

Evalueringsrapport for prosjektene Livsstyrketrening og Mindfulness (MBSR) i Helse Sør-Øst



Et samarbeidsprosjekt mellom Helse Sør-Øst og
Nasjonalt Kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering

Liv Haugli
Mai 2015

Mindfulness

er oppmerksomhet på en spesiell måte:
bevisst, tilstede i nået og uten å dømme

Oppmerksomhetstrening

Oppmerksomt nærvær innebærer å være helt våken i våre liv

Å fornemme det pulserende livet i hvert øyeblikk

Vi føler oss da mer levende

Vi åpner oss samtidig for våre indre ressurser

Vår innsikt, vår forvandling og vår vekst.

Jon Kabat-Zinn

Innhold

Sammendrag	3
Organisering	4
Finansiering	4
Bakgrunn for prosjektet	5
Metode	7
Hva er Livsstyrketrening?	7
Kurs i Livsstyrketrening.....	9
Kurs i Mindfulnessbasert stress reduksjon (MBSR).....	9
Litt om forskjellen mellom kurset i oppmerksomt nærvær (MBSR-modellen) og Livsstyrketreningskurset.....	10
Metode for evaluering	10
Resultater	11
Kvantitative resultater.....	11
Helse og arbeid.....	12
Helse og smerter	13
Arbeidsevne.....	14
Oppmerksomhet – Tilstedeværelse	16
Evaluering av kurset	17
Sykefravær.....	18
Kvalitative resultater	19
Erfaringer til gruppelederne.....	21
Diskusjon	23
Konklusjon	24
Litteratur.....	25

Sammendrag

Våren 2013 ble det arrangert Livsstyrketreningskurs for langtidssykemeldte i tre foretak i Helse Sør-Øst (Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner) i samarbeid med Nasjonalt Kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. Hensikten med kurset var å redusere og forebygge sykefravær og fremme helse og mestringssevne. Resultatene viste redusert fravær (42%) og økt arbeidsevne blant deltakerne (se Evalueringsrapport for prosjektet Livsstyrketrening for langtidssykemeldte – April 2014). På grunn av relativt lavt deltakerantall (n = 42) var det vanskelig å trekke gode konklusjoner. Det ble derfor besluttet å videreføre pilotprosjektet med tre nye grupper i disse foretakene våren 2014.

Sykehuset Innlandet, divisjon Kongsvinger arrangerte også kurs i Livsstyrketrening våren 2014 som et tiltak innen det helsefremmende/forebyggende arbeidet. Målgruppen her var ikke langtidssykemeldte, men ansatte som bevisst ønsket å bli bedre kjent med seg selv og som var innstilt på å arbeide målrettet for å redusere eget stressnivå.

Sykehuset Innlandet, avd. Gjøvik, ønsket også å ha et tiltak for de langtidssykemeldte. De valgte imidlertid å arrangere kurs i MBSR (Mindfulness based Stress Reduction). MBSR kursene vektlegger oppmerksomt nærvær, mens Livsstyrketrening i tillegg har temaer der læringsprinsippene i konfluent pedagogikk og veiledning benyttes til å forankre deltakernes oppdagelser. Alle deltakerne ble oppfordret til å gjøre formelle oppmerksomhetsøvelser mellom samlingene, og de fikk utdelt en CD til dette formålet. Deltakerne på MBSR - kurset skrev under en avtale hvor de forpliktet seg til å praktisere oppmerksomt nærvær 1 time pr dag i den perioden kurset varte.

Alle kursene hadde en varighet på 8 uker, en samling i uka på ca. 3 timer. Deltakerne svarte på et spørreskjema før, etter og 6 måneder etter kurset. I tillegg ble det innhentet sykefraværdata fra de helseforetakene som hadde langtidssykemeldte som målgruppe.

Svarprosenten på spørreskjema som ble besvart før og etter kurset var høy. Det var imidlertid svært lav svarprosent på spørreskjemaene som ble sendt ut etter 6 måneder. Vi valgte derfor å se bort fra disse resultatene fordi det ga svært liten mening å analysere dem.

Til tross for at disse kursene ikke handlet om deltakernes helseplager og det ikke var undervisning i hvordan mestre en spesifikk sykdom, rapporterte deltakerne i Livsstyrketreningsgruppene signifikant bedring i helse, mindre smerter og bedre arbeidsevne etter avsluttet kurs. Det er spesielt bedring i arbeidsevne i forhold til psykiske krav i jobben. Deres evne til å være oppmerksomme har også økt. Det betyr i praksis at deltakerne har større evne til å konsentrere seg og opplever mindre stress. Det er en signifikant sammenheng mellom hvor mye formelle øvelser de gjør og deres evne til å være oppmerksomme. Deltakerne i MBSR – kurset oppnådde også bedre helse, mindre smerter og økt arbeidsevne, men disse resultatene var ikke signifikante.

Sykefraværet ble målt over en periode på seks måneder før kurset og seks måneder etter kurset i de fire gruppene med langtidssykemeldte deltakere. Det gjennomsnittlige sykefraværet var 58,4 dager før kurset og 39,5 dager etter kurset. Det tilsvarer en reduksjon på 32%.

Den kvalitative delen av undersøkelsen viser også at deltakerne opplever at de takler stress bedre, og at de er blitt bedre kjent med seg selv og egne reaksjonsmønstre. Dette gjør at de håndterer ulike utfordrende situasjoner både på jobb og hjemme på en for dem bedre måte.

Disse resultatene sett sammen med resultatene fra Livsstyrketreningskursene i 2013 viser at et 8-ukers kurs Livsstyrketreningskurs kan redusere sykefravær og øke arbeidsevnen.

Organisering

Prosjektet er organisert som et samarbeid mellom Helse Sør-Østs regionale HR-avdeling som har vært prosjekteier og Nasjonalt Kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering som har hatt fag- og evalueringsansvar.

- Prosjekteier:** Helse Sør Øst ved foretakene Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner, spesialrådgiver Helse Sør-Øst, Christer Mortensen.
- Styringsgruppe:** Siv Halvorsen HR-direktør Sykehuspartner, Karin Ask-Henriksen HR-direktør Vestre Viken, Jan-Inge Pettersen HR-direktør Ahus, Christer Mortensen spesialrådgiver Helse Sør-Øst.
- Prosjektleder:** Ingunn Tveit Nafstad HR- rådgiver Sykehuspartner.
- Prosjektgruppe:** Ingunn T Nafstad, Liv Haugli, Gunnel Granum Holte HR rådgiver Ahus, Kari-Anne Sælebakke HR rådgiver Vestre Viken og alle 6 gruppelederne.
- Faglig ansvarlig:** Liv Haugli, overlege, dr.med. og spesialist i arbeidsmedisin, Nasjonalt Kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering.
- HR kontaktperson:** Gunnel Granum Holte HR rådgiver Ahus, Kari- Anne Sælebakke HR rådgiver, Vestre Viken og Ingunn Nafstad HR rådgiver Sykehuspartner.
Hilde Follestad, HR rådgiver Sykehuset Innlandet, avd Gjøvik

Gruppeledere:

- Sykehuspartner: Liv Tønnesen og Monica Slinning
- Vestre Viken: Liv Tønnesen og Tone Ringdal
- Ahus: Ingunn Tveit Nafstad og Liv Haugli
- Sykehuset Innlandet:
- Divisjon Kongsvinger: Karin Varden og Liv Bekkesletten
- Divisjon Gjøvik: Ingvild Øgar Svendsen

Finansiering

Kursene ble finansiert ved hjelp av tilretteleggingstilskudd fra NAVs arbeidslivssenter i Buskerud, Akershus, Hedmark og Oppland samt prosjektstøtte fra KLP (Kommunal Landspensjons kasse). Vi takker NAV og KLP for hyggelig og godt samarbeid i prosessen.

Gud gi meg sjelefred å godta de tingene jeg ikke kan forandre;

mot til å forandre de ting jeg kan,

og visdom til å vite forskjellen

Reinhold Niebuhr

Bakgrunn for prosjektet

Foretaksgruppen Helse Sør-Øst har et sykefravær som har store økonomiske konsekvenser for organisasjonen og sosiale og helsemessige konsekvenser for de ansatte. I 2014 hadde Foretaksgruppen et totalt sykefravær på 7,2 %, av dette fraværet var 5 % langtidsfravær og 2,2 % korttidsfravær. Sykehuspartner hadde et totalt fravær på 5,2 %, Ahus 8, %, Vestre Viken 7,5 % og Innlandet 7,2 %. Foretaksgruppen har et ønske om å bidra til ulike tiltak som kan styrke arbeidsevnen til de ansatte.

Det er begrenset kunnskap om hva som kan bidra til å styrke arbeidsevnen. En stor andel av de langtidssykemeldte har diagnoser innen muskel-skjelettplager og/eller lettere psykiske plager. Ofte er det ingen objektive funn ved undersøkelse, og disse pasientene har ofte sammensatte problemer både av medisinsk, sosial og økonomisk art. For mange innebærer prosessen med tilbakeføring til arbeid å gå inn i personlige endringsprosesser. Tidligere studier viser også at det å bli utfordret på egen selvforståelse som egen identitet, verdier og egne ressurser bidrar til tilbakeføring til arbeid (Haugli, Mæland og Magnussen 2011, Haugli, Steen 2001, Bråthen 2015). Livsstyrketrening er et pedagogisk helsefremmende tiltak som kan bidra til økt selvforståelse. Et kurs i Livsstyrketrening har fokus på ressurser og muligheter fremfor symptomer og plager.

Foretakene Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner

Våren 2013 ble det derfor i foretakene Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner gjennomført et pilotprosjekt der 42 langtidssykemeldte fikk anledning til å delta i Livsstyrketreningssgrupper med samlinger 3 timer i uka 8 ganger.

Evalueringen fra dette prosjektet viste at det bidro til signifikante endringer i opplevd helse, arbeidsevne og sykefravær. Sykefraværet blant deltakerne var 42% lavere over en periode på 6 måneder etter kurset sammenlignet med en tilsvarende periode før kurset. Deltakerne oppga også at de var blitt mer bevisst sammenhenger mellom egne tanker, følelser og kroppslige reaksjoner, de var blitt mer bevisst egne verdier og ressurser og hvordan leve i samsvar med disse, og de fortalte om økt grad av arbeidsglede og tydelighet i kommunikasjon med andre (Evalueringsrapport for prosjektet Livsstyrketrening for langtidssykemeldte april 2014).

Prosjektledelsen erfarte at prosjektet kunne ha vært bedre forankret på arbeidsplassen til deltakerne. De opplevde at flere av deltakerne innimellom ble bedt om å være på jobb i stedet for på kurset, og de opplevde også mangelfull oppfølging av sykefraværet. De ønsket derfor å gi deltakernes ledere bedre informasjon om hensikten med kurset, og de ønsket også å bidra til kvalitetssikring av sykefraværsoppfølgingen.

Siden antall deltakere var såpass få (42) kan det være vanskelig å trekke gode konklusjoner fra disse tre kursene i Livsstyrketrening. Helse Sør-Øst ved foretakene Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner ønsket derfor å utvide og forlenge pilotprosjektet i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for

arbeidsrettet rehabilitering. I den videre piloten ble det også besluttet at det skulle gis bedre informasjon til lederne, og man skulle etterstrebe en bedre forankring opp mot arbeidsplassen.

Sykehuset Innlandet, divisjon Kongsvinger ønsket også å få evaluert og dokumentert erfaringer fra deltakelse i et Livsstyrketreningskurs for sine ansatte. De hadde tidligere gjennomført 4 livsstyrketreningskurs i divisjonen. Første gang gikk tilbud om deltagelse til sykemeldte, deretter ble det gjennomført kurs kun for ledere.

Kongsvinger valgte nå å tilby Livsstyrketreningskurset som et helsefremmende tiltak for ansatte som ønsket å bli mer bevisst på egne ressurser og muligheter og som ønsket å lære metoder for stressreduksjon. Fokus på muligheter er sentralt i divisjonens satsing på å skape et helsefremmende arbeidsmiljø. En evaluering fra tidligere kurs ble presentert i AMU i 2014. Det var da stor interesse i AMU for å delta i dette prosjektet for å få en evaluering av livsstyrketreningskurset.

Sykehuset Innlandet, avdeling Gjøvik hadde et sykefravær i 2013 på 7,6 %. De ønsket derfor et tiltak for sykmeldte, og valgte å gjennomføre det strukturerte gruppebaserte programmet «mindfulnessbasert stressreduksjon» (MBSR) som vektlegger oppmerksomt nærvær som metode.

Det ble avtalt å evaluere dette MBSR kurset på tilsvarende måte som kursene i Livsstyrketrening. Formålet var å se hvorvidt deltakelse i kurs i MBSR ville fremme arbeidsevnen og redusere sykefraværet til deltakerne på lik linje med Livsstyrketreningskursene.

Hva vi tenker og gjør er begrenset av vår oppmerksomhet, og fordi vi ikke legger merke til det vi ikke legger merke til, er det lite vi kan gjøre for å endre oss før vi begynner å legge merke til hvordan vår uoppmerksomhet former våre tanker og handlinger.

R.D.Laing, psykiater og forfatter

Metode

Hva er Livsstyrketrening?

Livsstyrketrening er et helsefremmende tiltak i gruppe basert på fenomenologi, konfluent pedagogikk og oppmerksomt nærvær (mindfulness).

Fenomenologien som kunnskapsteoretisk grunnlag representerer brudd med et biomedisinsk, reduksjonistisk og mekanisk syn på symptomer hvor disse kan undersøkes og utredes atskilt fra den erfarende tenkende personen som lever i sin kultur med sin personlige historie. Fenomenologen Maurice Merleau Ponty (1907 – 61) la vekt på å knytte den menneskelige subjektivitet til kroppen og at kroppen er senter for interaksjon med omverden og bærer av erfaring (Merleau-Ponty M 1996). Disse tankene gir en åpning og mulighet for deltakerne til å begynne prosessen med å retolke sine kroppslige symptomer. Fra å oppleves som *meningsløse* kan kanskje smerter og andre plager etter hvert erfares som *meningsbærende*; som innfallsvinkler til erkjennelse, selvinnsikt og endret selvforståelse.

Konfluente pedagogiske prinsipper og metoder representerer en innfallsvinkel til erkjennelse, selvinnsikt og forståelse, og gir muligheter til en type praksis som ivaretar fenomenologiens syn på menneske. Konfluent pedagogikk er en pedagogisk retning som har sitt utspring i gestaltteori og gestaltterapeutiske prinsipper.

Begrepet gestalt stammer fra gestaltpsykologien som bl.a. fremhever at forforståelsen styrer vår persepsjon, at vår oppmerksomhet alltid er rettet mot noe, og at vi skaper mening av verden rundt oss fordi vi oppfatter i helheter. 'Konfluens' betyr sammenflytende, eller det å bringe sammen til en helhet. I konfluent pedagogikk er det meningsskapende, konstruktivistiske, deltakende, utforskende og eksperimenterende perspektivet sentralt for læringsprosesser. Gjennom ulike metodiske valg stimuleres de som skal lære til å bli mer kjent med seg selv og egne behov samtidig som de aktivt forholder seg til det som skal læres gjennom selv å gjøre egne erfaringer og bli bevisst på egne synspunkter, mening og ansvar. Prosessaspektet i læring er sentralt i konfluent pedagogikk; likeså det at både intellektuelle, emosjonelle og kroppslige aspekter alltid er til stede i læringsprosesser. Utvikling og bruk av ulike innovative læringsmetoder som kan bidra til at de som skal lære får anledning til å få kontakt med egne behov, lære å kjenne på de følelser som temaet det arbeides med eventuelt vekker, og bli bevisst egne valg i forhold til tema, er sentralt. Gjensidighet, samhandling og kontakt vektlegges. I denne sammenhengen er det gruppeleders ansvar å skape rammer for kontakt og interaksjon med deltakerne, og samtidig være bevisst hvordan egen subjektivitet alltid vil være med på å prege situasjonen og forholdet til deltakerne. Bevisstgjøring i forhold til egne verdier blir derfor sentralt for gruppelederne.

Oppmerksomt nærvær (mindfulness) er definert som å være oppmerksom på en spesiell måte, med hensikt, i nået og med en ikke dømmende holdning (Kabat-Zinn J 2001). Mindfulness kommer opprinnelig fra buddhismen, men er videreført i vestlig medisin og har i løpet av det siste tiåret fått

stor utbredelse og dokumentert positiv effekt på ulike diagnoser som kroniske smerter, angst og depresjon (Segal ZV, Williams JMG, and Teasdale JD 2013; de Vibe M et al. 2012; Evans et al. 2008; Fjorback LO et al. 2012). De fleste av oss handler mye på "autopilot", dvs vi tenker og utfører ting uten å være bevisst på våre tanker eller atferd. Når vi handler på autopilot er det gjerne tidligere erfaringer og minner som trigger vår reaksjon på det som skjer her og nå fordi vi blir minnet på noe. Hendelser rundt oss og våre egne tanker, følelser og sanseintrykk (som vi kanskje så vidt registrerer) trigger gamle mønstre av følelser, tanker og atferd som ofte kan være uhensiktsmessige og som kan føre til at vi får det dårlig eller får symptomer på fysisk eller emosjonelt stress. Ved å bli mer bevisst og oppmerksom på reaksjoner fra kroppen, tanker og følelser i øyeblikket, gir vi oss selv muligheten til større frihet og flere valgmuligheter. Vi trenger ikke å repetere gamle mønstre som kanskje har gitt oss problemer tidligere. Vi må bli bevisst og oppmerksom på det som er for å kunne endre det som er. Målet og hensikten med kurset er derfor å øke det oppmerksomme nærværet slik at vi kan respondere i ulike situasjoner ut fra et bevisst valg i stedet for å reagere automatisk. Det gjøres ved å øve på å bli mer bevisst og klar over hvor vi har oppmerksomheten og ved bevisst å bringe oppmerksomheten tilbake til kroppen og sansene.

Livsstyrketrening har dermed et helhetlig fokus som bidrar til økt bevisstgjøring om sammenhenger mellom tanker, følelser og kropp og livssituasjon og økt bevisstgjøring av egen identitet og verdier. Kurset har fokus på ressurser og muligheter fremfor symptomer og plager. Livsstyrketrening anerkjenner at aksept er den viktigste forutsetning for endring og den holdningen vi øver oss på. Ved å akseptere det som er nå, uansett hvor smertefullt eller uønsket det er, tillates vekst og endring (Jon Kabat-Zinn 1990). Hensikten med kurset er økt selvforståelse, noe som kan bidra til bedre arbeidshelse og kommunikasjon i arbeidsmiljøet.

Du kan ikke stoppe bølgene, men du kan lære deg å surfe.

Jon Kabat-Zinn

Kurs i Livsstyrketrening

Kurs i Livsstyrketrening ble holdt ved Kongsvinger, Vestre Viken Ahus og Sykehuspartner. Det ble gjennomført 8 samlinger pr gruppe. Hver samling hadde en varighet på 3 timer, og samlingene ble gjennomført en gang i uken. Tema på samlingene var:

- Introduksjon til mindfulness, kraften i oppmerksomt nærvær
- Verdier, hva er viktig for meg?
- Hva gir og tar energi – kommunikasjon
- Hva trenger jeg, om å sette egne grenser
- Stress, hvordan påvirker det oss og hvordan takler vi det?
- "Sterke" og "svake" sider
- Jobbengasjement
- Ressurser, muligheter og valg

Det er utarbeidet et eget program for samlingene slik at alle gruppene hadde det samme programmet. Hver gruppe ble ledet av to kursledere som alle var erfarne helsepersonell med videreutdanning i Livsstyrketrening ved Diakonhjemmet Høgskole (30 studiepoeng).

Kurs i Mindfulnessbasert stress reduksjon (MBSR)

Kurs i MBSR ble holdt ved Gjøvik sykehus. Det ble gjennomført 8 samlinger på 2,5 timer og en heldagssamling. Samlingene var med ca en ukes mellomrom. Det ble utarbeidet en arbeidsbok til kurset etter modell fra «Stress Reduction Clinic and the Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society ved University of Massachusetts Medical School», Kabat-Zinn. Kurset ble ledet av en med instruktør utdanning i MBSR. Tema på samlingene var:

- "Å være årvåkent til stede".
- "Persepsjon; hvordan vi oppfatter verden".
- "Å være tilstede i sin egen kropp".
- "Stress og oppmerksomt nærvær".
- "Tanker og stress".
- "Å ønske følelser velkommen".
- "Oppmerksom kommunikasjon".
- "Å ta vare på seg selv".
- Heldagssamlingen "Stille dag"

Nøkkelen til mindfulness er evnen til å verdsette øyeblikket og utvikle et nært forhold til det gjennom utrettelig, omsorgsfull og klok pleie.

Det er det motsatte av å ta livet for gitt.

Kabat-Zinn

Litt om forskjellen mellom kurset i oppmerksomt nærvær (MBSR-modellen) og Livsstyrketreningskurset

MBSR kurset gikk over 8 samlinger à 2,5 timer, samt en heldagssamling på 7,5 timer. Målet med kurset er å øke det oppmerksomme nærværet slik at vi kan respondere i ulike situasjoner ut fra bevisste valg i stedet for å reagere automatisk. MBSR kurset er bygd opp etter en struktur utarbeidet av Kabat-Zinn og øvelsene består av å trene oppmerksomhet gjennom oppmerksomhet på pusten, meditasjon, kroppsskanning og kroppsbewussthet (Kabat-Zinn 2001). Kurset har også enkle yoga øvelser. På hver samling var det en teoridel med innføring i dagens tema og erfaringer fra hjemme praksisen ble delt.

I livsstyrketreningskurset varer samlingene 3 – 4 timer, og alle samlingene har et fastlagt program utarbeidet av Haugli og Steen (Haugli, Steen 2001). I tillegg til oppmerksomhetstrening er det er ulike kreative øvelser med bruk av tegning, ufullstendige setninger, fantasireiser mm. som alle har til hensikt å bidra til økt selvforståelse og bedre mestring. I Livsstyrketrening er konfluent pedagogikk, veiledning av deltakerne og gruppedynamikk vektlagt i større grad enn ved MBSR. I begge kursene får deltakerne utdelt en CD med oppmerksomhetsøvelser som de skal lytte til daglig og deltakerne får hjemmeoppgaver ang. temaene de arbeider med.

Metode for evaluering

Deltakerne fylte ut et spørreskjema før kursstart, etter kursavslutning og etter seks måneder. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om kjønn, utdanning, arbeid og stønadssituasjon og følgende skjemaer ble benyttet: SF-36, arbeidsevneindeks og 5FMQ,(Five facet mindfulness questionnaire)(Baer R et al. 2008). I tillegg var det noen åpne spørsmål i skjema 2 og 3. De åpne spørsmålene var: Det som har vært viktig for meg ved å delta på kurset er først og fremst..., Det som også har vært viktig er ..., De temaene som har vært mest relevante for meg er ..., Det jeg gjør annerledes i jobb/privatlivet etter å ha deltatt på kurset er ... Hvis det skulle være noe som ville ha gjort dette kurset bedre for meg så måtte det være ... Hvilke forventninger hadde du til kurset, i hvilken grad ble forventningene innfridd (skala fra 1 – 10), hvor ofte gjør du formelle øvelser, alt i alt hvor fornøyd er du med dette kurset, antall ganger som du ikke kunne delta.

Anonymiserte sykefraværdata for de fire gruppene med langtidssykemeldte ble innhentet fra foretakene for å kunne sammenligne sykefraværet 6 mnd. før og 6 mnd. etter gruppedeltagelse. Innsamlede data fra spørreskjema er anonymiserte og kun tilgjengelige for Nasjonalt Kompetansesenter, AIR. Det er ikke personidentifiserbare opplysninger. Opplysninger som fremkom gjennom kurssamlingene ble ikke benyttet i evalueringen. Kursleder og kursdeltakere har taushetsplikt i forhold til det som blir delt i gruppene. Kurslederne har gitt muntlig tilbakemelding på erfaringer ved å være kursledere

Ditt livs beste årstid

er når ditt sinn ikke er formørket av unødige ting.

Kinesisk zen mester Wumen Huikan (1183-1260)

Resultater

Kvantitative resultater

Det var 9 deltakere fra Kongsvinger, alle besvarte spørreskjema før og etter kurset, men kun tre besvarte spørreskjema 6 måneder etter.

Fra Gjøvik var det 12 personer som deltok på kurset hvorav tre personer kom fra HR-avdelingen og disse fylte ikke kriteriene for målgruppen. En person sluttet etter første samling. Ti deltakere besvarte spørreskjemaet som ble sendt ut etter kurset, og 7 personer besvarte spørreskjemaet etter 6 måneder.

Ved Ahus, Vestre Viken og Sykehuspartner var det til sammen 40 deltakere, 35 besvarte spørreskjemaet som ble sendt ut etter kurset og 17 besvarte spørreskjemaet 6 måneder etter.

Deltakerne var blitt informert om at de ville motta et siste spørreskjema i løpet av januar 2015. På grunn av lav svarprosent på spørreskjema 3 ble det sendt ut to purringer i løpet av februar og mars 2015. Spørreskjemaene ble sendt ut pr. mail da vi ikke hadde adressene til deltakerne.

Siden det var så få deltakere som besvarte spørreskjemaet etter 6 måneder valgte vi å se bort fra disse dataene, da resultatene ville gitt svært lite mening.

Tabell 1. Alder, kjønn og utdanning til deltakerne.			
	Gj.snitt (min-maks)		
Alder	47,6 (26-65)		
		Antall	Prosent
Kjønn			
	Kvinner	52	85,2
	Menn	9	14,8
Utdanning			
	Videregående skole	18	30,0
	Høgskole/universitet (1-4 år)	37	61,7
	Høyere universitetsgrad	5	8,3

Helse og arbeid

I undersøkelsen har vi spurt deltakerne ulike spørsmål om arbeid og helse. Vi har blant annet spurt om de opplever at helseplager reduserer deres arbeidsevne. Vi har også spurt om hvordan de opplever arbeidsevnen i dag sammenlignet med for et år siden, og vi har spurt om arbeidsevne i forhold til fysiske og psykiske krav ved jobben.

Tabellen nedenfor viser antall deltakere som har svart bekreftende på spørsmål om hvorvidt sykdommen/skaden er til hinder for nåværende arbeid.

Tabell 2a. Helse og arbeid. Kongsvinger, n = 9		
	Før (%)	Etter (%)
Ingen hemming/ingen sykdom	6 (67)	7 (78)
Jeg kan utføre jobben men det fremkaller symptomer	3 (33)	2 (22)
Noen ganger setter jeg ned farten eller forandrer arbeidsmåte	0	0
Jeg må ofte sette ned farten eller forandre arbeidsmåte	0	0
Er bare i stand til å gjøre deltidsarbeid pga. sykdom	0	0
Jeg er ute av stand til å arbeide	0	0

Deltakerne fra Kongsvinger opplevde lite helseplager som hadde konsekvens for deres arbeidsevne.

Tabell 2b. Helse og arbeid. Gjøvik, n = 12		
	Før (%)	Etter (%)
Ingen hemming/ingen sykdom	3 (25)	6 (50)
Jeg kan utføre jobben men det fremkaller symptomer	6 (50)	4 (33)
Noen ganger setter jeg ned farten eller forandrer arbeidsmåte	3 (25)	-
Jeg må ofte sette ned farten eller forandre arbeidsmåte	-	-
Er bare i stand til å gjøre deltidsarbeid pga. sykdom	2 (17)	-
Jeg er ute av stand til å arbeide	1 (8)	1 (8)

Ved Gjøvik er det flere som opplever at de ikke er syke etter kurset.

Tabell 2c. Helse og arbeid. Ahus, Vestre Viken og Sykehuspartner n = 40		
	Før (%)	Etter (%)
Ingen hemming/ingen sykdom	4 (10)	8 (20)
Jeg kan utføre jobben men det fremkaller symptomer	7 (18)	11 (28)
Noen ganger setter jeg ned farten eller forandrer arbeidsmåte	7 (18)	14 (35)
Jeg må ofte sette ned farten eller forandre arbeidsmåte	8 (20)	9 (23)
Er bare i stand til å gjøre deltidsarbeid pga. sykdom	19 (48)	6 (15)
Jeg er ute av stand til å arbeide	2 (5)	2 (5)

Resultatene fra Ahus, Vestre Viken og Sykehuspartner viser at deltakerne etter kurset opplevde at de hadde bedre helse, flere sa de ikke hadde noen sykdom (20%), og færre opplevde at de måtte jobbe deltid pga. sykdom (15%).

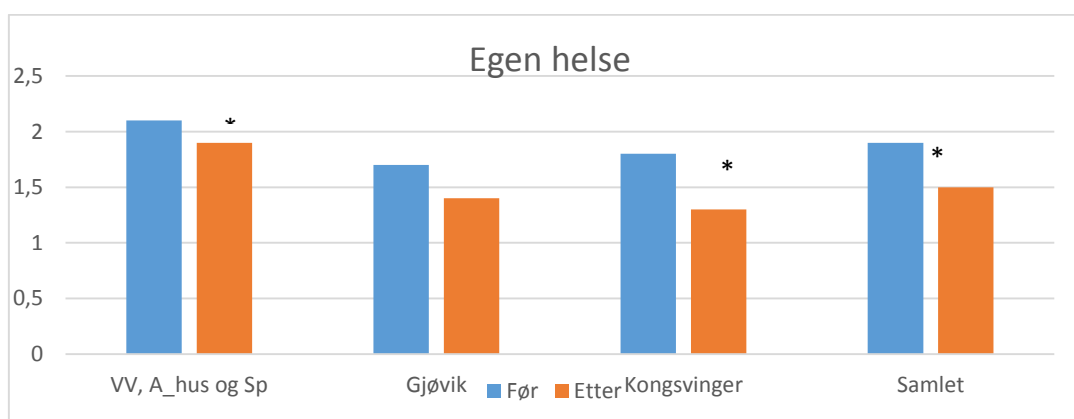
Tabell 3. Du har vært hindret i å utføre visse typer arbeid eller gjøremål.				
	Antall som svarte ja/nei og prosentfordeling før og etter			
	Før		Etter	
	Ja (%)	Nei (%)	Ja (%)	Nei (%)
Kongsvinger	1 (11)	8 (89)	1 (11)	8 (89)
Gjøvik	6 (50)	6 (50)	4 (40)	6 (60)
VV, AH, SP	25 (63)	15 (37)	15 (44)	19 (56)

Tabell 3 viser at deltakerne ved Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner opplever en endring i deres kapasitet til å utføre visse typer arbeid. Mens 63% sa at de hadde vært hindret i å gjøre visse typer arbeid før kurset, opplevde kun 44% dette etter kurset.

Helse og smerter

I de to neste tabeller er det regnet ut gjennomsnittsverdiene av opplevd egen helse og smerter i de tre forskjellige gruppene før og etter kurset. Deltakerne har oppgitt opplevd helse på en skala fra 1 – 5 hvor 1 = utmerket og 5 = dårlig. N.s. betyr ingen signifikant endring.

Tabell 4. Opplevd helse ved vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner, Gjøvik og Kongsvinger									
	VV, Ahus, Sykehusp.			Gjøvik			Kongsvinger		
	Før	Etter	Sig	Før	Etter	Sig	Før	Etter	Sig
Egen helse i dag	2,1	1,9	0,03	1,7	1,4	n.s	1,8	1,3	0,04
Vurdering av egen helse sammenlignet med 1 år tilbake	3,7	2,8	0,00	2,6	2,4	n.s.	2,4	2,2	n.s.
Har fysisk og psykisk helse hatt innvirkning på sosialt liv	2,9	2,2	0,001	2,0	1,2	0,003	1,8	1,6	n.s.



Figur 1.

Figuren viser gjennomsnittsverdien for opplevd egen helse i de tre gruppene Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner, Gjøvik og Kongsvinger før og etter kurset. Svarene er gitt på en skala fra 1 – 5 hvor 1= utmerket helse og 5 = dårlig helse (*= signifikant endring).

	VV, Ahus, Sykehuspartner			Gjøvik			Kongsvinger		
	Før	Etter	Sig	Før	Etter	Sig	Før	Etter	Sig
Smerte siste 4 uker	2,7	2,4	0,05	2,6	2,3	n.s.	2,3	2,0	n.s.
Smerte påvirket arbeidet	2,6	2,0	0,000	2,3	1,9	n.s.	2,0	1,6	n.s.

Tabell 5 viser gjennomsnittlig opplevd smerte før og etter kurset og hvor vidt smerte påvirket arbeidsevnen på en skala fra 1- 5 hvor 5 er mest smerte. N.s. betyr ikke signifikant endring

Vi ser av de to tabellene over at deltakerne i Livsstyrketreningsgruppene ved Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner opplever en signifikant bedring av helsen rett etter kurset. De opplever også signifikant mindre smerter etter kurset. Deltakerne ved Gjøvik og Kongsvinger oppgir mindre smerter og bedre helse men denne endringen er ikke signifikant.

	Før/etter	Før/etter	Før/etter	Før/etter	Før/etter
	Ikke	Litt	En del	Mye	Svært mye
Kongsvinger	4 / 5	3 / 3	2 / 1	0 / 0	0 / 0
Gjøvik	3 / 8	5 / 2	3 / 0	1 / 0	0 / 0
VV, AH, SP	2 / 9	12 / 15	13 / 7	11 / 3	2 / 1

Tabell 6 viser endringer i hvordan helsen har hatt konsekvenser for sosial omgang. Flere har ikke latt helseproblemer få konsekvenser for sosial omgang etter kurset, dette er spesielt tydelig blant deltakerne ved Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner. Resultatene kan tyde på at de sosiale konsekvensene av dårlig helse er blitt mindre.

Arbeidsevne

	Gjennomsnitt (SA)	Min	Maks	p-verdi, Pre / Post
Kongsvinger, Før	8.2 (1.1)	7	10	
Kongsvinger, Etter	9.3 (0.9)	8	10	0.013*
Gjøvik, Før	6.2 (2.9)	0	10	
Gjøvik, Etter	7.6 (2.2)	4	10	0.115
VV, AH, SP, Før	4.7 (2.5)	0	10	
VV, AH, SP, Etter	6.0 (1.8)	2	9	< 0.001**

SA= standard avvik, T-test, *p < 0.05, **p < 0.001

Tabell 7 viser at deltakerne på livsstyrketreningskursene opplever at arbeidsevne har bedret seg og denne endringen er signifikant. Deltakerne ved MBSR – kurset opplever også bedret arbeidsevne, men denne endringen er ikke signifikant.

	VV, Ahus, Sykehusp.			Gjøvik			Kongsvinger		
	Før	Etter	Sig	Før	Etter	Sig	Før	Etter	Sig
Arbeidsevne m.h.t. fysiske krav	4,7	4,9	0,05	3,8	4,3	n.s.	4,7	4,9	n.s
Arbeidsevne m.h.t. psykiske krav	4,0	4,7	0,02	3,9	4,3	n.s.	4,0	4,7	0,004

Tabellen viser gjennomsnittlig opplevd arbeidsevne i forhold til fysiske og psykiske arbeidskrav før og etter kurset på en skala fra 1 – 5 hvor 5 er best. N.s betyr ikke signifikant endring

Tabellen viser at deltakerne i Livsstyrketreningskursene har en betydelig bedring av arbeidsevnen. Dette gjelder spesielt i forhold til de psykiske kravene i jobben. Arbeidsevnen for deltakerne ved MBSR kurset har bedret seg, men denne endringen er ikke signifikant.

	Før/Etter	Før/Etter	Før/Etter	Før/Etter	Før/Etter
	Ikke	Litt	En del	Mye	Svært mye
Kongsvinger	3 / 6	4 / 2	1 / 0	1 / 1	0 / 0
Gjøvik	4 / 4	4 / 3	2 / 3	2 / 0	0 / 0
VV, AH, SP	9 / 12	10 / 14	9 / 7	10 / 1	2 / 1

Deltakerne i Livsstyrketreningsgruppene opplever at smertene har mindre konsekvenser for arbeidet etter kurset. For deltakerne i MBSR kurset er det liten endring.

Oppmerksomhet – Tilstedeværelse

Trening på oppmerksomt nærvær ble vektlagt i stor grad på alle kursene, og deltakerne fikk i oppgave å trene på oppmerksomt nærvær mellom kurssamlingene. Det er utarbeidet et spørreskjema som skal kunne fange opp i hvilken grad personen opplever å være oppmerksomt tilstede i eget liv (Baer R 2007). Forskning viser at denne skalaen i stor grad samsvarer med andre skalaer som måler psykisk sykdom som angst og depresjon. Skalaen er delt inn i 5 faktorer som alle er beskrevet som et element av det å være oppmerksom. De 5 faktorene er: evne til å observere, evne til å beskrive, evne til å handle med oppmerksomhet, evne til å være ikke-dømmende og evne til å ikke reagere på autopilot, men ha en mer villet respons.

	Før	Etter	Før/etter
	Gjennomsnitt (SA)	Gjennomsnitt (SA)	p-verdi
Observere	26,2 (6,2)	31,4 (4,9)	0.000*
Beskrive	25,1 (6,8)	28,0 (5,4)	0.07
Handle med oppmerksomhet	20,9(5,9)	25,7 (4,4)	0.012*
Ikke bedømme	22,1 (5,8)	25,2 (5,1)	0.315
Ikke reagere	19,5 (4,6)	23,3 (2,3)	0.031*
SA= standard avvik, T-test, *p < 0.05, **p < 0.001			

	Før	Etter	Før/etter
	Gjennomsnitt (SA)	Gjennomsnitt (SA)	p-verdi
Observere	25.9 (6.3)	27.8 (3.5)	0.299
Beskrive	27.2 (4.9)	30.7 (4.1)	0.018*
Handle med oppmerksomhet	21.4 (7.4)	26.3 (3.5)	0.022*
Ikke bedømme	25.2 (8.2)	29.5 (4.6)	0.092
Ikke reagere	19.0 (4.2)	21.6 (2.5)	0.093
SA= standard avvik, T-test, *p < 0.05, **p < 0.001			

	Før	Etter	Før/etter
	Gjennomsnitt (SA)	Gjennomsnitt (SA)	p-verdi
Observere	25.6 (4.6)	26.4 (5.5)	0.259
Beskrive	25.4 (6.1)	27.3 (6.6)	0.006*
Handle med oppmerksomhet	22.4 (5.7)	24.1 (6.1)	0.044*
Ikke bedømme	25.1 (7.4)	26.9 (7.1)	0.073
Ikke reagere	18.7 (3.9)	21.2 (3.4)	0.001**
SA= standard avvik, T-test, *p < 0.05, **p < 0.001			

Tabellene over viser at deltakerne både i Livsstyrketreningssgruppene og i MBSR gruppen er blitt mer oppmerksomme, dvs. de er mer tilstede i nået, reagerer mindre på autopilot og har mer villet respons. Dette betyr i praksis at deltakerne har større evne til å konsentrere seg og opplever mindre stress.

	Daglig (%)	Flere ganger i uka (%)	En gang i uka (%)	1-3 ganger i mnd. (%)	Sjelden/aldri (%)
Kongsvinger	1 (11)	5 (56)	1 (11)	2 (22)	-
Gjøvik	3 (30)	6 (60)	-	-	1 (10)
VV, AH, SP	10 (29)	20 (59)	2 (6)	1 (3)	1 (3)

Det er en signifikant sammenheng mellom hvor mye formelle øvelser deltakerne gjør i hverdagen og deres evne til å være oppmerksomt tilstede ($p=0.036$).

Evaluering av kurset

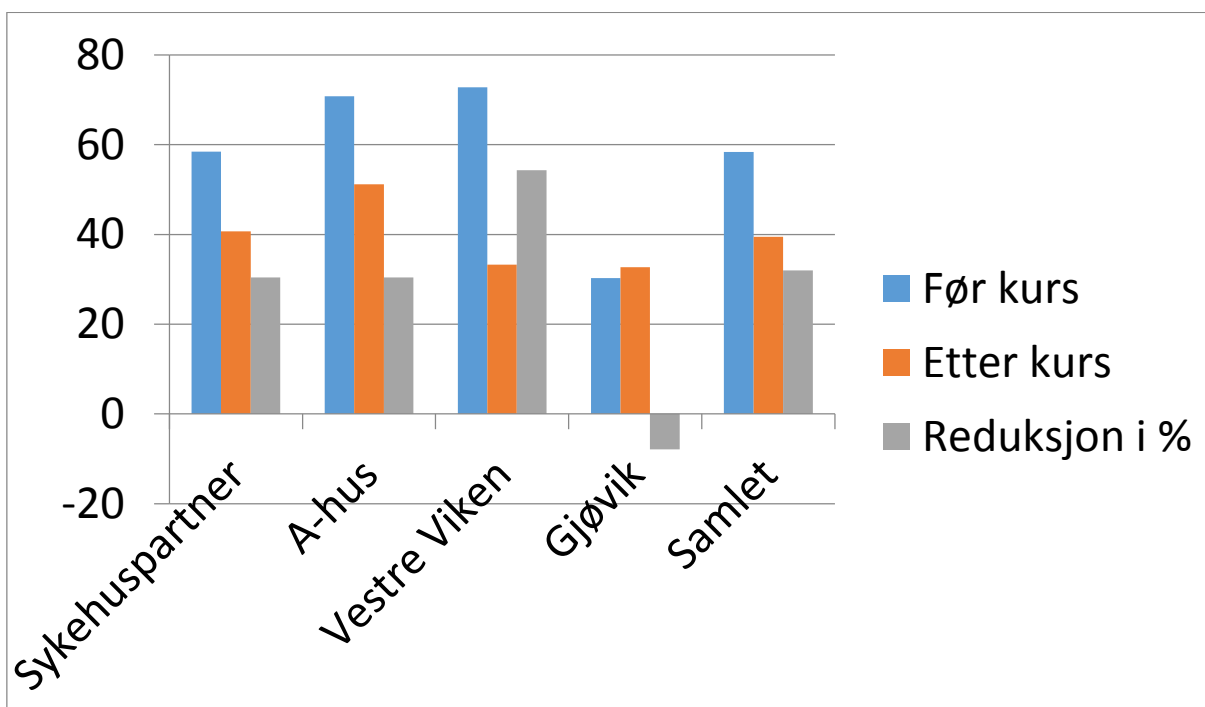
- 1) På en skala fra 1-10, i hvilken grad ble forventningene dine til kurset innfridd?
- 2) På en skala fra 1-10, hvor fornøyd er du med kurset?
- 3)

	Innfridde forventninger	Fornøydhet alt i alt
	GJ. Snitt (SA) min-maks	GJ. Snitt (SA) min-maks
Kongsvinger	8.8 (1.3) 7-10	9.0 (1.1) 7-10
Gjøvik	8.4 (1.6) 5-10	8.3 (1.9) 5-10
VV, AH, SP	8.1 (1.5) 4-10	8.5 (1.6) 4-10

Sykefravær

Tabellen under viser en betydelig nedgang i sykefraværet for deltakerne i Livsstyrketreningssgruppene. Ved Gjøvik sykehus var det ingen reduksjon av sykefraværet på gruppenivå. Samlet er reduksjonen i sykefraværet 32%.

	Før kurs	Etter kurs	Reduksjon i %
Sykehuspartner	58,5	40,7	30,4
Ahus	70,8	51,2	30,4
Vestre Viken	72,8	33,3	54,3
Gjøvik	30,3	32,7	-7,9
Samlet	58,4	39,5	32



Figur 2.

*Det er meget lettere å se til høyre eller
til venstre enn å se inni seg selv*

Søren Kirkegård

Kvalitative resultater

I de kvalitative dataene fra spørreundersøkelsen var svarkategoriene fra de ulike helseforetakene så like at de er analysert sammen. På spørsmålet om *hva som har vært viktig for deltakeren ved å delta på kurset er hovedinnholdet i deltakernes svar:*

Økt oppmerksomhet i hverdagen

- «Jeg tar mer vare på meg når jeg er mer oppmerksom i hverdagen»
- «Får bedre kontakt med kropp og sjel, 3min pusteøvelse gir meg avslapping»
- «Jeg lytter mer til kroppens signaler»
- «Jeg prøver å være mer i nuet å få kontakt med kroppen»
- «Jeg er blitt bedre til å stoppe opp og blitt mer bevisst på hva som er viktig her i livet»

Bedre kjent med meg selv

- «Jeg er blitt mer bevisst mine sterke og svake sider»
- «Blitt mer bevisst mine måter å tenke, føle og handle på»
- «Jeg tar meg tid til å stoppe opp og ta meg selv på alvor. Får aha opplevelser fra «dypet» i meg – det som ikke kan settes ord på»
- «Jeg er blitt bedre kjent med meg selv og mine reaksjoner»
- «Blitt mer bevisst hva som gir og tar energi»

Lært metoder å takle stress

- «Jeg har lært å håndtere negativt stress bedre»
- «Jeg er mer nærværende, her og nå. Er til tider ukonsentrert»
- «Jeg har lært teknikker for å roe ned og takle stress»

Aksept av det som er

- «Lært å ta ting som det kommer, henger meg ikke slik opp i tankene mine».
- «Forsoner meg lettere til slik det er»

Gruppeeffekt

Flere kommenterte også at gruppen hadde vært viktig, de hadde lært av de andre i gruppen og de ga hverandre støtte.

«Positivt for meg å ha truffet mennesker i samme situasjon»
«Positivt for meg å høre andres tanker om forskjellige temaer»
«God gruppe – jeg har turt å snakke»

På spørsmålet om *hva i gruppeprogrammet som hadde vært spesielt viktig* svarte deltakerne på MBSR kurset at stressmestring og det å lære å akseptere meg selv og den jeg er som person var det viktigste. Deltakerne i livsstyrketreningsgruppene syntes også at temaene stress og stressmestring hadde vært viktige. Mange sa de hadde endret sin måte å takle stressende situasjoner på; «jeg gjør ikke flere ting på en gang lenger», jeg stopper opp og henter meg inn når «verden går for fort», «jeg er mer tilstede nå for barna mine», «jeg tar pustepauser, er mer oppmerksom på meg selv og mine reaksjoner».

Også temaer som verdier, hva gir og tar energi og fantasiøvelsen om rosebusken var det flere som kommenterte at de hadde hatt spesielt god nytte av i livsstyrketreningsgruppene.

På spørsmålet det jeg gjør annerledes etter å ha deltatt på kurset sa deltakerne at de var blitt mer bevisst sin egen tankegang, og at de var blitt mer løsningsorienterte; «jeg føler større aksept for mine tanker og handlinger og jeg er mer bevisst at mine holdninger og tolkninger påvirker meg».

Flere kommenterte også økt bevissthet om egne verdier; «jeg er blitt mer bevisst mine verdier, og kan lettere handle ut fra de.»

På spørsmålet om hva deltakerne skulle ønske var annerledes ville noen ha samlinger en gang i uken, mens andre gjerne ville ha noe lengre mellomrom mellom hver samling. Mange ønsket en oppfølgingssamling etter 6 måneder, og noen var klar på at det var vanskelig å gå fra jobben når det «kokte». Flere ønsket at kurset hadde vart lenger og noen ønsket også mindre grupper.

*Jeg har ikke feilet,
jeg har bare funnet ut 100 måter som ikke fungerer.*

Erfaringer til gruppelederne

Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner

Blant deltakerne fra Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner var sykepleierne prioritert pga økonomisk støtte fra KLP. Vi spurte gruppelederne hvilke eventuelle konsekvenser det hadde hatt sammenlignet med Livsstyrketreningsprosjektet i 2013. I disse tre helseforetakene var det også mer fokus på lederinformasjon og lederinvolvering enn ved prosjektet i 2013. Vi var interessert i å høre gruppeledernes erfaringer med dette.

Sykepleiere var den største gruppen i alle disse tre foretakene og gruppelederne erfarte at omsorgsbegrepet, i hvilken grad har vi ansvar for den andre og hvilket ansvar har jeg ovenfor meg selv, kom tydelig frem i alle gruppene. Hvordan sette grenser ble også et aktuelt tema. Disse temaene var også svært aktuelle i tidligere grupper uten sykepleier dominans, men for gruppelederne virket det som om dette temaet var enda mer aktuelt blant sykepleierne.

Gruppedeltakerne trakk frem både utfordringer i arbeidssituasjonen og hjemmesituasjonen som mulige medvirkende årsaker til deltakernes sykmeldinger.

Flere av arbeidsplassene prøvde å tilrettelegge for private behov, men deltakerne ga selv uttrykk for at det var en grense for hvor langt arbeidsplassen kunne strekke seg når det gjaldt å ivareta deres hjemmesituasjon. Gruppeledernes erfaringer var at det kunne synes som om noe av sykefraværet hadde sin bakgrunn i problematiske hjemmesituasjoner som igjen kunne påvirke helse og yteevne.

Gruppelederne erfarte også det kunne synes som om ledelse og kollegialt samspill påvirket noe av sykefraværet. Beslutningen om å involvere lederne i større grad var derfor positivt for deltakernes utbytte av kurset. Oppmøtet var mer stabilt enn i gruppene i 2013 og deltakerne følte ikke at det var like vanskelig å forlate jobben som deltakerne på tidligere kurs. Alle deltakerne fikk tilbud om å ha med seg en av kurslederne ved en samtale med lederen om sykefraværsoppfølging. På den måten sikret gruppelederne at oppfølgingssamtaler angående sykefraværet ble holdt. Ingen av deltakerne benyttet seg av å ha med kursledere i oppfølgingssamtalene, men gjennomførte samtalene med sin leder alene. Kurslederne fikk gode tilbakemelding fra deltakerne om hvordan de hadde opplevd oppfølgingssamtalene, og vurderte økt vektlegging av disse samtalene med leder som viktig. Det kan synes som om kursdeltakelse kan bidra til å styrke deltakernes tydelighet i oppfølgingssamtalene.

Det var flere menn med denne gangen og gruppelederne reflekterte litt over mulige kjønnsforskjeller. Hoved erfaringene var at mennene ofte var svært engasjerte i gruppene selv om de var i mindretall. Mennene tok hovedsakelig opp de samme temaene som kvinnene, og ga uttrykk for samme opplevelse av dilemmaer og frustrasjoner vedrørende tids- og forventningspress mellom hjem, barn og jobb. På lik linje med kvinnene ga også mennene tidvis uttrykk for at de opplevde krevende privatliv, mennene kom i tillegg inn på ektefellers forventningspress. En kan undre seg over om kvinner ofte har høyere forventninger til sine ektefeller enn det mennene har til sine kvinner? Har kvinner oftere høye forventninger både til seg selv og omgivelsene? Kan dette eventuelt forklare noe av kjønnsforskjellene i sykefraværet?

Divisjon Kongsvinger:

Den praktiske gjennomføringen gikk greit. Kun unntaksvis meldte enkeltpersoner avbud, og da med god grunn. Dette mener vi skyldes god forankring i organisasjonen over flere år. Vi har bevisst valgt å invitere kursdeltakernes ledere til å delta i informasjonsmøtet som gjennomføres før kursoppstart. Konseptet er også presentert på divisjonsledermøter og i AMU og HAMU. Det er god aksept for kurs i livsstyrketrening og ledere ser det som ønskelig at medarbeidere som sliter/er i faresonen for å bli sykemeldt, deltar. Tanken er at det er bedre å satse helsefremmende.

Kursdeltagernes bakgrunn for påmelding til kurset var: en følelse av å ikke å strekke til på jobb og hjemme – døgnet har ikke tilstrekkelig timer, konflikter i arbeidsmiljø og hjemme som tapper for energi, jeg trenger påfyll, mange krav/forventninger. Som en sa det; «av og til undrer jeg meg over om jeg gjør det jeg selv vil, eller om det handler om andres forventninger? Stressproblematikk; uhensiktsmessige reaksjoner i krevende situasjoner. To av deltagerne ga uttrykk for et ønske om hjelp til å finne en bedre balanse i livet – hjelp til å takle hverdagen, «jeg har lett etter verktøy».

Det ble nevnt at det å ha vært sammen med de andre i gruppen på samlingene skapte en spesiell følelse når man senere møttes i arbeid. Som en sa det; «det er som det går en usynlig rød tråd mellom oss».

Diskusjon

Resultatene viser at deltakerne opplever bedre helse, bedre arbeidsevne og lavere sykefravær etter kurset. Til tross for at tiltaket ikke fokuserer verken på helseplager eller funksjonsevne er det betydelige endringer til det bedre. Når det gjelder bedring av helsen kommer dette frem ved flere av svarkategoriene. Flere oppgir at de ikke har noen plager/sykdom etter kurset og færre oppgir at de bare er i stand til å jobbe deltid pga sykdom. I livsstyrketreningsgruppene rapporterer deltakerne bedre helse, og denne endringen er signifikant.

I Livsstyrketreningsgruppene er det også signifikant økning av arbeidsevnen. Den oppgitte gjennomsnittlige arbeidsevnen hos gruppen Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner var før kurset 4,7. De hadde en signifikant økning til 6,0 etter kurset. Dette gjenspeilet seg også i sykefraværet i disse tre foretakene som viste en reduksjon på henholdsvis 54,3 %, 27,7 % og 30,4 %.

Ved Kongsvinger var den gjennomsnittlige arbeidsevnen høy blant deltakerne før kurset (8,2), likevel klarte de å øke arbeidsevnen signifikant (9,3).

Deltakerne ved Gjøvik sykehus oppga også bedret arbeidsevne, men denne endringen var ikke signifikant. Det var heller ingen reduksjon av fraværet seks måneder etter kurset for denne gruppen. Deltakerne opplevde en tydelig endring i oppmerksomt nærvær noe som kan tyde på bedret psykisk helse.

Resultatene fra de åpne spørsmålene var svært like i de tre gruppene og de ble derfor analysert samlet. Deltakerne oppgir at de har lært metoder for å takle stress bedre, de er blitt bedre kjent med egne styrker og svakheter og er blitt mer bevisst på hvordan de kan ivareta seg selv. De kjenner på større arbeids glede, og har lært noe om å sette grenser og ta styringen i eget liv. Mange kommenterte også på at de merket en positiv endring i hvordan de forholdt seg til andre mennesker i jobbsituasjonen ved at de ikke ble overmannet av egne følelser i pressede situasjoner. Det er rimelig å anta at dette påvirker arbeidsevnen positivt.

Det er signifikante endringer i alle gruppene når det gjelder evnen til oppmerksomhet. Vi vet fra annen forskning at slike endringer reduserer risiko for psykisk sykdom og bedrer helsen (de Vibe 2012, Kabat-Zinn 2001). Det er også interessant å merke seg at det er en signifikant sammenheng mellom hvor mye formelle øvelser deltakerne gjør i hverdagen og deres evne til å være oppmerksomt tilstede.

Alle gruppene var svært fornøyde med kurset og gjennomsnitt scoren lå mellom 8,3 – 9,0.

Det kan synes som om resultatene fra Livsstyrketreningsgruppene var bedre enn fra MBSR gruppen. Livsstyrketreningsgruppene ble alle ledet av to gruppeledere med lang erfaring i å lede slike grupper. MBSR gruppen ble ledet av kun en gruppeleder som var under utdanning i å lede slike grupper. Det kan ha påvirket resultatene til tross for at alle gruppene var svært fornøyde med kurset.

Man kan ikke trekke en konklusjon om at kurs i Livsstyrketrening bidrar til reduksjon av sykefraværet ved en slik undersøkelse. Vi har ingen kontrollgruppe å sammenligne med. Det var et utvalg av de langtidssykmeldte ved helseforetakene som fikk invitasjon til å delta i gruppene. Dette utvalget ble gjort av deres respektive ledere. Deltakelse var frivillig. Vi vet derfor ingen ting om de som evt. fikk et tilbud men takket nei. Å lage en stratifisert kontrollgruppe ved hjelp av ansatte som fyller kriteriene om minst 20 dager sykefravær i løpet av siste året vil derfor ikke bli korrekt.

Deltakerne i disse gruppene skiller seg kanskje fra en «gjennomsnittlig» sykmeldt person i og med at mange (70 %) hadde høy utdannelse, og sjansen for at sykmeldte kommer tilbake til arbeid øker ved høyere utdannelse.

Resultatene fra MBSR kurset viser en liten økning i fraværet. I denne gruppen var det kun ni personer som hadde høyt sykefravær i utgangspunktet. Det er så små tall og man kan ikke trekke noen konklusjon om hvorvidt MBSR – kurset har påvirket fraværet.

Det er svært interessant at selv i gruppen ved Kongsvinger sykehus hvor de i utgangspunktet oppga veldig høy arbeidsevne, økte arbeidsevnen blant deltakerne signifikant. Sykefraværet i denne gruppen ble ikke målt fordi langtidsfravær ikke var noe kriterium, men kun at de ansatte ønsket å lære bedre stressmestring.

Resultatene fra denne undersøkelsen samsvarer med resultatene fra undersøkelsen som ble gjort ved Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner våren 2013. I den undersøkelsen fikk vi inn tilstrekkelig med svar seks måneder etter kurset slik at vi i større grad kunne si noe om langtidseffekten. Det gjorde vi dessverre ikke denne gangen. Det forringer undersøkelsen noe. Vi kan imidlertid se på resultater fra forskning på tilsvarende intervensjoner både når det gjelder Livsstyrketrening og MBSR. Den viser at endringene opprettholdes etter et år og det er liten grunn til å tro at det ville ha vært annerledes her (Haugli et al 2001, Zangi 2011, de Vibe 2012).

Resultatene fra denne studien støtter andre studier som viser at tilbakeføring til arbeid ved langtidsfravær i liten grad handler om behandling av sykdom, men mer om hvordan mestre sykdom, smerter og livets utfordringer (Haugli L 2011). Muligens er det en styrke at slike tiltak gjøres i tilknytning til arbeidsplassen, da det er god dokumentasjon på at samarbeidet med arbeidsplassen er viktig i arbeidet med å få sykmeldte tilbake til arbeid (Bråthen 2015, Loisel 2003, Tompa 2008).

Konklusjon

Denne studien har tilsvarende resultater som studien som ble gjort i ved Vestre Viken, Ahus og Sykehuspartner i 2013. Begge studiene bekrefter hva annen forskning også viser at tilbakeføring til arbeid ved langtidsfravær i liten grad handler om behandling av sykdom, men mer om hvordan mestre sykdom, smerter og livets utfordringer. Et 8-ukers kurs i Livsstyrketrening bidrar til å fremme helsen, øke arbeidsevnen og fremme tilbakeføring til arbeid for langtidssykemeldte. Kurset i MBSR viser i denne studien ikke tilsvarende endringer i arbeidsevne eller sykefravær, men signifikant bedring i oppmerksomt nærvær, noe som kan indikere en bedret psykisk helse. Det er en sammenheng mellom hvor ofte deltakerne gjør formelle oppmerksomhetsøvelser og evnen til å være oppmerksomt tilstede.

Litteratur

Baer R, Smith G, Hopkins J, Krietemeyer J, Torey L. 2006. "Using selfreport assessment methods to explore facets of mindfulness." *Assessment*, vol 13, p 27-45.

Baer R, Smith G.T., Lykins E et al., 2008. "Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and non-meditating samples." *Assessment* 15: 329-34.

Braathen TN, Eftedal M, Tellnes G, Haugli L. 2015. Work inclusion: Self-perceived change in work ability among persons in occupational rehabilitation. *Vulnerable Groups & Inclusion*. doi 10.3402/vgi.v6.26624.

de Vibe M, Bjørndal A, Tipton E et al., 2012. "Mindfulness based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults." *Campbell Systematic Reviews*.

Evans, S., S. Ferrando, M. Findler et al., 2008. "Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder." *J Anxiety.Disord.* 22: 716-721.

Fjorback LO, Arendt M, Ørnbøl E et al., 2012. "Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes - randomized trial with one-year follow-up." *J Psychosomatic Research* 74: 31-40.

Haugli L and Steen E, 2001. "Kroniske muskel/skjelettsmerter og selvforståelse. Utvikling og evaluering av en læringsmodell som vektlegger kroppen som meningsbærer." , Unipub Forlag.

Haugli, L., S. Maeland, and L. H. Magnussen, 2011. "What Facilitates Return to Work? Patients Experiences 3 Years After Occupational Rehabilitation." *J.Occup.Rehabil.*

Haugli L. Evalueringsrapport for prosjektet: Livsstyrketrening for langtidssykmeldte; et tiltak for å styrke arbeidsevnen, april 2014.

Kabat-Zinn J. Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindful meditation. 2001. London, Judy Piatkus Publishers Ltd.

Loisel P., Durand B., Diallo et al, 2003. "From evidence to community practice in work rehabilitation: The Quebec experience". *Clin J Pain* 19:105 – 113.

Merleau-Ponty M. 1996. *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.

Perls F. 1969. *Gestalt Therapy Verbatim*. New York: Gestalt Journal Press.

Segal ZV, Williams JMG, and Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. 2013. New York, Guildford.

Young, A. E., R. T. Roessler, R. Wasiak et al., 2005. "A developmental conceptualization of return to work." *J.Occup.Rehabil.* 15: 557-568.

Young, A. E., R. Wasiak, R. T. Roessler et al., 2005. "Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns." *J.Occup.Rehabil.* 15: 543-556.

Zangi HA, Hauge MI, Steen E et al., 2011. "'I am not only a disease, I am so much more". Patients with rheumatic diseases' experiences of an emotion-focused group intervention." *Patient Educ Couns*.

Zangi, H. A., A. Finset, E. Steen et al., 2009. "The effects of a vitality training programme on psychological distress in patients with inflammatory rheumatic diseases and fibromyalgia: a 1-year follow-up." *Scand.J Rheumatol*. 38: 231-232.