som er en oversikt institusjonen har utarbeidet for 2010. (I FoU arbeidet har forskerne ikke sett nærmere på den enkeltes diagnoser.)



Figur 1 Hoved- og tilleggsdiagnoser, AFEM deltakere i 2010.

Flere forskjellige behandlingsformer er ofte forsøkt før deltakelse på AFEM; psykolog/psykiater, fysioterapi, kiropraktor, akupunktur/ homeopati/ fotsoneterapi/ hypnose, smerteklinikk, familievernkontor. Noen går til annen behandling helt inntil AFEM rehabilitering. Gjennomsnittlig sykmeldingstid er 9 mnd og sykmeldingsperioder varierer fra

72 mnd til ingen før ved begynnende AFEM rehabilitering, dette med mål å unngå lang tids sykmelding.

Deltakernes forklaringsmodeller

16 personer som har deltatt på AFEM rehabilitering er intervjuet om deres forklaringer på årsakssammenhenger som har ført til rehabiliteringsbehovet. Disse er representative med hensyn til AFEM deltakeres variasjon på kjønn, sykmeldingsperioder og tidligere behandlingsformer.

Rehabiliteringsbehovet hadde ikke årsak i en sykdom eller lidelse alene. Alle beskrev sammensatte årsakssammenhenger og plager som tretthet, angst, motløshet eller lignende utmattingssymptomer som var blitt mer og mer uttalt.

Alle intervjuede hadde blitt mer og mer slitne men gav ikke opp å søke etter noe som kunne hjelpe. Å få diagnosen utmattingssyndrom (ME) gav en diagnostisk forklaring.

Slik forteller en deltaker om dette:

D16: Grunnen til at jeg kom hit var at jeg har møtt veggen, for å si det sånn, og slitt med angst og depresjon. Jeg var medisinerert på det, men for å komme meg ut av den fasen fant vi tilfeldig det opplegget her da, som fastlegen min søkte på

I: Ja. Den tilfeldigheten, hva var det?

D16: Det var ektefellen min som kom over denne plassen på nettet, – og som mente at det kunne være noe som passet for meg.

Denne informanten hadde fått en diagnose som forklaring på sin tilstand. Informanten og ektefellen hadde vært aktive for å finne annen hjelp enn medisineringen pasienten mente han hadde for lite hjelp av. En annen informant illustrerer erfaringer av å være utbrent og ha et ønske om å komme ut av den situasjonen:

D5: Jeg ble sykemeldt i x måneder i år, og fikk beskjed av legen at jeg var utbrent. Og det ville ta tid. Noen brukte et år og noen brukte lenger tid, dette var noe som ville ta tid. Men for min del så ble jeg egentlig bare verre av å gå hjemme. Det ble ikke bedre, og etter to og en halv måneds tid, eller noe sånt, så tenkte jeg at det må vel finnes noe hjelp for jeg vil ikke gå slik og visne vekk. Jeg hadde helt overhengende angst, var helt ukontrollert og – ja – det ble – gikk så langt at jeg ikke kunne gå på butikken eller noe som helst.

Denne informanten sa opp jobben sin i fortvilelse. Også denne informanten forteller om aktiv søken etter tiltak som kunne hjelpe, og vedkommende fant ”Raskere tilbake” og AFEM tilbudet på internett. Flere deltakere fortalte at legen hadde foreslått å prøve dette tilbudet. Andre kjente noen som visste om noen som hadde benyttet AFEM tilbudet med god effekt.

Lavt selvbilde og høye omsorgs- og prestasjonskrav

Lavt selvbilde var et gjennomgående tema. Noen gav uttrykk for å være ”dårlige” til å takle påkjenninger, emosjonelt sett. En forklarte at vedkommende var ”stille og innesluttet og så mørkt på det meste”. Igjennom informantenes fortellinger kom det frem hvordan sosiale faktorer under livsløpet hadde hatt innvirkning på måter de har lært seg å møte og håndtere belastninger på. Et eksempel er foreldrenes oppmerksomhet og hvordan den har virket inn på deltakerens krav til egne høye prestasjoner;

Jeg har på en måte blitt sett av foreldrene mine når jeg var flink med noe, og da fikk jeg vite det og jeg fikk oppmerksomhet og sånn. Og jeg var aldri fornøyd med karakterene på skolen før jeg fikk en sekser.

Andre forhold i barndom, skole (eksempelvis mobbing) eller belastende ulykker/påkjenninger i barne- og ungdomsårene ble også satt i sammenheng med egen uheldig selvbildebygging, men også mestringslæring. Man ”måtte” mestre å bli avvist, krenket og/eller stå i krevende familiesituasjoner, og lærte seg ”å stå på” for å bli verdsatt og mestre. Informanter forsto nå at de hadde forsøkt ikke å kjenne på egne behov og begrensninger. I stedet hadde de lært seg til å rette oppmerksomheten utover mot andres behov. De fortalte om omsorg for andre, oftest familie, men også en venn eller andre de mente trengte deres omsorg. Noen hadde ambivalente forhold til venner som ”trengte” deres hjelp.

Måten mange hadde valgt å håndtere summen av belastninger på, var å stå på og ikke kjenne på at de gikk ut over egne begrensninger. Før deltakelse på AFEM hadde flere erfart påkjenninger over tid, i form av mange omsorgsoppgaver i familien, å være nærstående til personer med langvarig sykdom, eller belastninger knyttet til arbeidslivet, for eksempel stor arbeidsmengde eller finanskriseproblemer for de som var selvstendig næringsdrivende. Noen hadde hatt utfordringer med det psykososiale arbeidsmiljøet; ”en sjef som ikke engang ringte da jeg ble syk”. Vedkommende opplevde stort arbeidspress og hadde samtidig opplevelse av ikke å bli sett som person og verdsatt for det vedkommende presterte.

De som ble intervjuet hadde reagert på og håndtert utfordringer på måter som utviklet seg i en ”negativ spiral”. De hadde hatt et problemfokus heller enn fokus på alternative mulig positive

løsninger. De beskrev ”stå på” strategier som førte til symptomutvikling og mer og mer slitenhet, og som hadde ført til rehabiliteringsbehovet.

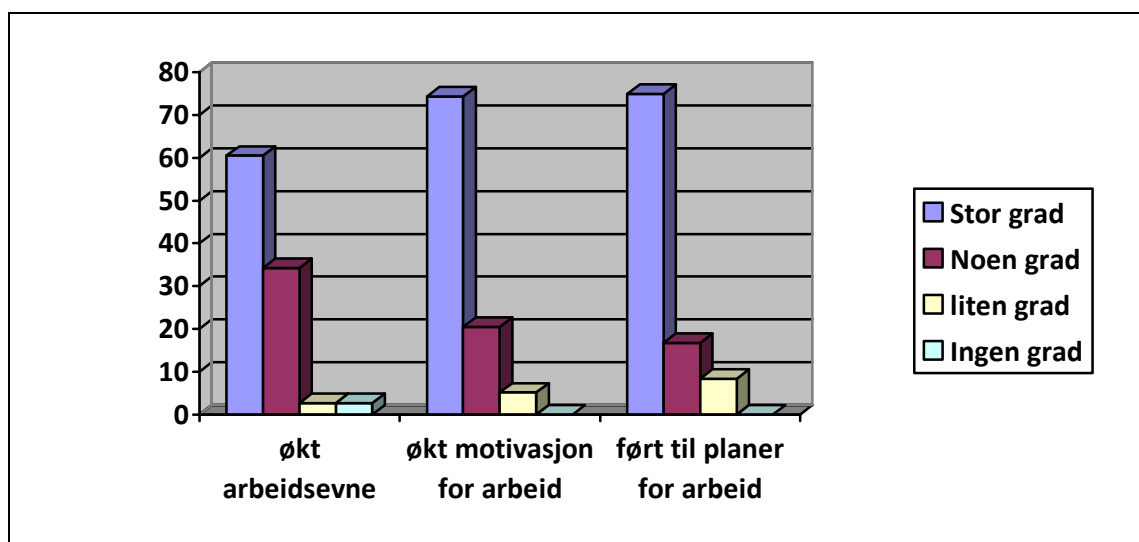
3.2 Betydning av AFEM, umiddelbart og over tid

Deltakere besvarte spørreskjema ved avslutning av rehabiliteringsopplegget om i hvilken grad deres erfaringer på AFEM opplegget hadde ført til økt arbeidsevne, gitt økt motivasjon for arbeid og ført til planer for fremtidig arbeid; jfr. Tabell 1.

Tabell 1. I hvilken grad AFEM opplegget har betydning for evne, motivasjon og planer for arbeid

AFEM deltakere	Har ført til økt <u>arbeidsevne</u>				Har gitt økt <u>motivasjon for arbeid</u>				Har ført til <u>planer for fremtidig arbeid</u>			
	I stor grad	noen grad	liten grad	ingen grad	I stor grad	noen grad	liten grad	ingen grad	I stor grad	noen grad	liten grad	ingen grad
=	23	13	1	1	29	8	2	0	27	6	3	0
n	38	38	38	38	39	39	39		36	36	36	
%	60,5	34,2	2,6	2,6	74,4	20,5	5,1	0	75,0	16,7	8,3	0

Resultatene viser at AFEM rehabilitering hadde vesentlig umiddelbar betydning for rehabilitering til arbeid og meningsfull aktivitet; jfr. illustrasjon i Figur 2.



Figur 2 Selvrapportert betydning av AFEM for rehabilitering til arbeid

En åpen oppfølging på de tre ovenfor beskrevne spørsmålene var; ”Dersom du mener opplegget ved Smednes har hatt betydning for deg, ber vi deg nevne hva det er og hva som er de viktigste årsakene for det”.

Besvarelser viser effekt på læring og mestringsmåter, uavhengig av om deltakere krysset av for stor eller liten grad av betydning for økt arbeidsevne, motivasjon og planer for fremtidig arbeid. Dette illustreres ved følgende to eksempler. Ett er en deltaker som krysset av for stor grad av betydning på alle tre spørsmålene, og som gav følgende forklarende kommentarer:

1. Økt motivasjon for læring, trening og sosialt samvær
2. Forbedret psykisk helse ved hjelp av positiv tenkning
3. Kjennskap til mestringsstrategier i vanskelige situasjoner
4. Økt livslyst.

Et eksempel på svar fra en som krysset av for ”liten grad” av betydning på arbeidsevne, motivasjon for og planer for fremtidig arbeid illustrerer betydning av AFEM som hjelp til oppdaging, læring, selvbildebygging og nye mestringsmåter:

1. Har hjulpet meg å bygge opp selvbildet (mindreverdighetskompleks fra barndom). Begynner å forstå at JEG er verdifull.
2. Har fått hjelp til å bli klar over feile reaksjonsmønstre jeg har hatt mange år p.g.a. mindreverdigheten.
3. Har lært å takle indre konflikter, usikkerhet, mestre ting, ha en indre dialog med meg selv, tenke positive tanker.
4. Har blitt klar over at jeg trenger å slippe kontrollen på alt og alle, og kjenne at jeg slapper av inni meg.

Smertemestring var en faktor flere fremhevet de hadde lært, og som hadde betydning for arbeidsevne, motivasjon og planer for fremtidig arbeid. Betydning av vurderinger av hva som er mulig og realistisk å mestre ble også fremhevet; ”En må i en situasjon vurdere hva en makter å gjøre”, og at man har lært å tenke alternative løsninger; ”Lære meg nye ideer”. Læring og trening på samarbeid, og erfaring av å bli møtt med forståelse og respekt og få omsorg og kjærighet og at alle ble sett og hørt, var også årsaksforklaring til oppleggets betydning.

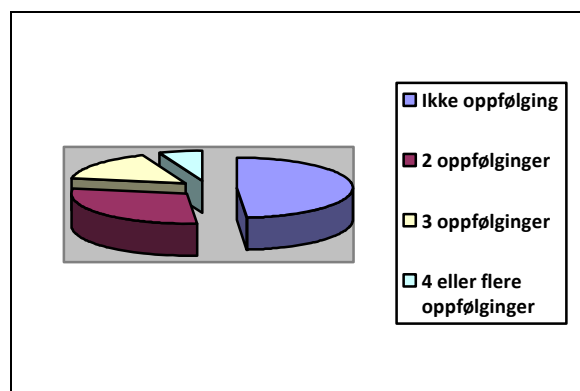
Mål og planer for fremtidig arbeid

Under rehabiliteringsoppholdet hadde deltakerne arbeidet med egne mål og handlingsplaner. Disse dreide seg om ”å rydde opp i eget liv”, å endre strategier og måter de ville bruke egne ressurser på og planer for arbeid eller utdanning. Målene for arbeid ble satt på bakgrunn av ny

innsikt om erkjent egenstyrke. Alle intervjuede hadde mål og planer om arbeid, enten innen nåværende arbeidsforhold eller mål om nytt arbeid, blant annet etter omskolering, og flere hadde satt seg nye utdanningsmål. Et eksempel på motivasjon og tiltak for å realisere planer for arbeid, var deltakeren med lengst sykmeldingstid før AFEM og som søkte og fikk seg nytt arbeid i løpet av rehabiliteringsukene og skulle begynne i 100% stilling tre dager etter avsluttet rehabilitering. Noen planla å ta utdanning for å begynne egen virksomhet. Planer omfattet både familiesituasjon og arbeidssituasjon. Familieveiledning gis som et ledd i AFEM rehabilitering for de som har behov for det. I 2010 mottok 61% (19 av 31 deltakere) familieveiledning. I intervjuer kom det frem at dette hadde meget positiv betydning både for familiesituasjonen og for motivasjon og planarbeid for fremtidig aktivitet.

Oppfølgingsbehov

Fire ukers varighet på et rehabiliteringsopplegg som omfatter dyptgående terapeutisk arbeid og innebærer mye læring og endringsarbeid hos deltakerne synes å være noe kort tid på prosessene. Deltakere som gav uttrykk for behov for oppfølgingsbehov, har fått telefonisk oppfølging med veiledning. Vel halvdel (52%) av deltakerne hadde behov for oppfølgingssamtaler. Tredjedelen av deltakerne (29%) hadde behov for to oppfølgingssamtaler, 16% hadde behov for tre oppfølginger, 6% hadde behov for 4 eller flere oppfølginger; jfr. figur 3.



Figur 3 Oppfølginger etter AFEM deltakelse

Lang tids effekter

Tidspunkt for kartlegging av effekter er ved deltakernes avslutning på AFEM rehabilitering. For å få kunnskap om lang tids effekter, har vi i dette FoU arbeidet hatt rammemessige muligheter for å gjennomføre en kvalitativ studie med tidligere AFEM deltakere. Det ble benyttet fokusgruppeintervjuer med personer to år etter at de deltok på AFEM rehabilitering. Formålet var å få frem kunnskap om betydning av å benytte kombinasjon av individrettet og grupperettete metode i rehabiliteringsopplegg (Evensen, Brataas og Landstad 2010). Resultatene viser at det gruppebaserte opplegget gav gjensidig støtte. Den kognitive tilnærming førte til oppdaging om egen lært hjelpeløshet og lavt selvbilde før rehabilitering og læring om andre måter å møte belastninger på. To år etter deltakelse var opplegget erfart å ha betydning for selvfølelse og meningsfulle aktive liv, privat og i arbeidslivet.

3.3 Hva betyr AFEM rehabilitering for mestring og egenvurdert helse?

Det er benyttet spørreskjema om mestringsressurser som opplevelse av sammenheng (OAS) ut fra Levs oversettelse av Antonovskys (1987) verk med beskrivelse av skjemaet. Spørreskjema omfatter 29 spørsmål med syv svarmuligheter, teoretisk variasjonsbredde 29 – 203. Høy skår er uttrykk for høy OAS. På spørsmålet ”Hvor ofte har du følelser som du ikke er sikker på at du kan kontrollere”, 1) meget ofte, til 7) meget sjelden/aldri, vil høy skåre uttrykke høy OAS på faktoren håndterbarhet.

Eriksson og Lindström (2005) har gjort en systematisk review over litteratur om OAS og helse, og fant at population distribution for OAS-29 viste en variasjon av means fra 100.50 (SD 28.50) til 164.50 punkt (SD 17.10). Det betyr at skåringer i gjennomsnitt varierte fra 3,5 til 5,7.

Vi har benyttet tosidet paired sameples T-test. Signifikansnivå 95%. T-verdien er et statistisk uttrykk for hvor sannsynlig det er at det ikke er noen reell forskjell mellom gjennomsnittene i populasjonen (Jacobsen 2000). En regel er at vi kan forkaste nullhypotesen om at det ikke finnes noen forskjell i populasjonen ved signifikansnivå på 5% hvis T-verdien overstiger en

tallmessig størrelse på 2,0 (s. 358). Cronbach's Alpha test mellom 0,75 og 0,88 håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet viser at besvarelser ikke "spriker".

Begripelighet

Frihetsgradene df er 37 (38 minus 1); jfr. Tabell 2. Begripelighet omfatter 11 spørsmål. Teoretisk variasjonsbredde 11 – 77.

Tabell 2 Paired Samples Test: Begripelighet etter – begripelighet før

Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
			Lower	Upper			
9.05263	9.96466	1.61648	5.77733	12.32793	5.600	37	.000

T-verdi på 5,6 er godt over 2,0 og konklusjonen blir at vi kan forkaste nullhypotesen. Med 95% sikkerhet kan vi si at det er reell forskjell mellom begripelighet før AFEM og begripelighet etter AFEM.

Gjennomsnitt for sum skåre etter er 45,7, middelerdi før er 36,7. Altså ligger besvarelser i snitt på 4,2 (45 : 11) etter AFEM og 3,4 (36,7 : 11) før AFEM. Med 95% sikkerhet viser besvarelser høynet OAS på begripelighet etter deltakelse på rehabiliteringstiltaket.

Håndterbarhet

N = 38. Frihetsgradene er 37 (38 minus 1). Håndterbarhet omfatter 10 spørsmål. Teoretisk variasjonsbredde 10 – 77.

Tabell 3 Paired Samples Test: Håndterbarhet etter – håndterbarhet før AFEM

Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
			Lower	Upper			
7.76316	10.44531	1.69445	4.32987	11.19645	4.582	37	.000

T-verdi på 4,582 er godt over 2,0, $p =$ mindre enn 0,001, og nullhypotesen forkastes. Med 95% sikkerhet kan vi si at det er reell forskjell mellom håndterbarhet før AFEM og håndterbarhet etter AFEM.

Gjennomsnitt sum skåre etter er 47, gjennomsnitt før er 39. Besvarelser ligger i snitt på 4,7 etter og 3,9 før AFEM. Med 95% sikkerhet viser besvarelser høynet OAS på håndterbarhet etter deltakelse på rehabiliteringstiltaket.

Meningsfullhet

Meningsfullhet omfatter 8 spørsmål. Teoretisk variasjonsbredde 8 – 56. Gjennomsnitt sum skåre etter er 44,3, gjennomsnitt før AFEM er 34,9. Gjennomsnittlig er besvarelser før AFEM på 4,3, og etter AFEM er de høynet til 5,5. T-verdi på 5,926 er godt over 2,0, $p < 0,001$, og nullhypotesen forkastes. Med 95% sikkerhet kan vi si at det er reell forskjell mellom meningsfullhet før og meningsfullhet etter deltakelse på AFEM.

Tabell 4 Paired Samples Test: Meningsfullhet etter – meningsfullhet før AFEM

Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
			Lower	Upper			
9.44737	9.82742	1.59422	6.21717	12.67756	5.926	37	.000

I sum positiv endring i opplevelse av sammenheng i tilværelsen etter AFEM deltakelse

Gjennomsnittlig endring på meningsfullhet er 9,45, dvs. gjennomsnittlig endring av skårer på 1,2 ($9,45 : 8$) i positiv retning. Meningsfullhet viser høyest endring og mest tydelig endring (t-verdien er høyest). En ser også endring på begripelighet og håndterbarhet, men her ser en mindre endring. Gjennomsnittlig sum skår endring på håndterbarhet er 7,76 som svarer til en endring på $7,76:10 = 0,8$. Gjennomsnittlig sum skår endring på begripelighet er 9,05, dvs. endring i gjennomsnitt på besvarelser på $9,05:11 = 0,82$.

Helse - livskvalitet

OAS som helsefremmende ressurs styrker evnen til å hente seg inn (resilience) og utvikler positiv subjektiv helseopplevelse (Eriksson og Lindström 2005). Et spørsmål i vår undersøkelse gikk på deltakernes helse, generelt vurdert: *Stort sett, hvordan vil du si at din helse er?* Spørsmålet hadde 5 svaralternativer; 1) utmerket, 2) meget god, 3) god, 4) nokså god, 5) dårlig. N= 40. Tabell 10 viser resultater for t-testen. Tallverdien 1 er en høg og 5 er en lav helseverdi. Før AFEM er besvarelser i gjennomsnitt på 3,75, og 2,48 etter AFEM. Lavere skåreverdi betyr bedring i egenrapportert helse fra god/nokså god i retning meget god/god. I gjennomsnitt er forskjellen i skåringer (før minus etter) positiv på 1,28.

Tabell 5 Paired Samples Test: Hvordan vil du si din helse er?

Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
			Lower	Upper			
1.275	1.176	.186	.899	1.651	6.855	39	.000

Tabell 11 viser paired samples t-test på spørsmål om deltakere er like frisk som de fleste de kjenner før og etter AFEM og om de har utmerket helse før og etter AFEM. Spørsmålene har 5 svaralternativer på om påstanden er 1) helt riktig, 2) delvis riktig, 3) vet ikke, 4) delvis gal, 5) helt gal. Tallverdien 1 er en høg og 5 er en lav helseverdi.

Tabell 6 Paired Samples Test: Helse vurdering

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval				
				Lower	Upper			
Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner	1.615	1.426	.228	1.153	2.078	7.076	38	.000
Jeg har utmerket helse	1.513	1.449	.232	1.043	1.982	6.522	38	.000

På vurdering om *Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner*, er besvarelser i gjennomsnitt på 3,26 før og 1,64 etter AFEM, dvs. vet ikke/delvis gal påstand før og helt/delvis riktig påstand etter AFEM. I gjennomsnitt er forskjellen i skåringer (før minus etter) positiv på 1,62. T-verdi på 7,076 er godt over 2,0, $p < 0,001$, og nullhypotesen forkastes. Besvarelser om *Jeg har utmerket helse*, er 3,36 før og 1,85 etter AFEM, med forskjeller i gjennomsnitt på 1,51. T-verdien er også her godt over 2,0, og nullhypotesen forkastes. Begge helsevurderinger viser endring fra før til etter AFEM, og vurderingen 'er like frisk som de fleste en kjenner' viser høyest og mest tydelig endring (t-verdien er høyest).

Psykisk, følelsesmessig helsedimensjon

Følelsesmessig rapporterer deltakerne på AFEM at de kjenner seg mindre nervøs og nedfor etter deltakelsen enn da de begynte på rehabiliteringstiltaket. Et spørsmål som ble stilt var *Hvor ofte i løpet av de siste fire ukene har du følt deg veldig nervøs?* Et annet var *Hvor ofte i løpet av de siste fire ukene har du vært så langt nede at ingen har kunnet muntre deg opp?* Svaralternativer var 1) hele tiden, 2) mye av tiden, 3) en del av tiden, 4) litt av tiden, 5) ikke i det hele tatt. Resultater er vist i tabell 7.

Tabell 7 Paired Samples Test: Følt deg veldig nervøs? Følt deg langt nede?

De siste fire uker følt deg:	Mean før	Mean etter	Forskjell i snitt	t-verdi	Sig. (2-tailed)	N
Veldig nervøs	3,20	4,25	1,050	5,547	.000	40
Langt nede	3,56	4,49	0,923	4,635	.000	39

Resultater viser at de hadde følt seg veldig nervøs en del av tiden ($M = 3,20$) før AFEM og litt av tiden/ikke i det hele tatt ($M = 4,25$) under/etter AFEM. Gjennomsnittlig er økning på skåreverdier 1,050, T-verdi 5,547, $p =$ mindre enn 0,001, og nullhypotesen forkastes. De har følt seg langt nede en del/litt av tiden før AFEM og litt/ikke i det hele tatt ($M = 4,49$) under/etter AFEM rehabilitering. Gjennomsnittlig økning på skåreverdier er 0,923, T-verdi 4,635, $p =$ mindre enn 0,001, og nullhypotesen forkastes. Det er endring både på hvor ofte de kjenner seg nervøs og hvor ofte de kjenner seg langt nede, og størst endring (høyest t-verdi) på hvor ofte de kjenner seg nervøs.

4.0 Drøfting

Utmattelsessyndrom (ME) var den hyppigst forekommende hoveddiagnosen, ofte i kombinasjon med muskelskjelett smerter, angst og depresjon. Plager som tretthet, angst, motløshet eller lignende var blitt mer og mer uttalt i tiden før rehabiliteringen begynte. Dette kan ha årsak i langvarig belastning og være tegn på generelt adaptasjonssyndrom, GAS. Stressreaksjoner har effekter på sinn og kropp (Lazarus 1998). Stress kan forklares mestringsteoretisk som en prosess med hensikt å regulere følelser, fortolke, vurdere og håndtere utfordringer man står overfor (Lazarus 1998, 1999). GAS teorien omfatter også fysiologiske reaksjoner og beskriver hvordan de får konsekvenser ved langvarig belastning. Det innledende møtet med påkjenninger kalles alarmstadiet. Det oppstår umiddelbare fysiologiske kamp eller flukt responser (Espnes og Smedslund 2009, Håkonsen 2009). Individets psykiske og fysiske reaksjoner på belastning går fra alarmstadiet over i motstandsstadiet hvor fysiologiske reaksjoner frigjør energi til å ta trusselen. Ved pågående belastning forlenges den energikrevende alarmberedskapen. Over tid blir den i seg selv en helsetrussel fordi homeostase og immunforsvar trues, og energireserver er uttømt. Det skjer nedbryting og personen får symptomer på utmatting. GAS teorien kan forklare at det skjer utvikling av sykdom og helsesvikt. Deltakerne på AFEM hadde over tid hatt forskjellige påkjenninger i familien (for eksempel syk pårørende) og/eller i arbeidssituasjoner (for eksempel høy arbeidsbelastning, lite verdsatt arbeidsinnsats eller økonomisk usikkerhet).

Måter man mestrer belastninger på, kan ha helsefremmende betydning eller virke nedbrytende på helsen (Antonovsky 1987). Hos de som begynte på AFEM var et gjennomgående mønster at man håndterte belastninger ved å stå på og ikke kjenne på egne begrensninger.

Sannsynligvis var ikke belastningsfaktorer i situasjon og kontekst, som for eksempel påkjenninger i familie- og/eller arbeidssituasjoner, de eneste årsaksfaktorer til utvikling av GAS. Vurderinger og mestringsmåter avhenger også av mestringsressurser og andre personlige faktorer.

Et gjennomgående mønster var at man håndterte belastninger ved å stå på og ikke kjenne på egne begrensninger. De beskrev seg selv som personer med lavt selvbilde og høye krav til egne prestasjoner og yteevne, både i arbeid og privat, men også med sterk vilje til å stå på.

”Stå på” viljen har vært til hjelp for deltakerne når de har forsøkt å finne egnet rehabiliteringshjelp. Når de sto i fare for utmatting eller hadde fått utmattingsdiagnose og mottatt forskjellige former for behandling, ga de ikke opp men ”sto på” for å finne hjelp som kunne være effektiv. Flere har selv funnet Raskere tilbake tilbudet på Helseforetakets nettsider. Før rehabiliteringen sto de på til de ble så nedslitt mentalt at de trengte hjelp, og de sto deretter på for å få effektiv hjelp. Slik sett er stå på viljen både deres ”svøpe og redning”.

Noen har i tillegg til arbeid og familieliv følt på at de burde hjelpe venner de mener har omsorgsbehov. Dette på tross av at oppgaver samlet sett var på grensen av yteevnen. Når man likevel gjennomfører omsorgsoppgaver overfor venner, gir det en positiv selvbelønning som kan forsterke en oppfatning om seg selv som en god omsorgsperson. Her kan følelsesmessige behov for å bli sett og respektert gripe inn i fortolknings og vurderingsprosessen (Lazarus 1999). På en annen side hadde noen deltakere følelsen av at vennetjenester ikke ble høyt nok verdsatt av omsorgsmottakeren. Man hadde en følelse av å yte i venneforholdet uten å få noe tilbake. Dette kan ha sammenheng med middels høye ressurser på faktoren ”håndterbarhet”. Med lav følelse av håndterbarhet kjenner man seg oftere som offer for omstendighetene enn om denne mestringsressursen er høy. Eksempler på spørsmål om håndterbarhet var ”Har det skjedd at mennesker du stolte på har skuffet deg 1) meget ofte . . . 7) sjelden/aldri”. Besvarelser på håndterbarhet lå i snitt på 3,9 før AFEM og var økt til 4,7 etter AFEM, altså med positiv utvikling. Man kjenner seg noe mindre som offer og opplever mer kontroll over omstendighetene i tilværelsen etter rehabiliteringen. Og nå tar man stilling til hva man kan yte overfor andre ved samtidig å ta hensyn til egne behov og grenser. Man tar kontroll og opplever seg derved ikke som et offer for omgivelsen.

Effekter av AFEM rehabilitering

Studien viser effekt av AFEM rehabilitering på deltakernes egeninnsikt og læring om egen mestring, vurderinger og nye handlemåter, og positiv erfaringslæring gjennom gruppebaserte sosiale samarbeidsprosesser. AFEM rehabilitering bygger på en psykologisk – pedagogisk (psykoedukativ) tenkning om aktive læreprosesser hvor deltakere får økt egeninnsikt og lærer nye handlemåter og mestringsstrategier (Rosenberg og Mørch 2005, Johannesen og Yalseth 2009) og resultatene viser effekt på egeninnsikt, motivasjon og planer for fremtidig arbeids-

situasjon og mer forståelse av samarbeidsprosesser. Til sammenligning gir forskning som befatter seg med adferdsterapi ved fatigue eller utmatting lite bevis for effekt av adferdsterapi som ofte kombineres med behandling (Price o.fl. 2008).

Resultatene viser at man ved avslutning av rehabiliteringen har fått innsikt i faktorer som i et livsløpsperspektiv kan forklare måter man har lært seg å møte og håndtere belastninger på. Dette kan tyde på at deltakere under AFEM prosessen har arbeidet med å forstå hvordan egen erfaringsbasert kunnskap inngår i betydningsstrukturer, og at disse danner ens fortolkningsbakgrunn; fjr. Bruner (1990), Gwyn (2002), Brataas (2011). Man ser verden og seg selv gjennom egne ”fortolkningsbriller”. For eksempel kan noen ha en erfaringsbasert tilknytningsadferd med karakter av å være utrygg og unnvikende Bowlby 1988, Eide og Eide 2007), men vi har ikke grundig nok databelegg for å teste ut antagelsen. Etter AFEM læreprosesser forstår man hvordan tilknytning, forhold som eksempelvis mobbing og påkjenninger familier har vært rammet av, har bidratt til ens nåværende måte å reagere følelsesmessig på og hvordan ens stå på vilje og handlingsstrategier har hatt underliggende mål om å møte egne behov for å bli sett og verdsatt. Man arbeider også med å bevisstgjøre hva som er ens styrker og hva men ønsker å bidra med i arbeidslivet. Når slike forhold er bevisstgjort eller oppdaget, og fornuftsmessig fattbart, kan man arbeide aktivt med å gjøre andre valg og endre sine handlemønstre. Begripelighet er OAS mestringsressurs som dreier seg om den utstrekning man opplever indre og ytre stimuli som fornuftsmessig fattbare (Antonovsky 1987). Denne høynes noe fra før til etter AFEM. Gjennomsnitt før er 3,4 og etter er den høynet til 4,2 (t= 5, 600).

En annen side resultatene viser, er at mange AFEM deltakere er viktige omsorgsressurser som pårørende til personer med redusert egenomsorgsevne på grunn av sykdom. Familier rammes når personen utvikler behandlingstrengende lidelse med ME, angst og depresjon. Rollen som omsorgsger står i fare for å endres til en pasientrolle (Fjerstad og Stene 2007, Kristoffersen 2005). Gjennom familieveiledning får AFEM deltakere innsikt i hverandres roller, behov og oppfatninger. Rehabiliteringsdeltaker og pårørende får hjelp til å betrakte hverandre som ressurser og samarbeidsparter. Dette kan være ett av verktøyene i AFEM som bidrar til høyning av OAS. Meningsfullhet er en mestringsressurs som viser tydelig endring og høyest endring av OAS faktorene. Gjennomsnitt før AFEM er 4,3, etter AFEM 5,5 (t-verdi 5,926).

Et verktøy i AFEM opplegget er gruppebaserte oppgaver, hvor deltakerne får innføring om samarbeidslæring og de får aktiv trening på samarbeid om felles oppgaver. Dette ser de nytte av for fremtidig familieliv, men også for bedre samarbeid i fremtidige arbeidslivssammenhenger.

Informantenes forklaringsmodeller bygget på egeninnsikt de hadde utviklet gjennom deltakelse på AFEM rehabilitering. Resultater tyder på at deltakerne har utviklet egeninnsikt ved å forstå sin tillærte reaksjons- og væremåte i et livsløpsperspektiv.

Deres OAS, som mestringsressurser, er høynet noe, og hvor meningsfullhet viser høyest endring. I sum viser dette noe positiv endring i opplevelse av sammenheng i tilværelsen etter AFEM deltakelse. Individuelle psykiske ressurser vil være viktige helsefremmende faktorer når de som har deltatt på AFEM i framtida står overfor belastninger og krav i hverdagen, og viktigere enn støtte fra andre hevder Dalgard og Håheim (1998). Måten man betrakter seg selv og omgivelsene på, har innflytelse på hvordan man vurderer sin innsats i arbeidslivet. Resultatene viser at selvbildet bedres, og man lærer og stoler på egne vurderinger om arbeidsevne og egne styrker, og gjør nye vurderinger og valg av fremtidsplaner for arbeid. Hva som er særlig motiverende insitamenter har vi ikke datagrunnlag for å vurdere. Det vi kan konstatere er at motivasjonen for arbeid er økt under rehabiliteringsprosessen.

OAS mestringsressurser var signifikant økt fra før til etter AFEM, og mest på meningsfullhet. Gjennomsnitt skåre på 3, 4 på begripelighet før AFEM var eneste skåre under laveste populasjonsgjennomsnittet på 3,5 som Eriksson og Lindström (2005) fant. Med gjennomsnittlig skåreverdi på 5,5 for meningsfullhet, 4, 7 for håndterbarhet og 4,2 for begripelighet etter AFEM rehabilitering ligger skåreverdiene opp mot populasjonsgjennomsnittet på 5,7 på meningsfullhet og 1,0 til 1,4 punkt under populasjonsgjennomsnittet på hhv håndterbarhet og begripelighet. OAS som helsefremmende ressurs styrker evnen til å hente seg inn (resilience) og utvikler positiv subjektiv helseopplevelse (op.cit.). Nedenfor skal vi se at egenrapportert helse øker fra før til etter AFEM.

Helse

Over tid frem til rehabiliteringen har den fysiske og psykiske prosessen ført til et mønster med økende tretthet, angst, depresjon og utmatting, og følgelig med uheldige konsekvenser for helsen, både salutogent og medisinsk betraktet. Manifest helse var truet. Manifest helse er uttrykk for kapasitet til å leve livet (Mæland 2009). Ved utmattelse er kapasitet og funksjonsevner redusert. Dette som følge av kronisk alarmberedskap ved langvarige belastninger. Etter fire ukers AFEM rehabilitering er selvrapportert helse høynet. Iboende OAS helseressurser er høynet. Prosesser under AFEM rehabiliteringen har ført til høyning på egenrapportert helse, som kan forstås som en subjektiv dimensjon ved deres manifeste/aktuelle helse. Og symptomer som tretthet/slitenhet rapporteres å være minket. Helse salutogent (som ressurs) og helse medisinsk (symptomer på sykdom) er bedret.

4.1 Oppsummering og konklusjon

Målsettingen med Raskere tilbake ordningen er som benevnelsen indikerer at personer som er/står i fare for lang tids sykefravær skal komme raskere tilbake til arbeid (Helse Midt-Norge 2011). Raskere tilbake ordningen skal øke tilbudskapiteten, men det ser ut til å være like viktig å utvikle og prøve ut nye rehabiliteringstilbud. AFEM er et av slike tilbud, og som er utviklet over tid fra 2004 med innledende støtte fra Innovasjon Norge (Brataas & Evensen 2006). Det er gjort noen endringer på tilbudet etter første utprøving, spesielt med hensyn til å redusere institusjonsoppholdet fra 5 uker pluss oppfølgingsuker til 4 uker pluss telefonisk oppfølging. I 2010 ser vi at det kommer frem oppfølgingsbehov for over halvdel av deltakerne. Hvorvidt de som ikke ber om oppfølging har behov for dette er ukjent. For å få mer kunnskap om oppfølgingsbehov kan institusjonen prøve ut bruk av en oppfølgings-samling. Her kan man få kunnskap om individuelle behov for oppfølging. Etter en pilot kan man bruke randomisering for +/- oppfølging og samtidig undersøke effekt på tilbakeføring til arbeidslivet og erfaringer med utvikling av nye mestrings- og betraktningmåter. Vi tar ikke her standpunkt om egnet måletidspunkt for rehabilitering tilbake til arbeid.

Oppsummert viser resultatene positive effekter av rehabiliteringstilbudet på selvrapportert aktuell helse og psykologiske grunninnstillinger og evne, motivasjon og planer for arbeid.

Det terapeutiske miljøet og oppbyggingen av det psykologisk pedagogiske AFEM opplegget ser ut til å bidra til mye læring, bedre selvbilde og nye måter å betrakte og vurdere egen situasjon og møte fremtidige påkjenninger på. En kvalitativ oppfølgingsstudie to år etter AFEM deltakelse antyder at rehabiliteringsprosessen har vedvarende effekter (Evensen o.fl. 2010). Det er ikke fremkommet negative erfaringer fra rehabiliteringstilbudet. Med forbehold som tar i betraktning at vi har gjennomført en relativt liten beskrivende studie, tyder resultater på at AFEM modellen kan anbefales for pasienter med utmattelsessyndrom og plager som smerte, angst og depresjon.

Vi ser behov for utvikling av egnede spørreskjema om personlige faktorer som selvbilde og måter å møte utfordringer på. Målinger i oppfølgingsstudier kan gi kunnskap om hvorvidt og hvordan deltakere på AFEM har internalisert det de lærte under rehabiliteringen, eller om de faller tilbake til ”gamle” reaksjons-, tenke- og handlemønstre? Det sist nevnte kan føre til nye negative spiraler med økende tretthet, angst, depresjon og utmatting. Oppfølgingsstudier med longitudinelle design kan gi mer kunnskap om rehabilitering til arbeid, og om effekter på helse og mestringsressurser som styrker robustheten og som vedvarer over tid.

Referanser

- Antonovsky A (1987). *Helbredets mysterium. At tåle stress og forbli rask*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bowlby J (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Brataas HV (2011) Læringssyn og sykepleiepedagogisk praksis. I: Brataas HV (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag (under publisering)
- BrataasVH, Evensen A (2006) *Evaluering av en AFEM -modell for sosial rehabilitering*. Høgskolen i Nord-Trøndelag Rapport nr. 34.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cnaan RA, Blankertz L, Messinger KW, Gardner JR (1988). Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*; 11(4): 61-77.
- Creswell JW (2007) *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. 2nd ed. London: Sage Publications.
- Dalgard OS, Håheim LL (1998) Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway . *J Epidemiol Community Health* 1998;52: 476–481. Tilgjengelig på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1756754/pdf/v052p00476.pdf>
- Eide H, Eide T (2007). Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Eriksson M, Lindström B (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*; 59:460–466. doi: 10.1136/jech.2003.018085.
- Espnes G, Smedslund G (2009) *Helsepsykologi, 2. utg*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evensen A, Brataas HV, Landstad B (2010). Individuell læring i psykoedukativ kognitiv rehabilitering. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*; 6, 2: 70-83.
- Fjell Y (2007). Working conditions and musculoskeletal pain in public sector employees. A study of female dominated workplaces in health-care and educational services. Stockholm; Karolinska Institutet. Tilgjengelig på: <http://publications.ki.se/jspui/bitstream/10616/38380/1/thesis.pdf>
- Fjerstad E, Stene J (2007) En gjest som aldri går: Å leve med kronisk sykdom i familien. *Tidsskrift for norsk psykologforening*; 44, 10: 1249-1253.
- Gwyn, R. (2002). *Communicating health and illness*. London: Sage Publications.
- Helse Midt-Norge (2011). Raskere tilbake. Lastet ned på <http://www.helse-midt.no/no/Pasient/Pasientrettigheter/Pasientrettigheter/Raskere-tilbake/> (4. april 2011).
- Håkonsen KM (2009) *Innføring i psykologi, 4. utg*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.

- Jacobsen DI (2000). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand S: Høyskoleforlaget.
- Johansson A (2005). *Narrativ teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Killén K (2000). Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kristoffersen NJ (2005) Stress, mestring og endring av livsstil. I: Kristoffersen NJ, Notvedt F, Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 3.*, s. 206-270.
- Lazarus R S, Folkman S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus RS (1998). *Fifty years of the research and theory of R.S. Lazarus. An analysis of Historical and perennial issues*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Lazarus RS (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Mæland JG (2009) *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Padilla G V, Grant M M. og Ferrell B (1992). Nursing research into quality of life. *Qual Life Res* 1: 341-348.
- Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V (2008) Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 16, 3: CD001027.
- Rosenberg N K, Mørch MM (2005). Kognitiv terapi. I: Mørch MM & Rosenberg NK (red.): *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. Hans Reitzels forlag, København, s. 17-44.
- Rustøen T, Wahl AK (1999). Livskvalitetsforskning i sykepleien. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*; 1, 64: 63-76.
- Wahl AK, Hanestad BR (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ware EW, Kosinski MA, Dewey JE (2002). How to Score Version 2 of the SF-36 Health Survey. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Ware EW, Gandek B (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol*; 51, 11: 903-12.
- Westerhäll LV, Bergroth A, Ekholm J (2009) *Rehabiliteringsvitenskap. Rehabilitering till arbetslivet i ett flerdisciplinärt perspektiv*. 2. utg. Lund: Studentlitteratur.