

Studie av behandlingseffekt ved Raskere Tilbake-tilbudet hos Betania Malvik 2009-2015

Kim A. Bjørnerud og Morten Tvedt

Kim A. Bjørnerud, psykologspesialist, Betania Malvik

kim.bjornerud@gmail.com

Morten Tvedt, psykologspesialist, Betania Malvik. morten@mortentvedt.no

Abstract

Study of treatment effect in Raskere Tilbake at Betania Malvik 2009-2015

Enhet for Helse og Arbeidsliv provides treatment services for patients with mild mental disorders within Raskere Tilbake. The purpose of this study is to evaluate the effect of the treatment. The study includes patients with mild mental disorders who have completed their treatment during the period 2009 to March 2015. The SCL 90-R was administered before arrival and at the end of treatment. Degree of return to work was measured as sick leave rate by the end of treatment and patients were contacted telephonically after 3, 6, 12 and 24 months for questions about sickness benefit. There has been a significant reduction in symptom pressure measured before and after treatment using SCL 90-R both on the global symptom index, and the various sub-scales. The proportion of total or partial return to work at the end of treatment was 76% (n = 148), 89% (n = 79) after three months, 93% (n = 67) after six months, 94% (n = 50) after 12 months, and 100% were fully or partially back to work after 24 months (n = 7).

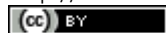
Keywords/Nøkkelord

rehabilitation; return to work; mild mental disorders

rehabilitering; raskere tilbake; lettere psykiske lidelse

Utviklingsarbeider i helsefagene

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4210>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Bakgrunn

Den nasjonale ordningen Raskere Tilbake ble startet som et prosjekt i 2007 med bakgrunn i Sykefraværsutvalget sin innstilling med mål om å redusere sykefraværet (Ot.prp. nr. 6, 2006–2007). Ordningen er en del av IA-samarbeidet mellom myndighetene og partene i arbeidslivet, og har siden 2007 vært en egen post på statsbudsjettet. NAV og de regionale helseforetakene har vært tillagt ansvaret for gjennomføringen av ordningen.

Hovedmålsettingen har vært å redusere sykefraværet gjennom å tilby rask behandling til ulike pasientgrupper. Målgruppen er, av helse- og omsorgsdepartementet, definert som personer som er sykemeldt, delvis sykemeldte og arbeidstakere og næringsdrivende som alternativt ville ha blitt sykemeldt dersom de ikke ble omfattet av ordningen. Det er et krav at pasientene med stor sannsynlighet skal komme raskere tilbake i arbeid som en direkte følge av behandlingen. Ordningen har omfattet et vidt spekter av ulike sykdomskategorier, hvor lettere og sammensatte psykiske lidelser er definert som ett av satsningsområdene.

Det er i dag konsensus om en punktprevalens av lettere psykiske lidelser på omkring 15% hos den voksne norske befolkning, og en livstidsprevalens på omkring 30% (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Konsekvensene av de alvorlige psykiske lidelsene kommer i tillegg. Psykiske lidelser utgjør en betydelig andel av både kort- og langsiktig arbeidsfravær, og de utgjør i stadig større grad årsakene til langtidfravær og uførhet (NOU 2007:4). Slike lidelser står for omkring en tredjedel av alle uføreytelser i Norge, og angst og depresjon er de viktigste årsakene til arbeidsrelatert uførhet (Mykletun og Knudsen, 2009).

Enhet for Helse og Arbeidsliv ved Betania Malvik har siden den nasjonale ordningen ble etablert hatt avtale med Helse Midt-Norge om leveranse av helsetjenester på spesialistnivå til målgruppen lettere psykiske og sammensatte lidelser i regionen. I henhold til avtalen har tjenestene ved enheten vært organisert som et dagtilbud med en tidsmessig ytre ramme på 18 uker fra henvisning.

Behandlingstilbudet ved Enhet for Helse og Arbeidsliv

Tilbudet har vært organisert som et tverrfaglig integrert behandlingstilbud. Det tverrfaglige aspektet har vært ivarettatt gjennom spredning i personellgruppen mellom ulike kategorier helsepersonell med samlet bred erfaring fra spesialisthelsetjenesten. Personalgruppen har bestått av spesialsykepleiere, psykologspesialister, fysioterapeuter, psykiater, ergoterapeut og merkantilt personell. Integreringsaspektet i behandlingstilbudet har bestått i å samkjøre flere ulike samtidige behandlingstilbud innen den gitte tidsrammen for behandlingen. Pasientene har parallelt fått individuell- og gruppeterapi. I tillegg

har det vært fokus på å integrere både helse- og arbeidslivsrelaterte problemstillinger.

Grunnleggende i behandlingstilnærmingen ved enheten har vært å fokusere på opprettholdelse og styrking av pasientenes funksjonsnivå gjennom å forsterke iboende mestringsressurser. Det har vært prioritert å fokusere på normalisering, ansvarliggjøring og selvstendigjøring med tanke på å gi den enkelte pasient opplevelse av mestring og verdighet.

Behandlingstilbudet er generelt utarbeidet med bakgrunn i nasjonale føringer, og anbefalinger gitt i nasjonale retningslinjer (se for eksempel Helsedirektoratet, 2009) har vært retningsgivende med tanke på vektning av samtaleterapeutiske tilnærminger individuelt og i gruppe, psykoedukasjon, fysisk aktivitet og selvhjelpsbaserte tiltak.

Om målgruppen

Målgruppen lettere psykiske og sammensatte lidelser utgjør inklusjonskriteriene til behandlingstilbudet. Det gjøres en seleksjon i forbindelse med inntaksvurdering, hvor pasienter utenfor målgruppen anbefales viderehenvist til andre aktuelle behandlingstiltak.

Betegnelsen psykiske lidelser skilles fra det som omtales som psykiske plager ved at bestemte diagnostiske kriterier er oppfylte (Folkehelseinstituttet, 2011). Vanligvis defineres gruppen lettere psykiske lidelser å innbefatte milde til moderate depresjoner, lettere angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser og reaksjoner på alvorlige belastninger slik de er definerte i ICD 10 fra WHO (Statens helsetilsyn, 1999). Begrepet sammensatte lidelser inkluderer også pasientgrupper med somatiske tilleggssymptomer, og ulike andre tilleggsbelastninger i livssituasjonen.

Utredning er hovedsakelig gjort med det strukturerte kartleggingsskjemaet for symptomtrykk SCL 90-R, og klinisk undersøkelse i løpet av en vurderingsamtale. Videre strukturert utredning mot diagnose og behandlingsplan har blitt gjort etter individuell vurdering av ansvarlig behandler. Generelt har rask behandlingssoppstart ut fra pasientens egen problembeskrivelse blitt prioritert framfor mer omfattende differensialdiagnostiske utredninger.

Om behandlingstilbudene

Kroppsbevissthetsgruppe baseres på en forståelse av kroppen som et integrert fysisk-psykisk-sosialt fenomen. Sentralt i behandlingen er bevisstgjøring og forståelse av kroppslige reaksjons- og spenningsmønstre, samt utforsking av endringsmuligheter. Kroppsbevissthetsgruppe tilbys etter vurdering, og i lukket gruppe som går over åtte uker.

Refleksjonsgruppe er et lukket ukentlig gruppetilbud som arrangeres over ti uker. Hovedfokus ligger på utvikling av bevissthet og forståelse av utfordringer pasientene står overfor for derigjennom å kunne mobilisere egenressurser til mestring. Det vektlegges utvikling av den enkeltes selvfølelse og selvaktelse gjennom refleksjoner omkring temaer som selvhverdelse og grensesetting. Den teoretiske forankringen ligger innenfor kognitive, systemiske, gestalt-psykologiske og narrative forståelsesrammer (White, 2000).

Individualterapeutisk tilbud har hatt et omfang på cirka en time samtale per uke, med en av behandlerne i det tverrfaglige teamet. Det er i liten grad lagt føringer som begrenser den enkelte behandleres faglige autonomi utover kriteriet om faglig forsvarlighet og generell forventning om bruk av metoder som er basert på god forskning og praksis. Sentralt i den individualterapeutiske tilnærmingen har vært å søke metodiske tilnærminger basert på pasientens egne problem-beskrivelser og behov. Hovedsakelig har metoder innen kognitiv terapi (Berge, 2008), korttids psykodynamisk terapi (McCullough, Kuhn, Andrews, Kaplan, Wolf og Hurley, 2003) og narrativ terapi (White, 2000) blitt benyttet.

Turgruppe har vært arrangert en dag per uke. Gjennom veilederen ”Til rettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser” understreker Helsedirektoratet (2008) den veldokumenterte effekten av fysisk aktivitet for pasientgruppen med lettere depresjoner. Hovedmålsettingen med turgruppa har vært å gi pasientene en sosial arena, naturopplevelser og mosjon som kan bidra til helse og friskhet, samt å stimulere til fortsatt turaktivitet etter endt behandling.

Trimgruppe arrangeres også ukentlig. Det har vært vektlagt fysisk aktivitet ut fra pasientenes egne forutsetninger. Kroppsbevissthet har vært en integrert del av treningen, og gitt utgangspunkt for at pasientene skal bli bedre kjent med egne muligheter og begrensninger. Trening i gruppe bidrar generelt også til større bevegelsesglede og at treningen blir mer lystbetont. Gruppa har bestått av oppvarming, styrke- og utholdenhetsøvelser, samt uttøyning og avspenning.

Spinning tilbys i grupper etter individuell vurdering, og forankres i behandlingsplan over en tidsperiode på inntil 16 uker.

Trening i terapibasseng ledet av fysioterapeut tilbys i grupper etter individuell vurdering, og forankres i behandlingsplanen over en tidsperiode på inntil 16 uker.

Temadager har vært arrangert for pasientgruppen omtrent en gang per måned. Dette har vært organisert som en- eller to-dagers seminar med fokus på ulike selvhjelps- og selvutviklingsstrategier, psykoedukasjon og undervisning og drøfting av helse- eller arbeidslivsrelatert tematikk.

Selvhjelpsgrupper har vært en del av enhetens oppfølgingstilbud. Etter avsluttet behandling har pasientene blitt invitert til å melde seg dette tilbudet. Selvhjelps-

grupper har blitt igangsatt av personale ved enheten, og gruppene har fått bruke enhetens lokaler. Foruten oppstartshjelp har disse gruppene i all hovedsak vært selvdrevne.

Enheten har siden 2010 også hatt et tilbud innen ordningen arbeidsrettet rehabilitering. I hovedsak har de to pasientgruppene fått et likeverdig behandlingstilbud, og behandlingsgruppene har vært sammensatt av pasienter fra begge ordninger¹.

Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å evaluere om behandlingen gitt ved Enhet for Helse og Arbeidsliv ved Betania Malvik fører til måloppnåelse i form av redusert symptomtrykk og tilbakeføring til arbeid hos pasientgruppen med lettere psykiske og sammensatte lidelser. Forskningsspørsmålet er om behandlingen kan vise til redusert symptomtrykk målt ved SCL-90-R før og etter behandling, og om behandlingen kan vise til tilbakeføring til arbeid ved behandlingsavslutning, tre, seks, 12 og 24 måneder etter behandlingen.

Materiale og metode

Utvalg

Pasientene har før oppstart gitt skriftlig samtykke til behandling og bruk av kartleggingsresultater i kvalitets- og utviklingsarbeidet. I denne studien er scorer fra hver enkelt pasient behandlet i anonymisert form. Studien er et ordinært evaluerings- og kvalitetssikrings-prosjekt som ikke har til hensikt å skaffe til veie ny kunnskap om sykdom og helse, og er således ikke fremleggingspliktig til regional etisk komite (jamfør helseforskningsloven).

Undersøkelsen retter seg mot pasienter som har avsluttet behandling i perioden 01.01.09 til 01.03.15. Det totale antall pasienter i denne perioden er 168. Den kjønnsmessige fordelingen er 118 kvinner (70%) og 50 menn (30%). Aldersmessig har pasientene ved behandlingsstart en gjennomsnittsalder på 41,5 år (med et standardavvik på 9,4 år).

Pasientene er diagnostisert i henhold til kriterier gitt i ICD 10 (World Health Organisation, 1992). Siden målgruppen er lettere og sammensatte psykiske lidelser er det primært fokusert på diagnostisering innen kapittel F (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser), men også i noen grad kapittel Z (Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten) der hvor

¹Hovedforskjellen mellom pasientgruppene innen ordningene Raskere tilbake og Arbeidsrettet Rehabilitering er at de innenfor arbeidsrettet rehabilitering har hatt to uker videre tidsramme for sin behandling, samt at målsettingene ikke i like stor grad har vært tilbakeføring til en aktuell arbeidsgiver.

kontaktårsaken er vurdert å ikke tilfredsstillende diagnostiske kriterier innen kapittel F.

Av pasientene faller 60 (41%) inn under diagnosegruppen F30-39 (affektive lidelser), 40 (29%) inn under F40-49 (nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser), mens 43 (30%) har andre diagnoser. Herunder faller stress- og utbrenthetsproblematikk. I tilfeller med komorbiditet er pasientene gruppert i henhold til primærdiagnosen.

Resultatmål

SCL 90-R har systematisk blitt benyttet til kartlegging av pasientenes egen opplevelse av psykiske symptomer. Den norske oversettelsen av SCL 90-R (Nielsen og Vassend, 1994) består av ti symptomkategorier og en generell indeks. Pasientene har svart på 90 testledd ved å benytte en likert-skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (veldig mye) for hvordan han har hatt det de siste syv dagene. SCL 90-R er generelt vurdert å ha gode psykometriske egenskaper (Derogatis, 2000). Kartlegging med SCL 90-R har blitt gjennomført i forkant av inntaksvurdering og ved behandlingsavslutning.

Sykemeldingsgrad har blitt registrert ved oppstart og avslutning av behandlingen. Ved behandlingsoppstart har samtlige pasienter vært enten sykemeldt eller stått på terskelen til sykemelding. En måleverdi på sykemeldingsgrad ved avslutning vurderes å gi en god indikasjon på måloppnåelse i henhold til oppdraget. Videre er det også siden 2012 implementert oppfølgingsundersøkelser etter 3, 6, 12 og 24 måneder for å kartlegge om endringene er vedvarende. Datagrunnlaget for sykemeldingsprosent etter avslutning er på 146 pasienter, for tre måneder etter avslutning på 79 pasienter, 67 pasienter seks måneder etter avslutning og 50 for 12 måneder etter avslutning. For 24 måneder etter avsluttet behandling er data kun på syv pasienter den 01.03.15.

Statistisk analyse

For å analysere forskjeller mellom scorene fra SCL 90-R fra før og etter behandling er det foretatt signifikanstesting med avhengige tohaledede t-tester, parvis, i Microsoft Excel for Mac 2011 Versjon 14.2.3. For å undersøke effektstørrelser ble det beregnet Cohen's d (Cohen, 1988) som effektmål med nettbasert formelkalkulator². En effektstørrelse (d) på mindre enn 0,2 anses som liten, over 0,5 som middels, og over 0,8 som betydelig effekt.

Det ble foretatt slik testing for eventuell endring hos det samlede utvalget, i forhold til alle symptomkategorier. Dette ble gjort for å finne ut hvorvidt pasient-

²Cohen's d er et uttrykk for forskjellen mellom gjennomsnittene i utvalget delt på standardvariansen.

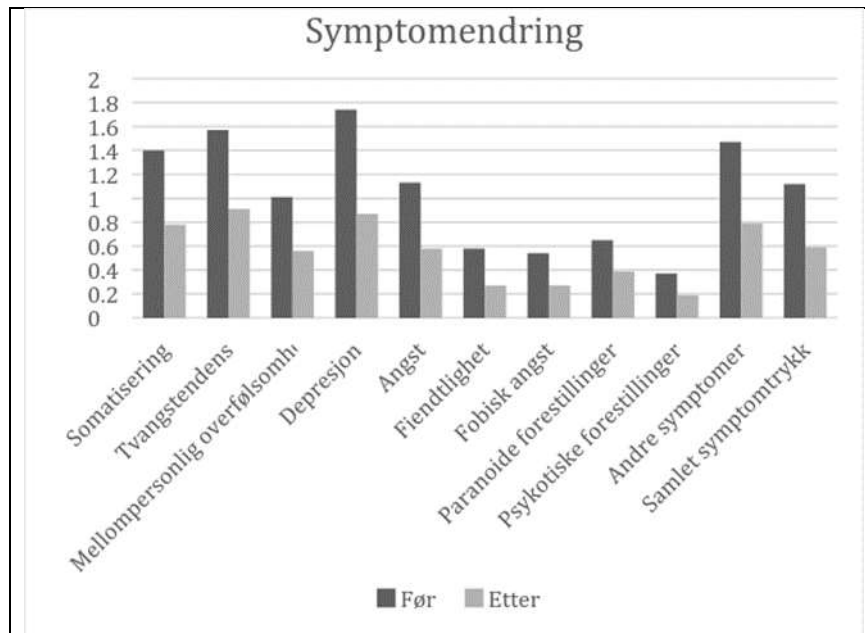
gruppen samlet sett, og på de ulike symptomkategoriene, rapporterer om endring i symptomtrykk før og etter behandling.

Resultater

Behandlingseffekt målt ved SCL 90-R

Figur 1 illustrerer grafisk hvordan symptomtrykket har endret seg totalt og på de ulike skalaene gjennom behandlingsforløpet.

Figur 1. Grafisk fremstilling av symptomendring gjennom oppholdet



Pasientgruppen viser på gruppenivå et tydelig statistisk signifikant fall i symptomtrykk i løpet av behandlingen. Tabell 1 viser behandlingseffekt for hele utvalget, hvor både global score og scorene på de ulike delskalaene er redusert i løpet av behandlingen. Tydeligst er endringen i scorer på depresjon ($p < 0,001$, $d = 1,18$), tvangstendens ($p < 0,001$, $d = 0,92$), andre symptomer/søvnforstyrrelser ($p < 0,001$, $d = 0,95$) og global score ($p < 0,001$, $d = 1,06$).

Tabell 1: Endring på symptomscorer før (pre) og etter (post) oppholdet. M=Gjennomsnitt, SD=Standardavvik, Pre-post=signifikans, ES=effektstørrelse, d=Cohen's d

	Pre		Post		Pre-post	ES D
	M	(SD)	M	(SD)		
1. Somatisering	1,40	0,74	0,78	0,66	p<0,001	0,88
2. Tvangstendens	1,57	0,78	0,91	0,68	p<0,001	0,92
3. Mellompersonlig overfølsomhet	1,01	0,74	0,56	0,64	p<0,001	0,64
4. Depresjon	1,74	0,75	0,87	0,72	p<0,001	1,18
5. Angst	1,13	0,75	0,58	0,55	p<0,001	0,84
6. Fiendtlighet	0,58	0,56	0,27	0,32	p<0,001	0,68
7. Fobisk angst	0,54	0,69	0,27	0,41	p<0,001	0,44
8. Paranoide forestillinger	0,65	0,65	0,39	0,47	p<0,001	0,46
9. Psykotiske forestillinger	0,37	0,40	0,19	0,28	p<0,001	0,52
10. Andre symptomer	1,47	0,75	0,79	0,67	p<0,001	0,95
11. Samlet symptomtrykk	1,12	0,53	0,59	0,47	p<0,001	1,06

Sykemeldingsgrad

Den registrerte sykemeldingsgrad ved behandlingsavslutning viser at av 146 pasienter er 50 pasienter helt friskmeldt, 61 er gradert sykemeldt, mens 35 fremdeles er fullt sykemeldt. Det betyr at 76 % er helt eller delvis tilbake i arbeid ved behandlingsslutt.

Fra oppfølgingsstudien av sykemeldingsgrad 3, 6, 12 og 24 måneder etter behandlingsavslutning foreligger noe data. Fra tre-måneders undersøkelsen vises at av 79 undersøkte pasienter er 33 helt friskmeldt, 37 er gradert sykemeldt, mens ni fortsatt er 100% sykemeldt. Det betyr at 89 % er helt eller delvis tilbake i arbeide tre måneder etter behandlingsavslutning. Seks-måneders oppfølgingen viser at av 67 undersøkte pasienter er 41 helt friskmeldt, 21 er gradert sykemeldt, og fem fullt sykemeldt. Det betyr at 93 % er helt eller delvis tilbake i arbeid etter seks måneder. Av 50 undersøkte pasienter etter 12 måneder er 40 helt friskmeldt, syv gradert sykemeldt og tre fullt sykemeldt. Det vil si at 94% er helt eller delvis tilbake i jobb etter 12 måneder. Etter 24 måneder er syv pasienter undersøkt, hvorav seks er helt friskmeldt og en er gradert sykemeldt. Det vil si at 100% er helt eller delvis tilbake i jobb.

Dropouts

Det er ingen tilfeller av dropouts, definert som endelig uteblivelse eller ikke-planlagt avslutning, fra behandlingsopplegget i undersøkelsesperioden. Det innebærer at samtlige pasienter har fullført sitt behandlingsopplegg. Samtlige

pasienter har fylt ut fullstendige SCL-90-R skjema med unntak av fire personer, som er utelatt fra studien.

Diskusjon

Undersøkelsen viser en signifikant forskjell i scorer på SCL 90-R på de to måletidspunktene (før og etter behandling) hos den totale pasientgruppen både på globalt symptomtrykk, og på de ulike symptomkategoriene. Dette betyr at pasientene rapporterer om betydelig mindre symptomer på psykisk lidelse etter behandling enn de gjorde før behandling. Sykemeldingstallene viser også at en stor andel er tilbake i jobb ved behandlingsavslutning; 89% er tilbake etter tre måneder; 93% er tilbake i jobb etter seks måneder, 94% etter ett år, og 100% etter to år.

Reduksjonen i symptomskårer må anses som relevante mål på behandlingseffekt, da sykefraværet hos pasientgruppen i stor grad er begrunnet i nettopp dette. Undersøkelsen viser en sterk statistisk effektstørrelse ($d=1,06$) i forskjellen mellom global score før og etter behandling. En slik effektstørrelse betegnes av Cohen (1988) som betydelig. Særlig innen symptomskårene for tvangssymptomer, depresjon og søvnforstyrrelser vises sterke effektstørrelser. Ettersom det er disse symptomgruppene som har høyest skåre i utgangspunktet kan endringen delvis forklares som et uttrykk for regresjon mot gjennomsnittet, altså at endringer har en tendens til å gå i retning gjennomsnittet selv uten intervensjon. Skårer som i utgangspunktet er høye vil med andre ord ha en tendens til å reduseres mer enn lave skårer.

Den sterke effektstørrelsen kan også forklares ved at mye av behandlingen retter seg mot å bryte depressive mønstre, og å arbeide med å ta valg. Det sammensatte og intensive behandlingsopplegget skaper i seg selv en struktur i hverdagen, på en ny arena, og virker konfronterende på unnvikelsesatferd som opprettholder tvangsmessige og depressive symptomer. Helheten i tilbudet, med fokus både på individualterapi, gruppeterapi og fysisk aktivitet antas å være avgjørende for den betydelige oppnåelsen av symptomreduksjon, og tilbakeføring til arbeidslivet.

Statistisk signifikante funn trenger ikke nødvendigvis å forklare klinisk behandlingseffekt. Sammenholdes resultatene fra de ulike målevariablene i denne undersøkelsen vises imidlertid at den psykiske helsen blir bedre og at sykemeldingsprosenten går ned. Tilbakeføringsrate til arbeidet er et direkte uttrykk for måloppnåelse, og dermed en god indikasjon på klinisk effekt. Bedring i psykisk helse kan i så måte betraktes som en medierende faktor til økt arbeidsevne.

Det er ikke definert noen grense for hvor stor andel pasienter man bør kunne forvente at blir tilbakeført til arbeid etter endt behandling, men det vil alltid være et antall som ikke kommer seg tilbake i arbeide. Dette for eksempel på grunn av

vedvarende arbeidskonflikter, varige funksjonsnedsettelse, beslutning om jobbskifte, oppstart av studier, nye sykdomsforhold og så videre. Trenden fra oppfølgingsstudien er også at sykemeldingsrate reduseres over tid etter behandlingen.

Organisering av dette Raskere Tilbake-tiltaket som dagtilbud muliggjør tverrfaglig integrering. En sannsynlig forklaring på den tydelige symptomreduksjonen kan være det at flere ulike behandlingstilbud gis parallelt. Pasientene får arbeidet samtidig på individualterapeutiske og gruppeterapeutiske arenaer, kombinert med systematisk fysisk aktivitet, og de får arbeidet med både helse- og arbeidslivsrelaterte problemstillinger. Blant annet i Kunnskaps-senterets rapport fra 2012 (Forsetlund, Lidahl og Austvoll-Dahlgren, 2012) påpekes viktigheten av at behandlingstilbud til mennesker med psykiske lidelser organiseres som intensivt koordinerte tilbud med et helhetlig perspektiv på pasientenes behov. Det tverrfaglige samarbeidet, kontinuiteten og integreringen av ulike tjenester som muliggjøres innenfor rammene av dette tilbudet kan være noen av grunnene til de positive tallene. En dropout-rate på null i den aktuelle perioden kan også betraktes som en indikasjon på at behandlingen er godt tilpasset pasientgruppens behandlingsbehov.

Det må antas å være en betydelig samfunnsmessig nytte av behandlingstilbud med relativt lav terskel, kort varighet og god effekt. Gjennom Samhandlings-reformen (St.meld nr. 47, 2009) legges det vekt på nettopp lavere terskel for å forebygge sykeliggjøring og sementering av psykisk lidelsesproblematikk.

Det er ikke foretatt noen undersøkelser mellom denne pasientgruppen og kontrollgruppe. Det vil derfor ikke være mulig å avgjøre om det er selve behandlingen eller forhold utenfor behandlingen som har gitt symptomreduksjon. Studien er verken kontrollert eller randomisert. Vi vet derfor ikke sikkert om pasientene uten behandlingen likevel kunne oppnådd tilsvarende symptomlette og tilbakeføring til arbeidslivet. Det er heller ikke gjort komparative studier mellom dette behandlingstilbudet og andre behandlingstilbud. Slike studier vil være mer omfattende og ressurskrevende, men vil i enda større grad kunne si noe om behandlingseffekten, og om hva som er virksomme faktorer.

En annen viktig begrensning i studien er at det er manglende tallmateriale for langtidseffekten av behandlingen både med tanke på symptombelastning og sykemeldingsstatus, selv om de foreløpige tallene ser svært lovende ut. Det er heller ikke gjennomført analyser av andelen pasienter som befant seg i henholdsvis klinisk og ikke-klinisk område på SCL 90-R før og etter behandling. Slike tall kunne også vært relevante med tanke på evaluering av måloppnåelse.

Arbeidsdepartementets ekspertgruppe innen reduksjon av sykefraværet (Mykletun, 2010) tar til orde for økt grad av kunnskapsbasert praksistilnærming

på dette feltet. Det er fremdeles for lite kunnskap om hvilke intervensjoner, og hvilken varighet, som har ønsket effekt i tilbud som har arbeidsdeltakelse som mål (Waddell, Burton og Kendall, 2008). Dette fordrer økt fokus på effektstudier av tiltak innen arbeidsmålerettede behandlingstilbud. I fremtidige studier vil det være viktig å undersøke symptombelastning og arbeidsevne over enda lengre tid etter behandlingen. Ved å sammenlikne flere ulike behandlingstilbud til målgruppen vil man kunne isolere ulike behandlingsvariabler og se eventuelle spesifikke intervensjonseffekter med tanke på måloppnåelse. Det kan også være hensiktsmessig å vurdere andre forhold enn symptomreduksjon og tilbakeføring til arbeide som kvalitetsindikatorer.

Konklusjon

Hovedintensjonen med ordningen Raskere Tilbake har vært å redusere sykefraværet. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at pasientene opplever betydelig mindre symptomer på psykisk lidelse etter behandlingen, samt at tilbakeføringsgraden til arbeidslivet er høy. På tross av studiens metodiske begrensninger er det grunnlag for å hevde at behandlingen som gis ved enheten er forbundet med høy grad av måloppnåelse undersøkt ved endring i symptomskårer og tilbakeføringsprosent til arbeidslivet.

Litteratur

- Berge, T. (2008). Kronisk depresjon. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi*, s. 286–318. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. utg. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- Derogatis, L.R. (2000). Symptom Checklist-90-Revised. *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association, s. 81-84.
- Forsetlund, L., Lidal, I. B. & Austvoll-Dahlgren, A. (2012). *Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 05.
- Folkehelseinstituttet (2011). *Psykiske plager og lidelser - faktaark med helsestatistikk*. Faktaark http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:42699::1:5647:58:::0:0 (04.11.2012)
- Helsedirektoratet (2008). *Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser*. Tipshefte, Oslo.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. IS-1561. Oslo, Helsedirektoratet.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C.L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guildford Press

- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser: en analyse basert på FD-trygd*. Oslo: Nasjonalt folkehelse- institutt; rapport nr:4.
- Mykletun, A. (2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform*. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet. Oslo: Arbeidsdepartementet.
- Nielsen, G. & Vassend, O. (1994). *SCL-90-R – Norsk oversettelse*.
- Norges offentlige utredninger. (2007). *Ny uførestønad og ny alderspensjon til uføre*. NOU 2007:4. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. Statens trykning.
- Ot.prp. nr. 6 (2006 – 2007) *om lov om endring i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven (tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte m.v.)*
- Sosial- og helsedepartementet (1999). *Kvinnens helse i Norge*. NOU 1999:13. Oslo, Statens forvaltningstjeneste.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Statens helsetilsyn. (1999). World Health Organization. *ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Waddell, G., Burton, A. K. & Kendall, N. A. S. (2008). *Report for the Vocational Rehabilitation Task Group*. TSO, London.
- White, M. (2000). *Reflections on Narrative Practice*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- World Health Organisation. (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva. World Health Organisation.