



FAKULTETET FOR HELSE- OG SOSIALVITENSKAP

Kandidatnummer: 6

Navn: Ida Rasmussen Bjerke

Forekomst av symptomer på angst og depresjon blant pasienter som mottar fysioterapapi. Er det en endring i symptombelastning gjennom behandlingsperioden?

Prevalence of symptoms of anxiety and depression among patients receiving physiotherapy. Is there a change in symptom burden throughout the treatment period?

4PM791-1 22V Master i psykisk helsearbeid

Vår 2023

Antall ord: 24222 (tabeller og figurer er ikke inkludert)

Innlevering: 2. mai 2023

FORORD:

To år med masterstudier på deltid ved Høgskolen i Innlandet er over. Det har vært en lærerik prosess og jeg føler meg veldig heldig som har fått lov til å fordype meg i et spennende tema. Månedlige "husmorferier" til Elverum har, i en hektisk hverdag, vært som luksus å regne. Tiden står litt stille når man er dypt inne i arbeidet, et omfattende arbeid som bare er sitt. Men det har også vært krevende med 100% jobb, 3 barn og alt det fører med seg. Jeg er heldig som har hatt god hjelp på hjemmebane, slik at man har kunnet vært egoistisk i perioder, og likevel hatt et ryddig hus og rene klær.

Jeg vil også rette en stor takk til veileder Anne Signe Landheim som har hjulpet meg gjennom hele prosessen. Fra å ha startet rimelig blanke når det kommer til SPSS, krysstabeller, logistisk regresjon og andre analyser, har du forsøkt så godt du kunne å forklare meg. Jeg har forsøkt å late som jeg har forstått det meste, det har nok tatt litt tid før det har gått inn, men jeg tror vi kom dit til slutt. Tusen takk for at du har oppmuntret meg, utfordret meg med spørsmål underveis (som jeg kanskje enda ikke har funnet svarene på) og at du har forsøkt å få meg til å se helheten når jeg har vært opptatt med detaljene.

Jeg vil også takke Ingebrigt Meisingset, som satte meg på idéen om å bruke data fra FYSIOPRIM i min masteroppgave, og bistand underveis når jeg jobbet meg gjennom det som virket som et utømmelig hav av datamaterialet. Og ikke minst takk til FYSIOPRIM for å ha gitt meg tilgang til å benytte deres database i min studie. Det har vært utrolig spennende å få et innblikk i det materialet som finnes. I tillegg vil jeg takke Fysiofondet for økonomisk støtte til å gjennomføre denne mastergraden, det har vært til stor hjelp.

Helt til slutt vil jeg takke familie og venner som heiet på meg underveis, mine medstudenter som har bidratt til mange lærerike samlinger og erfaringsutveksling, og sist men ikke minst Nabo`n som brukte helga til korrekturlesning!

Trondheim 30.04.23.

Ida Bjerke

Sammendrag:

Angstlidelser og depressive lidelser er blant de sykdommene som gir størst helsetap i Norge. Av den norske befolkningen rammes rundt 25 prosent av angst og 20 prosent av depresjon i løpet av livet. Angst og depresjon gir både kroppslige og psykiske symptomer, og er ofte underdiagnostisert. Formålet med denne studien er å undersøke forekomst av symptombelastning på angst og depresjon hos pasienter som mottar fysioterapi, hvilke faktorer som er assosiert med høy symptombelastning og om det er endring i symptombelastning gjennom oppfølgingsperioden.

Datamaterialet er innhentet gjennom forskningsprogrammet FYSIOPRIM, en database med systematisk innsamlet data med detaljert beskrivelse om pasientene som mottar fysioterapi (Evensen et al, 2018, s. 2). Inkludert i studien er 2615 pasienter. Informasjonen er samlet inn ved hjelp av digitale spørreskjema, fylt ut av pasienten alene eller sammen med fysioterapeut. Forskningsdesignet er en kvantitativ undersøkelse, med beskrivende tverrsnittstudier og utforskende panelstudier.

Funnene tyder på at pasientene som mottar fysioterapi har en høyere andel som rapporterer høy symptombelastning, sammenliknet med den generelle befolkningen. Det å være singel, være student, stå utenfor arbeidslivet, å ha innvandrerbakgrunn, føle seg sliten og ha nedsatt søvnkvalitet er assosiert med høy selvrapportert symptombelastning på angst og depresjon. Rundt halvparten av pasientene fikk en reduksjon i symptombelastning på angst og depresjon i løpet av perioden de mottok fysioterapi. Resultatene viser at kvinner, å være fysisk aktiv én dag i uka, ha lette eller moderate søvnproblemer eller føle seg veldig sliten, er assosiert med reduksjon i symptombelastning på angst og depresjon i løpet av behandlingsperioden. Alder og det å være på arbeidsavklaring er derimot assosiert med økning i symptombelastning i løpet av behandlingsperioden.

Dette er funn som tydeliggjør viktigheten av å tenke helhetlig i fysioterapibehandling, ulike hensyn må tas og at tiltakene kan ikke nødvendigvis være like ut ifra funksjonsnedsettelse eller diagnose. Tiltak rettet mot søvnkvalitet og energiøkonomisering kan se ut til å spille en rolle for å oppnå ønskelig resultat for rehabiliteringen, samt for den enkeltes livskvalitet og psykisk helse. For fysioterapeuter er det viktig å motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet både som behandling og preventivt tiltak mot høy symptombelastning på angst og depresjon.

Abstract:

Anxiety and depression are among the illnesses that see the largest loss of health in the Norwegian population with a predicted onset that sees 25 percent of the population experiencing symptoms of anxiety and 20 percent depression. Both illnesses present physiological and psychological symptoms and they are often underdiagnosed. The aim of this study is to look at the prevalence of symptoms of anxiety and depression among patients receiving physiotherapy, to identify factors associated with high levels of self reported symptoms and if there are changes in symptom levels throughout the treatment period.

The data material is obtained through the FYSIOPRIM research program and its database, the data is systematically collected with a detailed description of patients receiving physiotherapy. There are 2615 patients included in this study. The information is collected through digital surveys filled in by the patient either alone or with a physical therapist. The research design is a quantitative study, with descriptive cross-sectional and exploratory panel studies.

The findings of the study indicate that patients receiving physiotherapy are more likely to score higher on symptom rating than the general population. The items most associated with high self-reported symptom score for anxiety and depression are being single, being a student, unemployment, having an immigrant background, feeling tired and reduced sleep quality. The study found that about half of the patients reported a reduction in symptoms for anxiety and depression throughout the period they received physical therapy. The results show that being female, having at least one physical activity during a week, small to moderate sleep problems and feeling exhausted are associated with symptom reduction throughout the treatment periode. Old age and receiving work assessment allowance are associated with an increase in symptoms throughout the treatment periode.

These are findings that emphasize an integral approach to physiotherapy treatment, where individual considerations must be made and that the interventions may not necessarily need to be the same, based on functional impairment or diagnosis. Treatment measures for sleep quality and energy conservation seem to play a part in obtaining a desired result in rehabilitation, and for improving the patients mental health and quality of life. For physiotherapists it will be important to motivate and facilitate physical activity both as treatment and preventive measures against high symptoms of anxiety and depression.

Forkortelser:

PHQ-4: Patient Health Questionnaire, HSCL-10: Hopkins symptom checklist- 10

HSCL-90: Hopkins symptom checklist- 90, HSCL-25: Hopkins symptom checklist- 10

HSCL-5: Hopkins Symptom Checklist-5, HUNT: Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

HUBRO:Helseundersøkelsen i Oslo,

Tabeller og figurer:

Tabeller
Tabell 4.1 Utvalgets demografiske karakteristika
Tabell 4.2 Alder
Tabell 4.3 HSCL-10 oppstart
Tabell 4.4 Score HSCL-10 baseline, over og under cut off 1,85
Tabell 4.5 Sammenhengen mellom sosiodemografiske, arbeidssituasjon, aktivitet og livskvalitet og HSCL-10 skår over og under cut off i absolutte tall (%)
Tabell 4.6 Independent sample t-test, HSCL-10 og arbeidsevne
Tabell 4.7 Logistisk regresjonsanalyse med HSCL-10 over og under cut off som avhengig variabel.
Tabell 4.8 HSCL-10 ved 3 mnd
Tabell 4.9 HSCL-10 over og under cut off ved oppstart og 3 måneder
Tabell 4.10 Endring gjennomsnittlig skår HSCL-10 fra baseline til 3 måneder
Tabell 4.11 Krysstabell HSCL-10 over og under cut off 1,85 start og 3 måneder.
Tabell 4.12 Endring i HSCL-10 fra baseline til 3 måneder og mulige forklaringsfaktorer

Figurer
Figur 2.1 Stress-sårbarhetsmodell bearbeidet etter originalen av Zubin og Spring, 1977.
Figur 3.1 Flytskjema utvalg
Figur 4.1 Gjennomsnittlig HSCL-10 ved oppstart fysioterapi

1. Innledning.....	6
1.1 Relevans for psykisk helsearbeid.....	10
Definisjoner.....	11
2. Teoretisk bakgrunn.....	13
2.1 Avgrensninger.....	13
2.2 Den biopsykososiale tilnærmingen.....	13
2.3 Stress-sårbarhetsmodellen.....	16
2.4 Psykiske lidelser og symptomer.....	17
2.4.1 Risikofaktorer og konsekvenser.....	18
2.5 Forekomst av psykiske lidelser og symptomer i Norge.....	20
2.5.2 HUNT - helseundersøkelsen i Trøndelag.....	22
2.5.3 HUBRO - helseundersøkelsen i Oslo.....	24
2.5.4 HSCL-10 i kliniske studier.....	26
2.5.5 Sammenligningsgrunnlag tester HUNT og HUBRO, HSCL-10, HADS og CONOR_MHI.....	27
2.6 Fysisk aktivitet og symptombelastning på angst og depresjon.....	28
3. Materiale og metode.....	29
3.1 Forskningsdesign.....	29
3.1.1 Beskrivende tverrsnittstudie.....	30
3.1.2 Utforskende longitudinell undersøkelse - panelstudie.....	31
3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	31
3.3 Populasjon og utvalg, inkludert setting.....	33
3.4 Datainnsamling.....	34
3.5 Kartleggingsverktøy og Hopkins Symptom Checklist-10.....	35
3.5.1 Hopkins Symptom Checklist -10 (HSCL-10).....	37
3.5.2 HSCL-10 og dens psykometriske egenskaper.....	37
3.6 Analyser.....	39
3.6 Forskningsetikk.....	41
3.8 Validitet og reliabilitet.....	42
4. Resultater.....	45
4.1 Utvalget.....	45
4.2 Forekomst og kjennetegn av symptombelastning på angst og depresjon målt med HSCL-10.....	47
4.3 Demografiske kjennetegn hos pasientene med gjennomsnittlig symptombelastning over cut off 1,85... 48	48
4.3.1 Krysstabellanalyser.....	48
4.3.2 Logistisk regresjonsanalyse.....	52
4.4 Endring i symptombelastning gjennom behandlingsforløp.....	56
4.4.1 Lineær regresjon.....	59
5. Diskusjon.....	62
5.1 Forekomst, risikofaktorer og risikofaktorer for høy symptombelastning på angst og depresjon.....	62
5.1.1 Forekomst av symptombelastning i ulike grupper.....	62
5.1.2 Risikogrupper og risikofaktorer knyttet til forekomst av høy symptombelastning på angst og depresjon.....	65
5.1.3 Oppsummering av forekomst og risikofaktorer assosiert med angst og depresjon hos de som mottar fysioterapi.....	71
5.3 Endring i symptombelastning gjennom oppfølgingsperioden.....	72
6. Konklusjon.....	76
7. Referanseliste.....	79

1. Innledning

Regjeringen ønsker å styrke tilbudet innen psykisk helse over hele landet og skal i løpet av 2023 legge fram en opptrappingsplan for psykisk helse. Målet er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at sosial ulikhet i psykisk helse skal reduseres (regjeringen.no, 2022). Det skal legges til rette for å fange opp dem som trenger hjelp, og at det skal iverksettes målrettede tiltak for den enkelte som er i en sårbar situasjon før de kanskje utvikler lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.7).

Fra 2015 til 2019 har antall pasienter som benytter fastlege eller kommunal legevakt for å få hjelp med psykiske plager og lidelser økt med 5 prosent. Antall årsverk benyttet til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge har i samme periode økt med 31 prosent. I samme periode har både kostnadene og antallet polikliniske konsultasjoner økt relativt mer i somatikken enn i psykisk helsevern. I forhold til aktivitet har antallet polikliniske konsultasjoner faktisk gått ned både i psykisk helsevern for voksne og i psykisk helsevern for barn og unge. Den gyldne regel, som innebærer at den relative veksten i psykisk helsevern og rusbehandling skal være høyere enn veksten i somatikken for det enkelte år, er ikke innfridd i denne perioden (Riksrevisjonen, 2021, s. 42). Det er anslått at psykiske lidelser koster det norske samfunnet omkring 70 milliarder kroner per år. Dette beløpet omfatter både kostnader til behandling samt trygde- og sosialutgifter som følge av at mennesker med psykiske lidelser oftere faller ut av arbeidslivet (Riksrevisjonen, 2021 s. 2)

Psykiske lidelser er blant de viktigste årsakene til den globale helserelaterte byrden, med betydelig individuelle og samfunnsmessige kostnader. I 2019 var én av åtte mennesker, noe som tilsvarer rundt 970 millioner over hele verden berørt av en psykisk lidelse og nesten én av to vil oppleve en psykisk lidelse i løpet av sin levetid. Det er anslått at angst og depresjon koster verden 12 milliarder arbeidsdager i året. Dette fører til et estimert globalt tap på 925 milliarder dollar, som tilsvarer 7570 milliarder kroner hvert år. Depresjon er den viktigste årsaken til mental helserelatert sykdomsbyrde, mens angst er den mest utbredte psykisk helse lidelsen. I tillegg har COVID-19-pandemien vært assosiert med

økt forekomst av psykiske plager, med prevalens som varierer mellom 35 % og 38 % på verdensbasis (Singh et al., 2022, s.1).

Angst og depresjon er blant de to mest utbredte psykiske lidelsene i den generelle befolkningen på verdensbasis. Mer enn 10 % av befolkningen vil oppleve den ene eller begge, minst én gang i løpet av livet (Schmalbach et al., 2021, s. 617). Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon som nummer fire av de ti lidelsene som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. Dette er dermed en av de viktigste grunnene til arbeidsfravær, sykemelding og uførhet. Altså medfører depresjon ikke bare store personlige lidelser og tap av livskvalitet, men også omfattende økonomiske og samfunnsmessige omkostninger. Dette viser seg i form av tapt produktivitet, tapte skatteinntekter og økte trygdeutgifter. Etter koronare hjertelidelser er depresjon den lidelsen der forebygging vil ha størst effekt på folkehelse målt i samfunnets sykdomsbyrde. Det er anslått at tre av fire deprimerede ikke får behandling. Ved tidlig behandling øker sannsynligheten for å bli raskere frisk (Helsedirektoratet 2009, s. 10).

Psykiske lidelser er en viktig årsak til helsetap gjennom livet også i Norge, og norske sykdomsbyrderapporter viser at angstlidelser og depressive lidelser er blant de sykdommene som gir mest helsetap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.7). 16-22 prosent av den voksne befolkningen vil ha en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder. De vanligste psykiske lidelsene også her til lands er angstlidelser, depresjon og rusbrukslidelser (Reneflot et al., 2018, s 20). Rundt 25 prosent av den norske befolkningen rammes av en angstlidelse i løpet av livet, mens depresjon rammer rundt 20 prosent (Reneflot et al., s. 28).

Angst og depresjon gir både kroppslige og psykiske symptomer. Vanlige symptomer ved depresjon er redusert konsentrasjon og selvfølelse, negative tanker om framtiden, tretthet og initiativløshet, søvnforstyrrelser og angst. Kroppslige reaksjoner i form av smerter og ubehag er også sentrale symptomer ved depresjon (Helsedirektoratet, 2009, s.9). Symptombildet på angst kan også vise seg som hodepine, muskelspenninger og/eller muskelsmerter, samt nummenhet i armer og ben og svimmelhet tillegg til de som kanskje regnes som de mer typiske, som kvalme, pustevansker og uro (Martinsen & Taube, 2009, s. 214).

Depresjon er ofte underdiagnostisert, omtrent halvparten av alle som er deprimerte, går ikke til lege for dette. Mange av dem som faktisk går til lege, presenterer heller kroppslige enn psykiske plager, ettersom depresjonen hos mange viser seg først og fremst som kroppslige plager. Dette gjør diagnostiseringen vanskeligere. Leger og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten vil ofte overse depresjon, både fordi de ikke spør direkte og heller ikke har kunnskap nok (Helsedirektoratet, 2009, s. 21). Depresjon kan ofte forekomme samtidig som angst, vedvarende smerter, søvnproblemer eller somatiske lidelser som kreft, diabetes og hjertelidelser eller direkte følge av somatisk sykdom, bivirkninger av medikamenter eller bruk av rusmidler. Somatiske sykdommer som KOLS, hjerneslag, hjertesykdom, diabetes, revmatiske sykdommer, MS, Parkinson sykdom og demens har økt risiko for depresjon. Depresjon svekker motstandskraften og etterlevelse av behandling- og rehabiliteringsopplegg. Depresjon er også forbundet med andre forhold som svekker helsen, som røyking, usunt kosthold, bruk av rusmidler og lite mosjon (Helsedirektoratet, 2009, s. 21-23).

I løpet av 2019 hadde 32 prosent av alle nordmenn kontakt med fastlege og 12 prosent kontakt med fysioterapeut eller kiropraktor grunnet tilstander knyttet til muskel- og skjelettsystemet (fhi, 2018, s. 2), Resultater fra helseundersøkelsene i Trøndelag (HUNT) viser at andelen med smerte eller stivhet i muskler eller ledd i løpet av et år har økt gradvis over tid; i perioden 1995-97 var det 45 prosent, i 2006-2008 var det 48 prosent, og i 2019 var det 54 prosent (Sund et al., 2020).

Mange med angst og depresjon blir som nevnt aldri diagnostisert for sine plager, og en del av de kroppslige symptomene som angst og depresjon gir er lik de symptomene mange oppsøker en fysioterapeut for. I tillegg til at man vet at somatisk sykdom og helseplager kan gi høyere risiko for depresjon og angst - kan det da tenkes at det er høyere utbredelse av angst og depresjon blant dem som oppsøker fysioterapi for sine plager, enn det er blant den øvrige befolkningen? Kan man fange opp disse personene tidligere ved bruk av selvrapporingsverktøy i anamnesen og ved å ha kunnskap om hva som kjennetegner disse pasientene? Vil symptombelastningen endre seg gjennom et behandlingsforløp?

Denne studien har til hensikt å undersøke om pasienter som oppsøker fysioterapeut rapporterer høyere eller lavere på selvrapporert symptombelastning for angst og depresjon enn den generelle befolkningen målt ved HSCL-10. Det er også interessant å få kunnskap om hva som kjennetegner pasienter med høy symptombelastning. Det også interessant å se om

det skjer en endring i rapportert symptombelastning gjennom behandlingsforløpet med fysioterapeut. Formålet med studien er å frambringe kunnskap om forekomst av symptombelastning på angst og depresjon hos pasienter som mottar fysioterapi for å øke bevisstheten rundt disse pasientene og hva som kjennetegner risikogrupper og risikofaktorer hos de som rapporterer høyt symptomtrykk på angst og depresjon. Det er viktig å avdekke symptomer på angst og depresjon ettersom man vet at høyt symptomtrykk påvirker etterlevelsen av rehabilitering, og fordi det påvirker pasientens livskvalitet og fungering i hverdagen. Kanskje kan det føre til en endring i hva fysioterapeuter velger å fokusere på i sin oppfølging av disse pasientene.

Problemstillingene som belyses i denne masteroppgaven er:

1 a. Hvor høy er selvrapportert symptombelastning på angst og depresjon blant pasienter som mottar fysioterapi,

1 b. Hvilke faktorer er assosiert med symptombelastning over cut off verdi 1,85 målt med HSCL-10?

1. Er det endring i symptombelastning på angst og depresjon gjennom et tre måneders behandlingsforløp hos fysioterapeut og hvilke faktorer er assosiert med endring i symptombelastning?

For å undersøke forekomsten av selvrapportert symptombelastning på angst og depresjon hos pasienter som oppsøker fysioterapeut, skal jeg benytte data innhentet på et utvalg pasienter gjennom forskningsprogrammet FYSIOPRIM. FYSIOPRIM er en database med systematisk innsamlet data som inneholder detaljert beskrivelse og data om pasientene som mottar fysioterapi fra oppstart, gjennom oppfølgingsperioden og fram til avslutning (Evensen et al, 2018, s. 2). FYSIOPRIM har som hovedmål å utvikle og etablere metoder for standardisert registrering av data som er relevant for klinisk praksis og er et samarbeid med Universitetet i Oslo, NTNU og Trondheim kommune. Formålet med satsingen er å styrke fysioterapiforskning i primærhelsetjenesten (UiO, 2016).

1.1 Relevans for psykisk helsearbeid

Definisjon på psykisk helsearbeid er “samarbeid for å fremme og bedre enkeltmenneskers psykiske helse, hvor hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer, samt skape inkluderende lokalsamfunn” (Andersen, 2023).

Økt kunnskap blant fysioterapeuter om forekomst av symptombelastning på angst og depresjon hos pasienter som mottar fysioterapi, og hva som kjennetegner risikogrupper og risikofaktorer hos de som rapporterer høyt symptomtrykk på angst og depresjon, kan føre til at man blir mer bevisst på disse elementene i oppfølgingen enn hva man tradisjonelt ville ha vært. Sykdomsbildet i Norge består i økende grad av sammensatte lidelser og mange pasienter har flere helseproblemer samtidig. Disse er av både somatisk og psykisk karakter. Med utgangspunkt i fysioterapeuters kunnskapsfelt som er kropp, bevegelse og funksjon, arbeider man alltid med fysisk og psykisk helse, om man er bevisst eller ikke. Det å holde fast på et skarpt skille mellom somatisk og fysisk funksjon, gjør at man som fagprofesjon melder seg ut arbeidet med å fremme og bedre enkeltmenneskers psykiske helse. Det kan også føre til at man ikke oppnår de resultatene man ønsker i rehabiliteringen.

Det å ta i bruk kartleggingsverktøy å avdekke symptomer på angst og depresjon, ettersom man vet at høyt symptomtrykk påvirker etterlevelsen av rehabilitering og fordi det påvirker pasientens livskvalitet og fungering i hverdagen, kan kanskje føre til en endring i hva fysioterapeuter velger å fokusere på i sin oppfølging av disse pasientene. Fysioterapeuters arbeidsmåter og virkemidler kan benyttes til å yte hjelp, også til de pasientene som har høyt symptomtrykk på angst og depresjon. Det avgjørende at man kjenner til disse pasientene og hvilke risikofaktorer som er assosiert med høy symptombelastning. Fysioterapeuter har en bred faglig bakgrunn og solid klinisk og praktisk kompetanse, og kan bidra til en mer helhetlig behandlingstilnærming. Selv om samarbeid og tverrfaglighet er viktig hos disse pasientene, kan det fort brukes som en hvilepute, at man litt for lett skylder på egen begrensning og overlater pasientenes psykiske problemer til for eksempel psykologen. Man velger kanskje heller å kun konsentrerer seg om de fysiske problemene. Faren med dette, er at ingen ser problemene i sammenheng og det er lett å fraskrive seg ansvaret. Det kan igjen føre til fragmentering av behandlingen, høye kostnader til utredning og behandling, og ikke minst at problemene til pasientene blir vedvarende.

Definisjoner

Depresjon: Ifølge Helsedirektoratet defineres depresjon som en “en psykisk lidelse som påvirker humøret, følelsene og atferden”. Depresjon preges av nedstemthet og angst, i tillegg til manglende emosjonell reaktivitet, ofte også rent fysiologisk, med demper på både positive og negative følelser, glede så vel som sorg. Depresjon er en bred og heterogen diagnosegruppe hvor sentrale symptomer er senket stemningsleie, mangel på interesse og glede over de aller fleste aktiviteter, i tillegg til tretthet og nedsatt energi. Det er også vanlig med redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, en del har nedsatt selvfølelse og selvtillit eller føler på skyld eller at man er mindre verdt. Negative tanker og om framtiden, initiativløshet og beslutningsvegring er vanlig, i tillegg til søvnforstyrrelser, redusert eller økt appetitt, samt angst. (Helsedirektoratet, 2009, s.9). Depresjoner kan ofte forekomme samtidig med andre tilstander eller lidelser, som angst, kroniske smerter, søvnvansker, rusproblematikk og en del somatiske lidelser. Det er vanlig med komorbide lidelser ved depresjon, og depresjon kan oppstå som en direkte fysiologisk følge av somatisk sykdom og som bivirkning av medisiner eller rusmidler (Helsedirektoratet, 2009, s. 26).

Depressive tilstander: En fellesbetegnelse på en rekke tilstander der de mest fremtredende symptomene er senket stemningsleie, initiativløs, overdreven negativ tenkning, søvnvansker, irritabilitet, angst og motorisk uro. Depressive lidelser er når plagene fra depresjon blir så alvorlige at de medfører problemer i forhold til andre mennesker og arbeidsuførhet. Det er ingen vesensforskjell mellom depressive lidelser og depressive tilstander som de aller fleste mennesker kan oppleve, men heller en gradforskjell (Berge, 2002, s. 5)

Depressive symptomer: Nedstemthet, fortvilelse, redsel, tiltaksløshet eller til og med sinne er blant det du kan kjenne på hvis du er deprimert. Kroppslige symptomer som søvnløshet eller å sove mye, unormalt stor eller dårlig appetitt kan også være tegn. Symptomene kan variere fra person til person, og dette er også følelser som innimellom er vanlig og som ikke nødvendigvis betyr at det foreligger en psykisk helseplage som trenger behandling (Helsenorge, 2021)

Angst:

Angstlidelser er samlebetegnelser for tilstander hvor irrasjonell frykt er hovedsymptomet. Angstlidelse er ikke det samme som å bekymre seg litt eller være litt urolig, dette er helt normalt å kjenne på i løpet av livet. En angstlidelse er en psykisk lidelse som påvirker vedkommende over tid, og kan føre til funksjonstap som går utover arbeid, skole osv.. Unnvikelsesatferd er et sentralt trekk ved angstlidelser, og er en sentral årsak til at angsten opprettholdes. Det er en nær sammenheng mellom angst og depresjon og ofte opptrer angst i kombinasjon med depresjon. (Helsedirektoratet, 2022). Man skiller gjerne mellom frykt og angst, ettersom ved angst er fryktreaksjonen feilinnstilt. Aktiveringen av psykiske og kroppslige reaksjoner skjer i objektivt ufarlige situasjoner, den er unormal sterk og varer lengre enn hva møtet med faren skulle tilsi. Angsten er mer omfattende og vedvarende enn frykt, uten en klar start eller slutt. Faren befinner seg ofte i tanken til personen og er mindre veldefinert, og det som er mest skremmende er når den plutselig og uventende setter inn, panikkanfall, med psykiske symptomer som frykt for å dø eller bli gal, og kroppslige symptomer som blant annet hjertebank eller åndenød. Den leder derfor ofte til unnvikelsesatferd, ved å holde seg borte fra faren kan man enklest unngå den og sikre seg at man unngår å utsette seg for kjente angstvekkende situasjoner. Vedvarende eller kronisk angst er slitsomt for personen det gjelder, da man aldri får ro, men konstant har en anspenhet og utrygghet (Dahl, 2014, s. 189).

Psykisk helse:

Psykisk helse brukes som et overordnet begrep, og dekker alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. På samme måte som man har en fysisk helse som dreier seg om hva slags tilstand kroppen din er i, har man en psykisk helse som omhandler tanker og følelser, og hvordan du har med deg selv, i hverdagen din og i samhandling med andre. Fysisk og psykisk helse er tett forbundet og påvirker hverandre gjensidig (Helsedirektoratet, 2022).

Psykiske plager:

Psykiske plager benyttes om symptomer som for eksempel nedstemthet eller engstelse, og plagene oppleves mer eller mindre belastende, men ikke nødvendigvis i art eller omfang sammenfaller med etablerte diagnoser. Selv om man har et høyt nivå av psykiske plager, har man ikke nødvendigvis en psykisk lidelse. Psykiske plager kartlegges ved hjelp av egnede måleinstrumenter, og ettersom det ikke finnes generelt aksepterte definisjoner på hva som

regnes for høyt nivå av psykiske plager brukes ofte måleinstrumentenes anbefalte grenseverdier (Reneflot et al., 2018, s. 10).

Psykiske lidelser:

Psykiske lidelser brukes om en rekke diagnoser eller tilstander som alvorlig depresjon, bipolar lidelse eller lignende og brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Disse klassifiseres i henhold til internasjonale diagnostiske kriterier i henhold til oppdatert vitenskapelig evidens som revideres regelmessig. Diagnosesetting gjøres av klinikere og/eller ved hjelp av strukturerte kliniske intervju (Reneflot et al., 2018, s. 10).

Distress: Stress trenger ikke alltid å være noe negativt, men når stress blir kronisk og gir en negativ form for stress som vedvarer over tid, kalles det ofte for distress. Denne type stress oppstår ved gjentatte møter med stressfaktorer som virker uunngåelig og belastende. Kroppen er ikke konstruert til å tåle slikt stress, og dette kan ha negative helseeffekter. Dersom man blir utsatt for kronisk stress over tid kan både fysiske og psykiske symptomer oppstå. Dette kan være hodepine, søvnløshet, spenning og irritabilitet, og slik kronisk stress er relatert til fysiske symptomer og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2017, s.7).

2. Teoretisk bakgrunn

2.1 Avgrensninger

Denne masteroppgaven presenteres som en monografi og til disposisjonen i monografien ble “håndbok for 4PM7J91 Masteroppgave i psykisk helsearbeid, Studieåret 2022/2023” brukt som mal.

2.2 Den biopsykososiale tilnærmingen

Det biopsykososiale vitenskapssynet integrerer det biologiske, det psykologiske og det sosiale, og var et alternativ til den biomedisinske modellen som dominerte på den tiden,

slutten av 1970-årene. Dette kom på bakgrunn av at man så et behov for en systemisk tilnærming for å forstå både somatiske og psykiske problemer. Intensjonen er å forholde seg til samspillet mellom komponentene i det biopsykososiale systemet. Når helheten av det biologiske, det psykologiske og det sosiale blir mer enn summen av de enkelte delene, vil det biologiske bli formet i det psykologiske og sosiale møtet med omgivelsene. Hjernen får mulighet til å utvikle seg avhengig av samspillet. De ulike biologiske, psykologiske og sosiale faktorene påvirker hverandre gjensidig, og kan bidra til å utløse eller opprettholde sykdom. Helheten skapes og utvikles på en slik måte at ved gjennom møtet med omgivelsene får hjernen mulighet til å bli formet på ny, om og om igjen. Eksempler på biologiske faktorer kan være genetisk predisposisjon eller sårbarhet. Psykologiske faktorer kan være personlighetstrekk, adferd, livsstil eller liknende, mens sosiale faktorer kan være kulturelle, familiære eller sosioøkonomiske. Selv om årsaken til psykisk lidelse er sammensatt, er det likevel enighet om at psykiske lidelser skyldes samspill mellom dem (Hertz, 2011, s. 92-94).

Grunnleggeren av den biopsykososiale modellen, Georg Engel, så behovet for å utvide tilnærmingen til sykdom uten at det var ønskelig å ofre de fordelene han mente det var med den biomedisinske tilnærmingen. Han mente den medisinske modellen for sykdom var en prosess som gikk fra å gjenkjenne og lindre symptomer til karakterisering av en spesifikk sykdom der etiologien og patogenesen er kjent, og behandling var rasjonell og spesifikk. Det var ikke nødvendig med noen argumentasjon for fordelene med en slik tilnærming, men det var likevel et behov for granskning av de forvrengingene som han mente ble introdusert av den reduksjonistiske tendensen hvor man betraktet den spesifikke sykdommen som tilstrekkelig av den minste isolerbare komponenten som har årsaksmessige implikasjoner. Han var kritisk til påstanden om at betegnelsen "sykdom" ikke gjaldt i fravær av forstyrrelser på biokjemisk nivå. Han pekte på at det i den biomedisinske modellen ville biokjemisk avvik generelt bli sett på som et spesifikt diagnostisk kriterium for sykdom, mens han la vekt på at laboratedokumentasjon bare kunne indikere sykdomspotensial, ikke sykdommens aktualitet på det tidspunktet. Avvikene kan være til stede, men pasienten trenger likevel ikke å være syk (Engel, 1992, s. 322).

Tilstedeværelse av den biokjemiske defekten definerer i beste fall en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse, for forekomsten av menneskelig opplevelse av sykdommen. Mer nøyaktig utgjør den biokjemiske defekten bare én faktor blant mange, komplekse interaksjoner som til slutt vil kunne kulminere i inaktiv sykdom eller manifestere sykdom. Den biokjemiske defekten kan heller ikke forklare hele sykdommen, for å få en full forståelse

kreves ytterligere konsepter og referanserammer. Engel mente at det å etablere et forhold mellom bestemte biokjemiske prosesser og de kliniske dataene om sykdom, krever vitenskapelig rasjonell tilnærming til atferdsmessige og psykososiale data. Uten dette vil påliteligheten til observasjoner og gyldigheten av korrelasjoner være feil (Engel, 1992, s. 323).

Psykofysiologiske reaksjoner på livsendring kan samvirke med eksisterende somatiske faktorer for å endre mottakelighet og derved påvirke tidspunktet for utbrudd, alvorlighetsgrad og forløp av en sykdom. Han eksemplifiserer dette med høyere forekomst av dårlig helse blant befolkningen som er utsatt for inkongruens mellom kravene fra det sosiale systemet de lever og arbeider i og kulturen de bringer med seg. Dette gir en annen illustrasjon blant mennesker av rollen til psykososiale variabler i sykdomsårsak (Engel, 1992, s.323).

Engel mente at det var klare fordeler med en biopsykososial modell siden den eksisterende biomedisinske modellen var ikke tilstrekkelig. En medisinsk modell må også ta hensyn til pasienten, den sosiale konteksten pasienten lever i og det komplementære systemet som er utviklet av samfunnet. Dette krever en biopsykososial modell. Grensene mellom helse og sykdom, mellom frisk og syk, er langt fra klare og vil aldri være klare, ettersom det må tas hensyn til kulturelle, sosiale og psykologiske faktorer (Engel, 1992, s. 324).

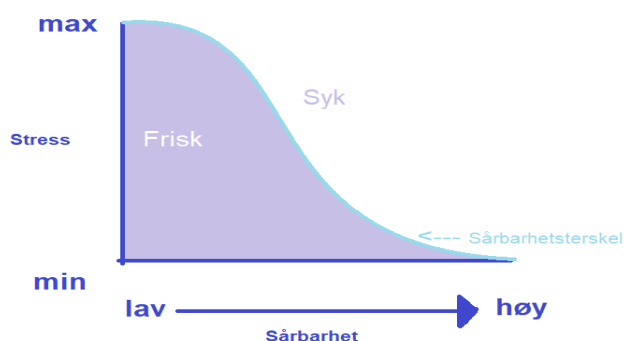
Det tradisjonelle biomedisinske synet, at biologiske indekser er det ultimate kriteriet for å definere sykdom, fører til det paradokset at noen mennesker med positive laboratoriefunn blir fortalt at de trenger behandling når de faktisk føler seg ganske bra, mens andre føler seg syke uten at de har noen "sykdom". En biopsykososial modell gjør det mulig å forklare hvorfor det som noen individer opplever som "sykdom", ser andre bare på som "leveproblemer", enten de er emosjonelle reaksjoner på livsomstendigheter eller somatiske symptomer (Engel, 1992, s. 325).

Engel mente at siden systemteorien hevdet at alle nivåer i den biopsykososiale modellen var knyttet til hverandre i et hierarkisk forhold slik at endring i ett nivå påvirket endring i de andre, burde dette brukes som vitenskapelig tilnærming, og således dempe den holistisk-reduksjonistiske dikotomien og bedre kommunikasjonen på tvers av vitenskapelige disipliner (Engel, 1992, s. 32).

2.3 Stress-sårbarhetsmodellen

Zubin og Spring (1977) introduserte en modell hvor hensikten var at den skulle forklare hvorfor noen mennesker er mer sårbare for å utvikle sykdom (her schizofreni). Modellen ble kalt stress-sårbarhetsmodellen og sees i dag på som en sentral versjon av den biopsykososiale modellen. Utgangspunktet for modellen er at alle mennesker har styrker og sårbarheter for hvordan man takler stress, og denne sårbarheten er en avgjørende faktor for forståelsen for hvordan man utvikler en psykisk lidelse. Evnen til å tåle stress varierer også sterkt. (Zubin & Spring, 1977, s 107). Modellen er et verktøy for å forstå hva som bidrar til å vedlikeholde eller motvirke problemer eller sykdom.

Opprinnelig var det to motpoler i denne problemstillingen, det var dem som helt trodde på en biologisk forklaring og at alt dreide seg om arv, og dem som trodde helt på en psykologisk forklaring. I dag er det allment akseptert at det er rimelig å legge til grunn en modell som ivaretar både medfødt sårbarhet og stress påført av livshendelser fra og med man er født. Interessen er også stor for hvilke psykologiske og psykososiale forhold som øker motstandskraften mot slike påkjenninger i livet. Hvorfor er det noen mennesker som har større risiko for å utvikle psykisk sykdom etter en stressende periode, mens det er uproblematisk for andre med lignende hendelser? Stress-sårbarhetsmodellen forklarer dette med at så lenge stressnivået som fremkalles holder seg under sårbarhetsterskelen, så vil reaksjonen til personen som opplever stress være innenfor det som er normalt. Det er hvis stressnivået overstiger sårbarhetsterskelen, at risikoen for å utvikle psykisk lidelse vil øke (Zubin & Spring, 1977, s. 109), illustrert i figur 2.1.



Figur 2.1 Stress-sårbarhetsmodell bearbeidet etter originalen av Zubin og Spring, 1977.

Stress defineres på mange måter, men tenkes her å handle om stress i form av større eller mindre livshendelser som skilsmisse, død og tap av nære eller flytting eller andre hendelser som krever omstilling av livet. Sårbarhet sees på som to komponenter, hvor den ene er medfødt, altså genetisk, og den andre er ervervet, som da er et resultat av for eksempel traumer, sykdom, lav selvfølelse eller manglende sosialt nettverk. Det antas at sårbarheten i noen tilfeller kan være meget stor, og selv om man har hatt en oppvekst med moderate påkjenninger eller stress, så kan det være nok til at det kan utvikle seg en psykotisk tilstand (Zubin & Spring, 1977, s. 109-111).

2.4 Psykiske lidelser og symptomer

Psykiske lidelser blant befolkningen er svært vanlige, men ikke alltid like synlige. Psykiske lidelser kan forekomme i alle grader, fra de lette og forbigående problemene til de vedvarende og invalidiserende. Hva som regnes som en psykisk lidelse har det vært stor faglig uenighet om, men de internasjonale diagnosekriteriene (ICD-10) har gjort denne usikkerheten noe mindre. Psykiske plager rammer enda flere, men symptomene er ikke av en slik type eller så omfattende at diagnosekriteriene er oppfylt. Likevel kan personen uansett ha behov for tiltak og tilrettelegging. En del av disse tilstandene er “normale” reaksjoner på det livet gir av belastninger og overganger i livet, som mestres ved hjelp av egne ressurser og støtte fra omgivelsene, mens mange får disse tidlig i livet og de blir kroniske eller residiverende (Mæland, 2012, s.157).

Psykiske lidelser har en sammensatt årsaksbakgrunn. Avgjørende for om et problem utvikler seg til en vedvarende lidelse eller manifesterer seg som en sykdom er balansen mellom belastninger, personlige ressurser og sosial støtte. For noen sykdommer spiller også genetiske faktorer en viktig rolle, men for flertallet av psykiske lidelser betyr miljøforhold knyttet til oppvekst, familieliv, arbeidsliv og sosialt fellesskap mest. Oppvekstvilkårene de første leveårene er trolig av stor betydning med tanke på generell sårbarhet, eller alternativt motstandsdyktighet, for ulike belastninger senere i livet. Spesielt avgjørende er forholdet til nære omsorgspersoner (Mæland, 2012, s. 158). Belastende hendelser kan fungere som utløsende eller vedlikeholdende årsaker til psykiske lidelser senere i livet. Om dette utvikler seg til psykisk sykdom, avhenger blant annet av hvor mye støtte vedkommende får av sine nærmeste. Profesjonell hjelp under akutte kriser har også vist seg være av betydning.

Ensomhet, spesielt blant menn, gir en særlig sårbarhet for psykiske lidelser (Mæland, 2012, s. 158).

2.4.1 Risikofaktorer og konsekvenser

Spesifikke utviklingsveier for psykiske lidelser vet man lite om, men trolig er det et kompleks samspill mellom et stort antall miljømessige og genetiske faktorer. Virkningen av hver enkelt av disse, med små effekter, gjør at noen utvikler psykiske lidelser og andre ikke. En rekke studier har vist at psykiske lidelser og plager har en tendens til å gå igjen i familier og i hovedsak skyldes genetiske faktorer. En oppsummering av en rekke studier har vist at arveligheten til depresjon ligger på rundt 37 prosent, men den for generalisert angstlidelse er på rundt 28 prosent (Reneflot et al., 2018, s.48).

Sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon målt gjennom utdanning, yrke og inntekt og psykisk helse er godt dokumentert. Over flere tiår har den sosiale ulikheten i Norge økt og den forventede levealderen har økt mer blant personer med høy utdanning enn blant dem med lav. Psykiske helseplager kan gi problemer med arbeidsliv og økonomi, og motsatt - problemer med økonomi og arbeidsliv kan føre til psykiske helseplager. Personer som opplever problemer i mellommenneskelige relasjoner, som det å oppleve ensomhet, mobbing eller konflikt med andre, har økt risiko for å utvikle angst og depresjon. Skilte personer har større sjanse for å ha psykiske lidelser enn gifte. Belastende livshendelser og traumer øker risikoen for psykiske lidelser, hvor for eksempel omsorgssvikt og seksuelt, fysisk og emosjonelt misbruk i barndommen er en risikofaktor for å utvikle angst og depresjon (Reneflot et al., 2018, s.48). Til tross for at man ser sammenheng mellom visse miljøfaktorer og psykiske lidelser, er det vanskelig å fastslå om det er en årsakssammenheng eller ikke. Den psykiske helsen kan påvirkes av bakenforliggende faktorer, for eksempel kan personer som har økt sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser isolere seg og dermed oppleve ensomhet mer enn andre. Eller så kan depresjon og angst påvirke mellommenneskelige relasjoner og tilknytning til arbeidslivet. Å trekke konklusjoner om årsakssammenhenger må derfor gjøres med varsomhet (Reneflot et al., 2018, s.49).

Ifølge rapporter fra Folkehelseinstituttet ligger angst og depresjon på delt andreplass når det kommer til årsaker til helsetap i Norge. Psykiske lidelser er særlig viktige årsaker til helsetap hos de under 50 år, og rammer dermed spesielt befolkningen som er reproduktiv og i arbeidsfør alder (Reneflot et al., 2018, s.49). Psykiske lidelser medfører ofte nedsatt arbeidsførhet, hvor angst og depresjon bidrar mest til sykefraværet. Angst- og depresjonsymptomer er forbundet med gjentatte og langvarige sykefraværsperioder. Tall fra 2014 viser at hoveddiagnosen hos rundt en tredjedel av dem som var uføretrygdet, var psykisk lidelse. Gjennomsnittsalderen til disse personene var lavere enn for andre lidelser. Til sammenlikning var årsaken muskel- og skjelettlidelser hos rundt en fjerdedel. Angst og depresjon øker også sjansen for å bli uføretrygdet på grunn av somatiske tilstander. Psykiske lidelser er forbundet med økt risiko for fysiske lidelser og tidlig død, Forklaringen på dette skyldes trolig sammenhengen mellom psykiske lidelser og økt bruk av tobakk og alkohol, usunt kosthold, overvekt og inaktivitet. Forventet levealder er kortere for personer med depresjon eller angst enn hos den generelle befolkningen (Reneflot et al., 2018, s. 50).

Søvnvansker gjør at man blir mer utsatt for dårligere psykisk helse og kan føre til depresjonssymptomer og andre psykiske vansker. Insomni, søvnunderskudd, er den vanligste og gir økt risiko for å utvikle psykiske lidelser. Undersøkelser har vist at forekomsten av klinisk signifikant angst og depresjon er 10–17 ganger høyere blant personer med insomni sammenliknet med normalbefolkningen. Forekomsten av insomni er også betydelig høyere blant pasienter med angst og depresjon enn i normalbefolkningen, og sammenhengen virker til å gå begge veier. Om lag en tredel av unge voksne kvinner har insomni. Insomni øker risikoen for utvikling av fysiske og psykiske helseplager, frafall fra arbeidslivet og ulykker (Sivertsen, 2023). Norske tall den senere tiden har vist at over halvparten av pasienter i primærhelsetjenesten rapporterer søvnvansker. Blant den voksne befolkningen i den vestlige verden, inkludert Norge, oppfyller i underkant av 10 prosent de diagnostiske kriteriene for insomni. Forekomsten av insomni blant voksne er økende. I perioden fra 2001 til 2011 så man en økning på 11,9 prosent til 15,5 prosent, og økningen var tydeligst hos kvinner mellom 45 og 60 år (Reneflot et al, 2018, s. 141).

Åpenhet og mindre skambelagt rundt temaet har gjort at psykiske problemer har blitt mer synlig i samfunnsbildet. Det at man har bygget opp et større hjelpeapparat har også bidratt til økt synlighet, og følgene av slike sykdommer har kommet stadig tydeligere fram i

trygdestatistikken, som sykefravær og uførhet, og i analyser av dødelighetsrisiko, hvor man særlig har funnet at depresjon er forbundet med kortere forventet levetid (Mæland, 2012, s. 158).

2.5 Forekomst av psykiske lidelser og symptomer i Norge

I Norge gjennomføres en rekke helseundersøkelser med jevne mellomrom. Alle disse undersøkelsene inneholder informasjon om psykiske plager – det vil si symptomsmål – og ikke diagnoser. Eksempler på helseundersøkelser med symptomsmål er Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Tromsøundersøkelsen, Helseundersøkelsen i Hordaland og Statistisk Sentralbyrå (SSB) sin Helse- og levekårsundersøkelse. Disse gir oversikter over forekomsten av psykiske plager i befolkningen nasjonalt og regionalt, samt utviklingen over tid. Helseundersøkelsene kan imidlertid ikke gi oss forekomst av psykiske lidelser. Data fra helseundersøkelsene kan likevel benyttes til å studere risikofaktorer og helsefremmende faktorer, samt ulike konsekvenser av psykiske plager som for eksempel sykemelding og arbeidsledighet (Reneflot et al., 2028, s. 12). Det har derimot blitt gjennomført tre forekomststudier på psykiske lidelser blant voksne i Norge; Kringelens befolkningsundersøkelser fra Oslo (Osloundersøkelsen), Sogn og Fjordane undersøkelsen og Folkehelseinstituttets tvillingstudie. Dessverre er ingen av disse nasjonalt representative og alle disse studiene er en del år tilbake i tid (Reneflot et al., 2018, s. 24).

Rundt 25 prosent av den norske befolkningen rammes av en angstlidelse i løpet av livet, og rundt 15 prosent i løpet av et år. Når det gjelder depresjon vil dette ramme rundt 20 prosent i løpet av livet, og rundt 10 prosent i løpet av et år. Norske forekomsttall for disse lidelsene har vist seg å stemme godt overens med tall fra internasjonale studier, selv om mønsteret er noe forskjellig fra undersøkelse til undersøkelse. En internasjonal studie som sammenliknet flere europeiske land, fant at Norge hadde lavere forekomst av depressive lidelser enn i enkelte andre land (Reneflot et al., 2018, s. 26-28).

Flere forhold kan indikere at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen, blant annet har andelen nye uførepensjoner tildelt for psykisk lidelse økt de siste årene, samt at det har vært en liten økning i sykefravær på grunn av psykiske lidelser. Det har derimot vært en sterk økning i behandling av psykiske lidelser. Det er viktig å påpeke at dette bare er indirekte indikatorer på økt forekomst, og som indikerer hvordan samfunnet håndterer slike lidelser. De fleste studier som har sammenliknet forekomsttall over tid finner ingen økning i forekomst. Det er ikke endelig avklart om det har vært en økning i forekomst av psykiske lidelser i Norge. Fram til nå foreligger det ikke godt nok datagrunnlag for å fastslå om det har vært en økning i den generelle befolkningen, og det trengs mer forskning. Ser man på selvrapporterte mål, finner man heller ikke støtte for å si at det er indikasjoner på en økning i andelen som rapporterer betydelige plager (Reneflot et al., 2018, s.32)

Tall fra SSBs levekårsundersøkelse viser en økning i andel med psykiske plager hos unge kvinner. Hos kvinner i alderen 16-24 år var det i 2015 14 prosent som rapporterte om psykiske plager, mens det i 2019 var 23 prosent. Hos kvinner i alderen 25-44 år var det i samme tidsrom en økning fra 10 til 16 prosent. Denne undersøkelsen viser også en svak økning hos eldre kvinner. For unge menn ser man en svak økning i andel med psykiske plager, mens hos de over 44 år er andelen med psykiske plager holdt seg stabil over tid (SSB, 2023).

En undersøkelse gjort blant studenter i høyere utdanning ønsket å se på endringer i selvrapportert symptomtrykk på angst og depresjon målt med HSCL-25. De fant en klar økning i selvrapporterte psykiske plager fra 2010 til 2018 på tvers av kjønn og aldersgrupper. Selv om det var økning hos begge kjønn, var endringen mer tydelig hos kvinnelige studenter. Tallene for psykiske plager var også høyere blant studentene enn andre i samme alder. Det er også en betydelig økning i antallet studenter som rapporterer om alvorlige psykiske plager, sammenlignet med tidligere undersøkelser (Knapstad et al., 2021, s. 1-2). Den observerte økningen i selvrapporterte psykiske plager stemmer overens med hovedfunn i studier av ungdomspopulasjonen. Man må likevel ta med i betraktningen studenter i høyere utdanning er noe eldre og i en annen livssituasjon. Derfor kan det være andre tidstrender generelt eller spesifikt for studenter i høyere utdanning, enn hos ungdommer og yngre voksne. Høyskole- og universitetsstudenter representerer en stor og voksende del av den norske befolkningen. Økning i psykiske plager i denne gruppen kan dermed ha enorm samfunnsmessig innvirkning i tillegg til konsekvensene for de berørte individene (Knapstad et al., 2021, s. 9).

Bare et mindretall av personer med depressive lidelser eller angstlidelser tar kontakt med helsevesenet. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viste at 13 prosent av de med symptomer på depresjon hadde søkt hjelp for plagene sine, og 25 prosent av de med angst. Den laveste andelen som søkte hjelp var hos de som hadde depresjon uten angstplager. Selv blant de med høyest symptombelastning har bare halvparten søkt hjelp for psykiske lidelser. Studier som måler psykiske plager er ikke nødvendigvis representative for personer som tilfredsstillende kriterier for diagnoser. Hos personer mellom 18-79 år har en betydelig andel vært i kontakt med helsetjenesten på grunn av psykiske helseplager (Reneflot et al., 2018, s.37).

Tall fra 2020 viser at en høyere andel kvinner enn menn er i kontakt med både primær- og spesialisthelsetjenesten for depresjon. Rundt 15 prosent av alle menn og 22 prosent av alle kvinner var i kontakt med primærhelsetjenesten (fastlege/legevakt) for psykiske symptomer og plager (Tesli et al. 2023). Til sammenlikning var det ca 7,0 prosent menn og 12,1 prosent kvinner i perioden 2011-2015 (Reneflot et al., 2018, s.37). Tallene i spesialisthelsetjenesten var noe lavere, om lag 5 prosent av alle menn og 7 prosent av alle kvinner var i kontakt med sykehus eller poliklinikk for psykiske lidelser i 2020 (Tesli et al. 2023). Tallene var også her noe lavere i 2011-2015, hvor 5,4 prosent av alle kvinner (Reneflot et al., 2018, s.37).

2.5.2 HUNT - helseundersøkelsen i Trøndelag

HUNT, tidligere helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, nå kalt Helseundersøkelsen i Trøndelag, er en omfattende samling av helseopplysninger i fire runder fra 1984-2019. HUNT4 inkluderte totalt 56078 personer i alderen 20 år og eldre, samt 8066 personer i alderen 13-19 år. I Sør-Trøndelag gjennomførte de datainnsamlingen høsten 2019, og her deltok 106 000 (Sund et al, 2019, s. 6). Resultatene som presenteres under er basert på alle voksne som deltok i Nord- og Sør-Trøndelag (Sund et al., 2020, s. 20).

På spørsmål om de har en langvarig psykisk sykdom som virker funksjonsnedsettende svarer 11 % av kvinnene i HUNT undersøkelsen ja, mens 8 % av mennene svarer det samme. Andelen er synkende med økende alder, og det er klare forskjeller mellom utdanningsgruppene. 13 % av kvinnene og 10 % av mennene oppgir moderat til høyt symptomtrykk fra psykiske helseplager de siste to ukene (CONOR mental health index \geq 2,15). Andelen er klart høyest hos de yngre aldersgruppene for både kvinner og menn, og

avtar med økende alder fram til 80 år hvor den deretter stiger litt hos de eldste over 80. Hos dem med kort utdanning er andelen med moderat til høyt symptomtrykk dobbelt så høyt som hos de med lang utdanning, dette for begge kjønn. 24 % av kvinnene og 20 % av alle menn oppgir å ha vært plaget av angst de siste to ukene. Også her er andelen størst hos de yngste og avtar med økende alder fram til 80 år, for så å stige litt hos den eldste aldersgruppen. Også ved symptomer på angst er det klare forskjeller mellom utdanningsgruppene, hvor andelen er høyest hos de med kort utdanning. I forhold til depresjon, er andelen som rapporterer at de har følt seg nedfor eller deprimert de siste to ukene 37 % for kvinner og 32 % for menn. Som med beskrevet tidligere er andelen høyest hos de yngste og avtar med økende alder før det stiger noe igjen hos de over 80 år. Det er også forskjeller mellom utdanningsgruppene der andelen er høyest hos de med kort utdanning (Sund et al., 2020, s. 21).

Det er særlig to funn som trekkes fram i rapporten. Det første er at det er gjennomgående hos de yngste at de finner høyest andeler med psykisk helseplager. Selv om dette er et øyeblikksbilde, bør dette sees i sammenheng med andre data som viser at det er en økning i psykiske helseplager blant de yngste, mens det sees en nedgang blant eldre. Det andre er forskjellen mellom utdanningsgruppene, der de med lavest utdanning systematisk har høyere andel psykiske plager enn dem med videregående utdanning, som igjen har høyere andel enn de med høyere utdanning (Sund et al., 2020, s. 36).

En annen studie gjort av Krogstad et al (2022) så på hvordan trenden har vært med tanke på psykisk helse de siste ti årene, støtter disse funnene. Ved å sammenlikne gjentatte tverrsnitt- og populasjonsbaserte undersøkelser fra HUNT studiene, fant de en indikasjon på en sterk økning i angst og depresjonssymptomer hos ungdom og unge voksne, mens trenden er motsatt blant eldre. De konkluderer med at trenden sannsynligvis er relatert til betydelige forstyrrelser i unge personers sine levekår i samfunnet, samt adferdsendring hos ungdom og unge voksne. De kommer med en teori om at endringen kommer av store sosiopolitiske trender, som veksten av nyliberalistisk politikk, globalisering og ekspanderende teknologisk industri (Krogstad et al., 2022, s. 8).

For voksne ble det observert en økende prevalens for depressive symptomer over cut-off verdien målt med HSCL-10 med alderen, fra rundt fire prosent blant unge voksne 20–29 år og rundt 17 prosent blant eldre mellom 70–79 år i 1995–1997. Dette ble observert hos begge kjønn. Derimot i den siste undersøkelsen (2017–2019) så de en endring, hvor det ble observert at den høyeste prevalensen var blant unge kvinner (10,7 %), mens den sank rundt

60 år og var lavest blant de eldre 70–79 år (7,6 %). Videre så de at prosentandelen av voksne som screenet positive for depresjon falt fra 9,4 % i 1995–1997 % til 6,7, men andelen som screenet positivt for angst økte fra 12,4 % i 1995–1997 % til 13,4 % i 2017–2019. De observerte en markant høyere forekomst av angstsymptomer for begge kjønn for deltakere i alderen 20–39 år i den seneste undersøkelsen. Den tydelige negative trenden blant unge voksne og den positive trenden blant eldre deltakere med tanke på symptomer på angst og depresjon, var statistisk signifikante i nesten alle grupper. De konkluderte med at resultatene av denne studien viser at det haster for helsemyndighetene å se behovet for å iverksette betydelige politiske tiltak for å møte disse underliggende trendene innen psykisk helse, og deres årsaker, spesielt sett hos unge mennesker (Krogstad et. al, 2022, s.4).

I Young-HUNT- undersøkelsene var det brukt Hopkins Symptom Checklist-5 (HSCL-5), selvrappoterer av angst- og depresjonssymptomer. For voksne ble det brukt Hospital Anxiety and Depression (HADS). HADS er et kort 14 punkters egenrapporteringskjema, bestående av 7 punkter for angst og 7 for depresjon (Krogstad et al, 2022, s. 3). I en studie gjort av Krogstad et al. (2022) konkluderer de med at det at de voksne deltakerne (HADS), hadde brukt et annet verktøy enn for ungdom (HSCL-5), og at man ser nøyaktig samme trend for deltakere i alderen 20–39 år som ble identifisert hos ungdom og motsatt trend ble observert for eldre, støtter opp om funnene deres. Det at to ulike kartleggingsverktøy viser like trender blant unge mennesker i utvalget mener de støtter gyldigheten funnene. I tillegg støttes resultatene ytterligere ved data fra norske helsetjenester og reseptdatabaser, som tydelig viser økende antall unge personer som enten er henvist til eller som trenger behandling for psykiske lidelser. Økningen i rapporterte angst- og depresjonssymptomer påvist i denne studien, er også ledsaget av et økende antall ungdommer i den generelle befolkningen henvist til psykiske helsetjenester. En økt bruk av psykofarmaka legemidler i de aldersgruppene som rapporterer økende symptomer, samt et økende antall unge som benytter seg av sosiale velferdsordninger (Krogstad, 2022, s. 5).

2.5.3 HUBRO - helseundersøkelsen i Oslo

Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) var et samarbeidsprosjekt mellom Oslo Kommune og Statens Helseundersøkelser, og startet i 2000. Formålet med undersøkelsen var å utarbeide helseindikatorer som kunne si noe om behov for helsetjenester i form av demografi,

risikofaktorer, sykdomsforekomst, subjektiv sykdomsopplevelse og funksjonsnedsettelse. Totalt utgjorde dette 41 353 personer.

I helseundersøkelsen i Oslo ble symptomer på psykiske problemer kartlagt med HSCL-10 og de fant ut hvor mange som fikk verdier over cut off 1,85. Dette ga et anslag over hvor stor andel av befolkningen som har psykiske problemer (Grøtvedt, 2002, s. 6). Ut ifra funnene i studien, anslår de at rundt 11,9 prosent av populasjonen vil ha to psykiske lidelser i løpet av livet, mens 14,9 prosent vil rammes av tre eller flere. Spesielt sterk er komorbiditeten mellom angst og depresjon, og dette skyldes trolig at de samme årsaksfaktorene gir seg utslag i ulike lidelser. Det er også påvist høy komorbiditet mellom psykiske lidelser og rusmisbruk (Reneflot et al., 2018, s. 30).

I undersøkelsen fant de at symptomer på psykiske problemer økte med alderen blant kvinner fram til 60-årsalderen, før det avtok. 75-åringene hadde mindre symptomer enn 60-åringene. Menn hadde mindre psykiske problemer enn kvinner, og hadde mest symptomer på psykiske plager i 40-årsalderen. De fant forskjeller mellom grupper av fødeland, utdanningsgrupper og regioner i Oslo. Nivået på psykiske symptomer varierte ellers med utdanning og grad av yrkesaktivitet, de med høyere utdanning og de som arbeidet fulltid hadde lavere symptomtrykk. Enslige hadde en høyere andel psykiske symptomer enn gifte/samboende.

Undersøkelsen viste en større utbredelse av psykiske symptomer blant innvandrere fra såkalt ”ikke-vestlige” land. Muskelskjelettplager var også mer utbredt blant innvandrere i Oslo. De nevner muligheten for at innvandrere fra disse landene kan ha en annen kultur eller en annen referanseramme for å fortelle om egen helse eller helseproblemer som mulig forklarende årsak, men trolig kan ikke dette forklare forskjellene alene (Grøtvedt, 2002, 53). Uttalte øst-vest-forskjeller innen Oslo ble påvirket i noen grad av en høy andel innvandrere i østlige bydeler, men tydelige og statistisk signifikante forskjeller består selv om disse tas ut. For befolkningen som var født i Norge var det også en høyere andel med psykiske plager i de østlige regionene sammenliknet med de vestlige (Grøtvedt, 2002, s. 47).

Når de sammenlignet tall fra Helseundersøkelsene i Oslo og Nord-Trøndelag var det en høyere andel med symptomer på psykiske problemer i Oslo enn i Trøndelag, både blant

kvinner og menn. Sammenligninger gjort med et materiale fra Nord-Trøndelag (de refererer til HUNT-undersøkelsen 1995-1997), der HSCL-10 ble brukt, viste dette at det både blant kvinner og menn var det en høyere andel som hadde symptomer på psykiske problemer i Oslo enn i Nord-Trøndelag. Andelen med psykiske symptomer over cut off 1,85 var dobbelt så høy i Oslo som i Trøndelag – både for 40-årige menn og de eldste kvinnene (Grøtvedt, 2002, s. 50).

De konkluderte med at det er vanskelig å tolke forskjellene. Mulig kan det være et storbyfenomen at så mange sliter med symptomer på angst og depresjon, samtidig er det også i Nord-Trøndelag byer og tettsteder som Levanger, Steinkjer og Namsos. De nevner også at det kan være av betydning at undersøkelsen i Nord-Trøndelag foregikk 4-5 år tidligere, og relaterer dette til at det har vært større åpenhet rundt psykiske problemer i disse årene slik at terskelen for å opplyse om slikt kan ha blitt senket. Trolig medvirket en høy andel innvandrere i Oslo til forskjellene mellom Oslo og Trøndelag. Innvandrere fra ikke-vestlige land hadde en høyere andel med symptomer på psykiske problemer enn andre innvandrere og norskfødte. Dersom man trakk ut disse innvandrergroppene ble forskjellene mellom Oslo og Nord-Trøndelag mindre, men de var likevel betydelige (Grøtvedt, 2002, s. 49).

2.5.4 HSCL-10 i kliniske studier

I rapporten Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel fant de at den gjennomsnittlig skåren for de innsatte var 1,84. Kvinner hadde et noe høyere gjennomsnitt (2,03) sammenlignet med menn (1,83). Andelen av de innsatte som hadde et gjennomsnittsskår høyere enn 1,85 var 28,1 prosent, det tilsvarer at nesten en tredjedel av de innsatte som regnes for å være sterkt plaget av symptomer på angst og depresjon. En noe større andel kvinner er sterkt plaget (41%) sammenlignet med menn (28 %) (Bukten et al, 2016, s. 18).

En studie evaluerte forskjeller i psykiske plager og livskvalitet mellom langvarig sosialhjelpsmottakere og befolkningen generelt i Norge. I denne tverrsnittsstudien, som er en del av en større studie som evaluerte helse- og funksjonelle evner til sosialhjelpsmottakere i Norge, sammenlignet de sosialhjelpsmottakere med en tilsvarende aldersgruppe fra den generelle befolkningen. Psykologiske plager ble målt ved hjelp av HSCL-10.

Sosialhjelpsmottakerne rapporterte betydelig høyere gjennomsnittlig symptombelastning på angst og depresjon og lavere livskvalitet enn befolkningen generelt. Flere sosialhjelpsmottakere (57,0 %) enn befolkningen generelt (10,1 %) rapporterte klinisk meningsfulle nivåer av psykiske plager, det vil si gjennomsnittskår over 1,85, det vil si at klinisk meningsfulle nivåer av psykiske plager forekom hyppigere blant de som mottok sosialhjelp enn i befolkningen generelt. De som mottok sosialhjelp var signifikant yngre, høyere andel menn, mer sannsynlig å ikke være gift eller skilt og å ha lav utdanning sammenlignet med den øvrige befolkningen (Løyland et al., 2011, s. 303).

2.5.5 Sammenligningsgrunnlag tester HUNT og HUBRO, HSCL-10, HADS og CONOR_MHI

En studie gjort av Søgaard et al (2003) hadde som hensikt å undersøke samsvaret mellom CONOR Mental Health Index (CONOR-MHI) som er syv spørsmål modifisert etter ulike instrumenter for mental helsemåling, kalt, og HSCL-10 og Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). De to CONOR-populasjonene som ble brukt for disse sammenligningene var HUBRO og HUNT. Korrelasjonskoeffisientene mellom underskalaene HSCLA og HSCL-D – og CONOR-MHI var lavere enn for total HSCL-10 (Søgaard et al, 2003, s.279). Ved å korrigere for demping, økte korrelasjonene for alle de beregnede koeffisientene. Gitt et cut-off på $\geq 1,85$ for HSCL-10 var prevalensen av psykiske plager 10,5 %. For å oppnå sammenlignbare prevalensestimater av psykisk plager målt ved CONOR-MHI, ble cut off satt til $\geq 2,15$. En slik cut off tilsvarte en prevalens av psykiske plager på 11,3 % i Oslo. Den valgte grenseverdi tilsvarte en prevalens av psykiske plager på 7,2 % i Nord-Trøndelag. Når psykiske plager ble målt med HSCL-10 i en stor delprøve av rundt 50.000 i samme HUNT-studie, var prevalensen ($HSCL-10 \geq 1,85$) 6,5 % i samme aldersgrupper. CONOR-MHI var sterkt korrelert med skårer på total HADS og HSCL-10 ($r \geq 0,8$) (Søgaard et al, 2003, s.283-284).

2.6 Fysisk aktivitet og symptombelastning på angst og depresjon

Fysisk aktivitet fremmer god helse. Det gir bedre humør og søvn, mer energi, og reduserer stress (Helsedirektoratet, 2021). Å være fysisk aktiv tilsvarende de vanlige helseanbefalingene, som er minst 150 til 300 minutter med moderat intensitet eller minst 75 til 150 minutter med høy intensitet, har en antidepressiv effekt (Helsedirektoratet, 2022). Ulike former for fysisk aktivitet og trening, som gange, jogging eller trening med vekter ser ut til å ha samme effekt, slik at det viktigste er ikke hvordan man trener, men at man er fysisk aktiv og bruker kroppen regelmessig. Den mulige effekten kan skyldes biologiske mekanismer, eller som nevnt over opplevelse av mestring og distraksjon fra negative og depressive tanker og følelser. I tillegg kan den sosiale sammenhengen treningen inngår i ha en effekt (Helsedirektoratet, 2009, s. 36). Regelmessig fysisk aktivitet i henhold til anbefalingene eller aktivitet med høy intensitet kan redusere angst, mens fysisk aktivitet har i noen studier vist seg å kunne redusere depressive symptomer like mye som medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2021).

En systematisk gjennomgang av meta-analyser gjennomført av Singh et al (2022) viste at fysisk aktivitet er svært effektivt for å forbedre og håndtere symptomer på depresjon og angst over et bredt spekter av den voksne befolkningen, inkludert befolkningen generelt, på tvers av mange populasjoner, hos personer med ulike diagnoser, psykiske lidelser og kronisk sykdom. Fordelen med trening for å forebygge og behandle depresjon og angst er generelt anerkjent, men det blir ofte oversett ved håndtering av disse tilstandene (Singh et al., 2022, s.1). Mange mennesker med depresjon og angst har komorbiditeter, og fysisk aktivitet er gunstig for deres psykisk helse og sykdomshåndtering. Dette understreker behovet og viktigheten for at fysisk aktivitet skal være en bærebjelke for å håndtere depresjon og angst. Alle typer fysisk aktivitet er effektive, og moderat til høy intensitet er mer effektiv enn lav intensitet. De fant at man oppnår store fordeler med kortere intervensjoner, noe som er forholdsmessig for helsetjenestene med tanke på kostnader, og at det ikke nødvendigvis er behov for intensive langsiktige intervensjoner for å oppnå terapeutisk fordel. Effektstørrelsene av reduksjon i symptomer på depresjon og angst er sammenlignbare med, eller litt større, effekter som er observert for psykoterapi og farmakoterapi. De mener at konklusjonen er tydelig, fysisk aktivitet er effektivt for å forbedre depresjon og angst i et bredt spekter av populasjoner. Alle typer aktiviteter er effektive, og høyere intensitet er

forbundet med større fordel. Dette understreker behov for fysisk aktivitet, inkludert strukturerte treningsintervensjoner, som hovedtilnærming for å håndtere depresjon og angst (Singh et al., 2022, s.10).

3. Materiale og metode

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for mitt vitenskapelige ståsted, før jeg videre forklarer forskningsdesignet valgt for å besvare problemstillingene mine. Jeg vil forklare hvordan det har blitt gjennomført kvantitativ undersøkelse, i form av spørreskjema og selvrapporteringskjema for symptombelastning for angst og depresjon gjennom prosjektet Fysioprime.

3.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign er alt som omhandler en undersøkelse, hva og hvem som skal undersøkes og hvordan denne skal gjennomføres. Hvilket forskningsdesign som kan/bør brukes for å hjelpe oss å besvare spørsmålet kommer an på hvilke spørsmål vi ønsker å ha besvart. Forskningsdesign er måten forskningen legges opp på og avgjør hva man får ut av arbeidet. Det sies at dataene fra en god studie kan analyseres på flere måter, men ingen analyse kan kompensere for studiets design. Et viktig skille i forskning på mennesker går mellom observasjonelle og eksperimentelle studier.

Den første problemstillingen (problemstilling 1a og 1b) i min studie benyttes en undersøkelse med observasjonell design, hvor formålet er å samle inn informasjon om en gruppe mennesker, uten at det gjøres noen forsøk på å påvirke de (Bjørndal & Hofoss, 2020, s.24) og informasjonen som er samlet inn om pasientene som oppsøker fysioterapi analyseres. Her ses det på hvilke faktorer som kjennetegner dem med høy symptombelastning på angst og depresjon.

I den andre problemstillingen (problemstilling 2) er det ønskelig å finne ut om det er endring i symptombelastning på angst og depresjon gjennom et behandlingsforløp hos fysioterapeuten og eventuelt hvilke faktorer som virker å være assosiert med endringer i symptombelastning på angst og depresjon. Den siste problemstillingen benyttes undersøkelse med et eksperimentelt design, men det gjennomføres ikke et eget forsøk på å påvirke endringen, det

sees kun på hvilken hvilke faktorer som kjennetegner de pasientene som opplever en endring i HSCL-10 gjennom behandlingsperioden, for å se om det er noen fellestrekk. Begge problemstillingene krever at inkluderer et større antall respondenter, for å finne trender og generalisere funnene til en større populasjon. I dette tilfellet gjelder det pasienter som mottar behandling hos fysioterapeut.

Metoden som er valgt til denne studien er kvantitativ metode, og studiens design for første del av problemstillingen er en deskriptiv tverrsnittstudie, mens andre del av problemstillingen har et longitudinelt studiedesign med den samme kohorten som kartlegges på to ulike tidspunkt, og hvor man her nærmer seg mer utforskende design ettersom det er ønskelig å se på årsakssammenhenger. Det er ikke en intervensjonsstudie. HSCL-10 vil være den avhengige effektvariabelen, den avhengige, i analysene.

3.1.1 Beskrivende tverrsnittstudie

Studios design for besvarelse av problemstillingen 1a og 1b er en deskriptiv tverrsnittstudie. Deskriptiv, eller beskrivende, statistikk, tar utgangspunkt i et datasett for så å se på hvordan enheter fordeler seg, enten i utvalg eller i populasjoner (Johannessen, s.48, 2009). For å forsøke finne svar på første del av problemstillingen om høy selvrapportert symptombelastning på angst og depresjon blant pasienter som oppsøker fysioterapi, og hvilke faktorer man ser som eventuelt er assosiert med høy selvrapportert symptombelastning, vil et slikt design være best egnet.

Jeg ønsker i min problemstilling undersøke hvor mange som har “et problem” eller mer konkret hvor mange av pasientene som oppsøker fysioterapi har en gjennomsnittskår over over cut off verdi på HSCL-10 for angst og depresjon. Cut off verdi på HSCL-10 er 1,85 (Strand et al, 2013, s. 115-117). I en observasjonell studie, er målet å samle informasjon om en gruppe mennesker uten å gjøre noe forsøk på å påvirke dem. Datamaterialet er samlet inn gjennom en tverrsnittsundersøkelse, hvor man på et bestemt tidspunkt, her ved oppstart fysioterapi, har målt en rekke variabler på de aktuelle pasientene. Dette er et observerende design (Bjørnstad & Hofoss, 2020, s. 25-27). Disse studiene gir et øyeblikksbilde av det fenomenet vi studerer og kan vise hvordan fenomener varierer på det aktuelle tidspunktet (Johannessen et al, 2021, s. 266).

Ettersom jeg også ønsker å se på hvilke faktorer som kjennetegner dem som scorer seg høyt på symptomtrykk for angst og depresjon, er det i tillegg ønskelig å undersøke årsakssammenhenger, eller kausalsammenhenger. I analyser av kausalsammenhenger skiller man mellom årsaksvariabler og effektvariabler, hvor årsaksvariabler er egenskaper og kjennetegn som påvirker eller antas å påvirke effektvariabelen. Det vil si at effektvariabelen lar seg påvirke og er derfor en avhengig variabel. Årsaksvariabelen er den som påvirker, men ikke lar seg påvirke av effektvariabelen, og er derfor den uavhengige (Johannessen, 2019, s. 329). HSCL-10 vil være effektvariabelen, den avhengige, i analysene.

3.1.2 Utforskende longitudinell undersøkelse - panelstudie

I problemstilling 2 er det ønskelig å undersøke endring over tid, ved hjelp av data samlet inn på to ulike tidspunkt - ved oppstart og etter 3 måneder. Dataen er hentet fra de samme personene ved to tidspunkt for å undersøke endringer i symptombelastning på angst og depresjon over tid. Studiedesignet brukt her er en longitudinell undersøkelse (Johannessen et al., 2021, s. 266). Ettersom det er en longitudinell undersøkelse som gjennomføres på to tidspunkter med de samme deltakerne, er den mer presise betegnelsen en panelstudie. Dette gir muligheter for å svare på problemstillingen ved å studere endringer over tid og det gir mulighet til å undersøke hvilke personer som eventuelt endrer seg, samt eventuelle sammenhenger. Her er det ønskelig å se på hva som kjennetegner dem som får en endring i symptomtrykk på angst og depresjon gjennom behandlingsforløpet (Johannessen et al., 2021, s. 268).

Designet i min oppgave blir derfor både tverrsnittstudie og panelstudie for å kunne besvare problemstillingene.

3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

Å kjenne historien er en forutsetning for å forstå hva vi selv er bærere av og gir oss muligheten til å ta bevisst stilling til hva vi vil videreføre (Thornquist, 2018, s.19). De

vitenskapsteoretiske tradisjonene kan deles i to hovedretninger, med positivismen og de empiriske retningene som den dominerende, og hermeneutikken som på mange måter representerer et alternativ til førstnevnte. Det kan på så måte trekkes et skille i forskningstradisjonen mellom det *positivistiske* og *hermeneutiske*. Ofte brukes det positivistiske som synonymt med naturvitenskapelig, når man forsøker å beskrive den vitenskapen som søker å forklare de fenomener som avdekkes. Den hermeneutiske vitenskapen forsøker ikke å bedømme de kausale sammenhengene eller finne årsaker til, men forsøker å forstå og fortolke. Disse to tradisjonene har ulikt epistemologisk og ontologisk ståsted, og bruker ulike måter for å innhente data. Selv om man benytter samme metode, vil ulikt vitenskapelig ståsted avgjøre hvordan man analyserer og tolker dataene (Bjørndal og Hofoss, 2020, s. 21).

I min studie ønsker jeg å se på utbredelse av symptombelastning på depresjon og angst hos pasienter som mottok fysioterapi og hvilke faktorer som kjennetegner pasientene som rapporterer høy symptombelastning samlet inn med et standardisert kartleggingsverktøy, Hopkins symptom checklisten 10, i tillegg til annen informasjon om pasientene. Dette gir også muligheten for å kunne se på årsakssammenhenger i forhold til depresjon og angst hos disse pasientene. Jeg ønsker å anvende statistikk for å kunne besvare problemstillingene mine, og det er derfor hensiktsmessig å benytte kvantitativ metode ettersom metoden anvender tall og benytter spesielle statistiske prosedyrer utviklet til å bearbeide dette. Analyse av kvantitative data skjer ved hjelp av opptelling. Selv om det dreier seg mye om statistiske teknikker, kreves det også her at man er kreativ og at man må *tolke* resultater. Uavhengig av om man velger kvantitativ eller kvalitativ metode består en vesentlig del av samfunnsforskningen av å tolke data. (Johannessen, 2019, s.261).

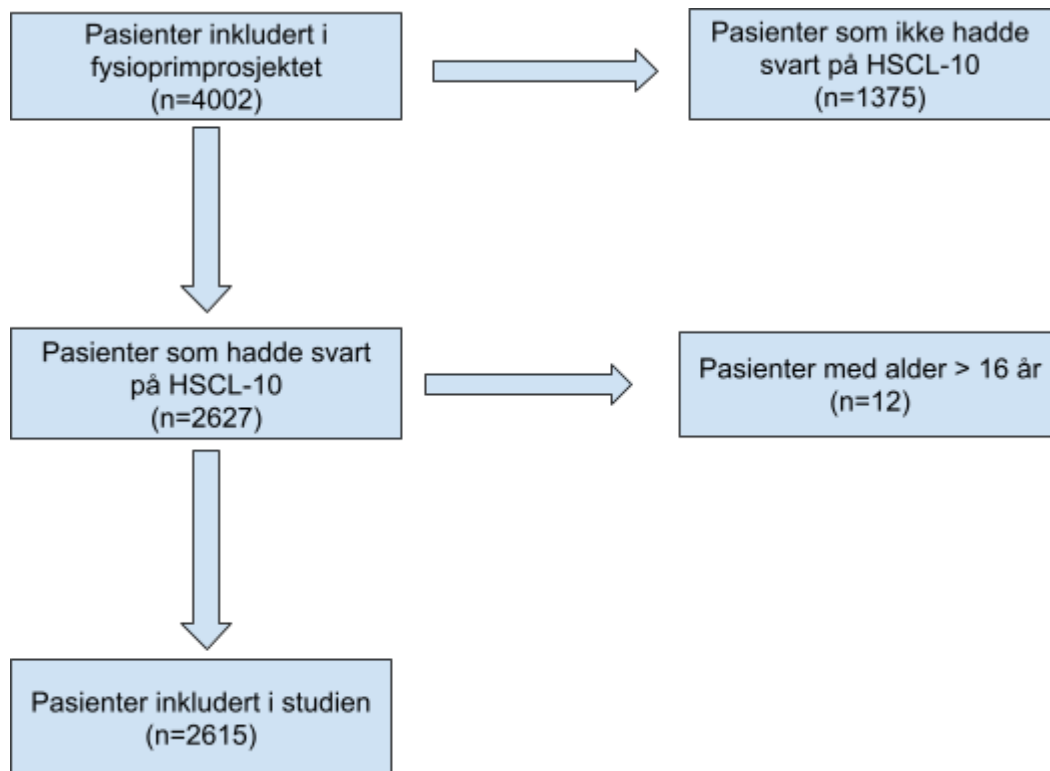
Sett i lys av at dette er en kvantitativ studie, vil det vitenskapelig ståstedet være nært knyttet til positivismen. Posivismen er interessert i å studere forskningsobjektet bit for bit. Når betegnelsen positivisme brukes i dag, viser dette til et vitenskapsideal som viderefører sentrale elementer i den positivistiske tenkningen, og utgangspunktet er fortsatt at det finnes objektiv virkelighet som vi gjennom observasjon kan erkjenne, om enn aldri så fullkomment. Vitenskapen sees på som det mektigste middelet for å oppnå best mulig kunnskap om virkeligheten, men man benekter ikke gyldigheten av andre former for kunnskap. Kravet for å nærme seg en mest mulig sikker og objektiv viten, det vil si god forskning, er metoden - en

arbeider med hypoteser som gjennom kontrollerte studier testes mot observerbare og målbare kvantitative data. Det som fortsatt står sentralt er årsakstenkningen, hvor målet er å finne antatte sammenhenger mellom årsaksfaktorer og virkningsfaktorer (Thomassen, 2006, s. 145). Når jeg omtaler positivisme, er det denne typen moderert positivisme jeg sikter til. Når det er sagt, selv om problemstilling og holdning ofte vil være styrende for et vitenskapelig ståsted, er nok min tilnærming noe mer pragmatisk enn beskrevet over.

3.3 Populasjon og utvalg, inkludert setting

Utvalget i denne studien er pasienter som mottar fysioterapi og studien er basert på data fra Fysioprim. Den fullstendige databasen inkluderte 4002 deltakere pr 25.10.19 (Amundsen et al., 2021, s. 2). Innsamlingsperioden var juni 2015 til juni 2020 (Evensen et al, 2018, s. 2). Inkludert i datainnsamlingen var 36 fysikalske institutter, fordelt på 9 ulike kommuner i Norge. Pasientene fikk behandling hos 109 ulike fysioterapeuter, hvor 74 av dem var generelle fysioterapeuter, 21 spesialisert som manuellterapeuter og 14 spesialisert som psykomotoriske fysioterapeuter (Amundsen et al., 2021, s. 2).

Datafilen med de inkluderte 4002 pasienter, inneholdt også en del data fra tidligere stadium av prosjektet hvor HSCL-10 ikke var en del av spørreskjema-basen. Et inklusjonskriterie for min studie var at pasientene hadde svart på HSCL-10 ved oppstart, dermed ble antall enheter redusert til 2627 stk. I tillegg ble det satt en grense på 16 år, og pasientene som var under 16 år ble ikke inkludert. Dette ble gjort på bakgrunn av at studier gjort blant ungdom (14-16 år) har funnet en lavere cut off verdi på HSCL-10 satt til 1,60 (Haavet et al, 2010,s. 236). Det er i denne studien tatt utgangspunkt i cut off verdien på 1,85 på HSCL-10 hos dem over 16 år. Bakgrunnen for cut off verdien er at man ut i fra funn i studier antar at de som får en gjennomsnittscore på 1,85 eller høyere på HSCL-10, har symptomer på psykiske plager, og at 50-60 % av disse tilfellene som identifiseres gjennom kartleggingsverktøyet mest sannsynlig vil ha en psykisk lidelse dersom de ble undersøkt av profesjonelle klinikere ved en klinisk undersøkelse (Strand et al, 2013, s. 115-117). Det totale antallet pasienter inkludert i min studie er derfor på 2615 stk, se flytskjema figur 3.1.



Figur 3.1 Flytskjema utvalg

3.4 Datainnsamling

Alle pasientene som fikk behandling hos de fysioterapeutene som hadde sagt ja til å delta i innsamlingen i prosjektperioden ble forespurt om å delta i fysioprim-prosjektet under deres første møte med fysioterapeuten og ble tildelt informasjon og samtykkeskjema.

Prosjektinformasjon og samtykkeskjema ble gitt ut og var tilgjengelig på norsk og engelsk.

I denne studien er datainnsamlingen gjennomført ved at baseline data ble samlet inn i to steg/trinn. Ved første møte ble data samlet inn og registrert av fysioterapeuten og pasienten sammen, i form av ulike spørreskjema på et nettbrett, hvor de etter utfylling ble enige om hovedmål for oppfølging. Fysioterapeuten registrerte så diagnoser og vurderte om pasienten skulle fylle ut spesifikke sykdoms- eller kartleggingsverktøy i tillegg til det som allerede var samlet inn av informasjon om pasienten. Pasienten fylte så ut spørreskjemaer på egen hånd,

enten ved å bruke nettbrett eller via en nettløse sendt på e-post. Det ble innhentet informasjon ved anamnese nødvendig slik at fysioterapeuten kunne gi riktig behandling. I tillegg ble samlet inn utvidet informasjon hvor hovedmålet var å bygge en database ved at man systematisk samlet inn data fra baseline gjennom hele behandlingsperioden, inkludert PROMs (skjema som måler hvordan pasienter opplever forhold knyttet til helse og sykdom), pasientens og fysioterapeutens hovedmål og planer for behandling, samt vurdering av måloppnåelse og resultat. Ved avsluttet behandling, eller ved maksimalt 3 måneder, evaluerte fysioterapeuten og pasienten igjen måloppnåelse og oppfyllelse av behandlingsplanen. Pasientene fylte deretter ut de samme standardiserte spørreskjemaene som ved baseline.

Alle pasienter som ble behandlet av fysioterapeut i privat praksis fikk påminnelser en gang i uken, inntil tre ganger, på sms og e-post, dersom de ikke hadde besvart spørreskjemaene. Alle data ble samlet inn elektronisk ved hjelp av en applikasjon kjøres på et nettbrett eller via en nettløse. Programvaren ble levert av Infopad AS (Evensen et al, 2018, s. 3-4).

Målet med prosjektet var å muliggjøre detaljerte beskrivelser av pasienter som mottar fysioterapitjenester, målsetting, type behandlinger og hvordan generell helse, fysisk funksjon og relevante kliniske faktorer endres underveis og etter behandlingsperioden. Database gir muligheter for å sammenligne pasienter som mottar fysioterapitjenester med informasjon fra nasjonale pasientregistre. Den inneholder beskrivelser av faktaspørsmål, altså de faktiske kjennetegn ved respondentene og deres omgivelser, alder, kjønn, utdanning, ansettelsesforhold og liknende. Videre er det atferdsspørsmål, som sier noe om hva folk gjør/har gjort knyttet til et kortere tidsrom, og holdningsspørsmål og meninger, særlig relatert til egen helsetilstand. Her brukes skalaer for å besvare (Evensen et al., 2018, s. 2).

3.5 Kartleggingsverktøy og Hopkins Symptom Checklist-10

I kvantitative metoder benyttes ofte strukturerte spørreskjemaer. Disse gir mulighet til å hente informasjon fra en større gruppe mennesker, og spørsmålene er strukturerte og ferdig formulerte. Noe av kvaliteten på slike spørreskjema er nettopp at respondentene svarer på de samme spørsmålene, at de er stilt på samme måte til alle og i samme rekkefølge. Det legges vekt på at spørsmålene skal oppfattes mest mulig likt for dem som skal svare, og det er denne standardiseringen av hele prosessen som er grunnleggende for at svarene som respondentene

gir skal kunne uttrykkes i tallkoder som definerer faste svarkategorier. Det spørreskjema ikke gir, er nærhet til de personene man ønsker å vite noe om, forskeren bruker ikke seg selv som instrument slik som man eksempelvis gjør i kvalitative metoder som intervju. Denne nærheten vil man ikke få ved et spørreskjema, da man sjelden møter respondentene direkte (Dalland, 2000, s. 185).

Et stort antall spørreskjema og kartleggingsverktøy har blitt utviklet for å måle psykologisk distress og psykiske helseproblemer, som angst og depresjon. Det ideelle kartleggingsverktøyet vil være omfattende, psykometrisk tilstrekkelig og kort. Det må være enkelt å gjennomføre, valid og reliabel i ulike befolkningsgrupper uavhengig av kjønn, alder, språk, sosioøkonomisk status eller kulturell bakgrunn (Strand et al. 2013, s.113).

Kartleggingsverktøy kan brukes på den generelle befolkning for å oppdage et fenomen, de som allerede har det eller identifisere de med økt risiko. Dette kan gi en oversikt over utbredelse av psykiske helseproblemer og hvem som bør henvises til utredning for diagnostisering. Det kan også brukes som et mål på effekt av behandlingstiltak. Selv om spørreskjemadata gir god informasjon om utbredelse av de symptomene som inngår i ulike psykiske lidelser, i første rekke angstlidelser og depressive lidelser, kan de ikke brukes til å stille diagnoser (Strand et al. 2013, s.113). Informasjonen kan også brukes i forskningssammenheng da det er egnet til innsamling av kvantitative og statistiske data (Leonard et al.,1974, s. 2).

Kartlegging ved bruk av selvrapporteringskjema har den fordelen av å reflektere gjennom personen selv, den som direkte opplever fenomenet. Alle andre observasjoner er begrenset til å rapportere tilsynelatende versjoner av pasientens opplevelse, basert på verbal respons og vedkommendes oppførsel. En annen fordel med selvrapporteringskjemaet er at det er tidsbesparende for klinikere. Innholdet i selvrapportering kan brukes som en tilleggskilde av klinikere, i framstillingen om pasientens status eller som en del av den kliniske vurderingen (Leonard et al., 1974, s. 2).

3.5.1 Hopkins Symptom Checklist -10 (HSCL-10)

Hopkins Symptom Checklist 10 (HSCL-10) måler symptomer på angst og depresjon, også betegnet som “mental distress” eller psykiske plager de siste 7 dagene. HSCL-10 er et kartleggingsverktøy som er utbredt i bruk i populasjonsundersøkelser, og har høy reliabilitet og validitet (Se avsnitt om testens psykometriske egenskaper under). Testen består av 10 spørsmål, hvorav 4 påstander er rettet mot angst og 6 på depresjon. Respondentene skal svare på om de den siste uken (til og med dagen i dag) har opplevd:

1. Plutselig frykt uten grunn
2. Føler deg redd eller engstelig
3. Matthet eller svimmelhet
4. Føler deg anspent eller oppjaget
5. Lett for å klandre deg selv
6. Søvnproblemer
7. Følelse av å være unyttig/lite verdt
8. Nedtrykt eller tungsindig (trist)
9. Følelse av at alt er et slit
10. Følelse av håpløshet i forhold til framtiden.

Påstanden responderes med “ikke plaget” (1), “litt plaget”(2), “ganske mye”(3) og “veldig mye” (4). Gjennomsnittlig skår regnes ut i fra svarene ved at svarverdiene blir summert og dividert på antall svar, slik at en person som har svart 1 (ikke plaget) på alle spørsmålene vil få gjennomsnittlig verdi på $10:10=1$, mens en som har svart 4 (veldig mye plaget) på alle, ville få $40:10=4$ i gjennomsnitt. Klinisk cut off verdi for psykiske plager er satt til 1,85 eller mer (Kleppang & Hagquist, 2016 s. 471).

3.5.2 HSCL-10 og dens psykometriske egenskaper

HSCL-10, som er mye brukt i norsk forskning og i befolkningsundersøkelser. Dette er kartleggingsverktøyet som er benyttet i FYSIOPRIM for å kartlegge selvrapportert symptombelastning for angst og depresjon hos pasienter, og danner grunnlaget for det datamaterialet jeg skal benytte. HSCL-90 er det opprinnelige kartleggingsverktøyet som

HSCL-10 er utviklet fra, og er et etablert kartleggingsverktøy for symptomer på depresjon, angst og generelt psykologisk stress (Schmalbach et al., 2021, s. 617).

HSCL-10 er en test for vurdering av symptomer på angst og depresjon, men består kun av 10 spørsmål relatert til angst og depresjon hentet ut fra den originale versjonen HSCL-90. Dette kan være en fordel ettersom de personene som skal svare på skjemaene ofte har nedsatt funksjonsevne når det kommer til kognitiv prosessering. Også i de tilfeller hvor det er ønskelig med en kort undersøkelse, eller en screening, er denne mer anvendbar enn de lengre versjonene (Schmalbach et al, 2021, s.617-618) Ettersom HSCL-10 vil den være mer tidsbesparende, mindre belastende for pasienten og mer anvendelig i en travel hverdag (Schmalbach et al., s., 2021, s. 617). HSCL-10 har blitt brukt i mange vestlige forskningsstudier som mål for psykisk helse (Dean et al., 1992, s.21-22).

Flere studier konkluderer med at HSCL-10 er en forkortning av i utgangspunktet en reliabel skala, slik at forkortningen medfører ikke noe tap av testens spesifisitet eller følsomhet (Schmalbach et al. 2021, s.618/Strand et. al, 2003, s. 115). Testens psykometriske egenskaper er funnet til å være gode og at modellens passform er akseptabel, til og med god. De fant reliabiliteten sett opp imot de lengre utgavene til å være lik, og om ikke bedre for HSCL-10. Testens måleegenskaper endrer seg ikke i ulike sosiodemografiske grupper, kjønn, alder, sivilstatus, utdanning eller arbeid. HSCL-10 er best på å avdekke depresjon. Den er derimot ikke like presis opp mot angstlidelse. Dette kommer av at det er for få spørsmål vedrørende emnet og at HSCL-10 har vanskelig for å skille mellom angst og depresjon det er det være vanskelig å skille mellom angst og depresjon mellom på grunn av den høye komorbiditeten mellom de (Schmalbach et al. 2021, s.619/Glaesmer et al, 2014, s.400).

Det er funnet bevis for streng måleinvarians på tvers av kjønnsgrupper og delvis streng invarians på tvers av aldersgrupper. (Schmalbach et al. 2021, s.623). Det avgjørende beviset for validitet hos HSCL-10 er at assosiasjonen til de tilsvarende underskalaene med liknende tester (PHQ-4 og BIS-18) er høy. Dette demonstrerer mål for konvergent validitet, altså hvor høy korrelasjon det er til andre metoder eller sammenlignbare mål for fenomenet. HSCL klarer ikke å differensiere mellom angst og depresjon på et tilstrekkelig nivå slik at det kan settes en klinisk diagnose. HSCL-10 er et tidseffektivt måleverktøy for kartlegging av psykiske symptomer på angst og depresjon og at det i hovedsak brukes som dette og kan ikke erstatte omfattende klinisk vurdering av angst og depresjon (Schmalbach et al., 2021, s 627-628).

Strand et al (2003), fant i sin studie en cut off verdi på HSCL-10 på 1,85. Det vil si at de regner de som får en gjennomsnittscore på 1,85 eller høyere på HSCL-10 til å ha symptomer på psykiske plager. De henviser videre til litteraturen som antar at 50-60% av tilfellene identifisert av testen mest sannsynlig vil ha en psykisk lidelse ved en klinisk undersøkelse gjennomført av profesjonelle klinikere. Også de konkluderer med at trolig testen predikerer depresjon bedre enn andre diagnoser, og generell angst som den nest beste, men at det bør suppleres med andre tester dersom det er ønskelig å dekke hele spekteret av psykiske lidelser (Strand et al, 2013, s. 115-117).

Studie gjort av Haavet et al (2010) anslår at HSCL-10 gir ansatte i primærhelsetjenesten en bedre mulighet til å oppdage unge med som lider av depresjon, men at det ikke skal erstatte kliniske undersøkelser. De viser videre til at HSCL-10 tilfredsstillende kriteriene for ekstern og intern validitet, og er et valid kartleggingsverktøy for mild, moderat og alvorlig depresjon hos unge. Siden HSCL-10 også inneholder spørsmål om angst, vil den kunne gi nyttig tilleggsinformasjon til klinikere (Haavet et al, 2010, s. 236).

3.6 Analyser

Jeg har valgt å bruke analyseverktøyet SPSS som er et dataprogram for statistisk analyse av kvantitative data.

Årsakssammenhenger består av et fenomen eller hendelse som skal forklares av et eller flere hendelser eller fenomener som gjør at den førstnevnte inntreffer. Det fenomenet eller hendelsen som virker inn på den andre kalles årsak, mens det fenomenet som blir påvirket kalles virkning. Det skiller i kvantitative analyser mellom årsaksvariabler og effektvariabler (Johannessen, 2021, s. 329).

Det ble gjennomført univariate analyser for å undersøke enkeltvariabler hver for seg, for så se hvordan enhetene fordeler seg på én enkelt egenskap eller fordeler seg på verdiene på en variabel, dette blant annet for å få oversikt over utvalget med tanke på kjønn, alder og liknende.

HSCL-10 score ved baseline er den avhengige variabelen i den første problemstillingen, og den er videre undersøkt gjennom bivariate analyser med kjønn, alder, arbeid, utdanning,

sivilstatus og arbeidsevne. Bivariat analyse undersøker sammenhengen mellom to variabler. Data på HSCL-10 finnes som en kontinuerlig variabel, men det som er interessant i første problemstilling var å se hvor mange som har en symptombelastning på angst og depresjon som er så høyt at det er behandlingstrengende. HSCL-10 har en cut off verdi på gjennomsnittskår 1,85, over dette regnes som høy symptombelastning på angst og depresjon. Dette vil være av klinisk relevans ettersom det antas at minst 60 prosent av disse vil kunne ha en diagnose på angst og depresjon dersom de ble undersøkt av en kliniker.

Videre analyser er derfor gjennomført med en dikotom variabel, over og under cut off 1,85 på HSCL-10. Angst og depresjon kan oppfattes som kontinuerlige fenomener, og indekser for mental helse som HSCL-10 kan brukes som kontinuerlige skalaer som representerer forskjellige grader av den underliggende dimensjonen. Imidlertid kan dikotomisering av indekser for mental helse være nyttig, og i dette tilfellet, for å svare på problemstilling 1, vil det være av størst klinisk relevans.

Hvilke analyser som gjøres er avhengig av målenivået til variablene (Johannessen et al., 2021, s.327). På grunn av valgt avhengig variabel var det mulig å kjøre for krysstabeller (statistisk signifikants ved khikvadrattest) og logistisk regresjonsanalyser på problemstilling 1. Logistisk regresjon ble først kjørt som bivariate analyser hvor de som var statistisk signifikante (her satt til $p < 0,2$) ble tatt med videre i en multivariat logistisk regresjonsanalyse. Logistisk regresjon er en matematisk modellering som kan benyttes for å beskrive sammenhengen mellom et sett av uavhengige årsaksvariabler og en dikotom avhengig variabel og hvor ser man på sammenhengen mellom en binær avhengig variabel og forklaringsvariabler som enten er kontinuerlige eller kategoriske. Der hvor de uavhengige variablene var kontinuerlig ble det gjennomført paired-sample-t-test. Det ble undersøkt i hvilken grad de uavhengige variablene har en påvirkning på selvrapportert symptomtrykk på angst og depresjon hos pasientene, og i så fall hvilke typer sammenhenger som arter seg (Johannessen, 2009, s.158).

For å forsøke svare ut den andre problemstillingen ble det laget en endringsvariabel med HSCL-10 score ved baseline, minus HSCL-10 ved 3 måneder, som viser endring av gjennomsnittskåren fra start til 3 måneder. Det ble også laget en dikotom variabel med over og under cut off 1,85 etter 3 måneder. I tillegg ble det gjennomført en paired-sample-t-test for å regne ut gjennomsnittet på de som hadde to målinger. Forskjeller mellom de uavhengige

variablenes påvirkning på symptomtrykk på depresjon og angst ble gjort i lineær regresjonsanalyser, først som bivariate analyser opp mot endringsvariabelen HSCL-10 oppstart til 3 måneder. Deretter ble de årsaksfaktorene som ble funnet signifikante (satt til $p < 0,2$) tatt med videre i en multivariat lineær regresjonsanalyse. Selv om det i hovedsak er statistisk signifikante variabler som skal tas med videre, baseres ikke inklusjon av variabler på statistisk signifikans alene (Johannessen, 2009, s.144).

Endringsvariabelen i problemstilling 2, ble valgt til å være HSCL-10 etter 3 måneder minus HSCL-10 ved baseline, dette fordi det ga at reduksjon i skår vises som minus verdi, mens en økning i skår fra oppstart til 3 måneder vil bli vist som en plussverdi. Dette gjorde tolkningen mer logisk, og enklere når man analyserte resultatene i de lineære regresjonsanalysene

I alle statistiske analyser kan det forekomme to typer feil. Det første er tilfeldige feil som skyldes at det er et begrenset antall personer med i undersøkelsen og systematiske skjevheter kan oppstå ved at de som deltar skiller seg fra de ikke deltar. For hver tabell som presenteres er det undersøkt om forskjellene er statistisk signifikante, noe som er angitt ved p-verdier. En liten p-verdi betyr at man med stor sikkerhet kan si at det er en reell forskjell, at de observerte forskjellene ikke bare skyldes tilfeldigheter. Derimot sier p-verdien ingenting om systematiske skjevheter. For å beregne p-verdier i krysstabeller er khikvadrattest benyttet.

3.6 Forskningsetikk

Etikk dreier seg først og fremst om hva vi kan gjøre og ikke mot hverandre, altså forholdet mellom mennesker, og forskningsetikk handler i hovedsak om å sikre at personene som deltar i en studie ikke utsettes for fysisk eller psykisk skade. Det er spesielt tre typer hensyn som man må tenke på. Den første er informantens rett til selvbestemmelse og autonomi. Det vil si at den som blir spurt om å delta skal kunne bestemme over sin egen deltakelse.

Vedkommende skal gi informert og frivillig samtykke og skal når som helst kunne trekke seg uten grunn. Det andre er at forskeren har plikt til å respektere informantens privatliv, og den enkelte har lov til å nekte forskeren adgang til opplysninger om seg selv. Det siste er at forskeren har ansvar for å unngå skade, det må vurderes om innsamling av data kan berøre

sårbar eller følsomme områder som det kan være vanskelig å bearbeide i ettertid, ettersom de som deltar skal utsettes for minst mulig belastning (Johannessen et al., s. 46, 2021).

Pasientene som deltok fikk ved oppstart informasjon om hva prosjektet gikk ut på og samtykkeskjemaet. Dette var tilgjengelig på norsk og engelsk. Programvaren ble levert av Infopad AS (www.infopad.no). Umiddelbart etter utfylling av spørreskjemaene ble alle data overført til en sikker server med kryptering i minnet. Dataene fra alle pasientene ble kopiert fra Infopad-serveren til en sikker server for forskningsdata ved Universitetet i Oslo (Tjenester for sensitive data). Datahåndtering ble gjort i henhold til universitetets kvalitetssikringssystem. Prosjektet er godkjent av Regionutvalget for medisinsk og helseforskningsetikk i Norge (REC nr. 2013/2) (Evensen et al, 2018, s. 3-4).

Fysioprim har en bred godkjenning fra REK og det var ikke behov for egen søknad til REK (Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) eller NSD (Norsk senter for dataforskning) for denne studien da man meldes inn som medarbeider i det opprinnelige prosjektet. Ettersom denne studien baserer seg på data som er samlet inn tidligere, har man ikke bedt pasientene vurdere byrden ved deltakelse av denne studien.

3.8 Validitet og reliabilitet

Grunnleggende spørsmål for all forskning, er datas pålitelighet, også kalt reliabilitet. Hvor nøyaktig er undersøkelsens data, hvilke data skal brukes, hvordan er de samlet inn og bearbeidet? Begrepet reliabilitet brukes altså om konsistens eller stabilitet i målinger, og det finnes ulike måter å teste datas reliabilitet på. Vi kan blant annet undersøke om et spørreskjema er “stabil”, ved å se om de samme personene markerer for de samme svarene på to forskjellige tidspunkter. Dette betegnes som test-retest-reliabilitet. Interreliabilitet (eller inter-rater-reliabilitet) er reliabiliteten man ser på når samme fenomen måles av ulike personer eller forskere (Johannessen et al., 2021, s. 27-28,). Symptomene for angst og depresjon ble målt med HSCL-10 og testen har i flere studier vist seg å være reliabel. En studie av Finsbråten et al 2021 fant testen til å ha akseptabel reliabilitet ved at de fant Cronbach’s alpha til å være 0.913(Finsbråten et al., 2021, s. 5-7).

Validitet er datas relevans eller gyldighet. Det dreier seg om hvor troverdige eller relevante data er, samt et spørsmål om generalisering (Johannessen et al., 2021, s. 427) Ettersom data ikke er selve virkeligheten, men representasjoner av den, vil et sentralt spørsmål være hvor godt data representerer fenomenet. Det skilles mellom ulike former for validitet.

Begrepsvaliditet handler om det er samsvar mellom teoretiske begreper og operasjonelle definisjoner. Måler vi det vi ønsker å måle? (Johannessen et al., 2021, s. 43). Eller også sagt, måler vi det vi *tror* vi skal måle. Dette betegnes også som *intern validitet*. Det sier noe om det er sammenheng mellom det fenomenet som undersøkes og de dataene som faktisk samles inn, det vil si troverdigheten. For å kontrollere om en studie er valid eller ikke, må man se på om påstandene valgt ut av kartleggingsskjemaet måler det som det spørres om i problemstillingen. Denne studien har som mål å kartlegge symptomtrykk for angst og depresjon, samt hva som kjennetegner disse pasientene. Påstandene i undersøkelsen spør om de har opplevd symptomer på angst og depresjon, gjennom skjemaet HSCL-10, i tillegg til andre skjemaer som hvor de krysser ut informasjon om seg selv, og andre kartleggingsskjemaer. Dette gir studien begrepsvaliditet.

Det tredje er overførbarheten eller generaliserbarheten, og resultatene kan overføres til liknende fenomener. Dette blir også kalt *ekstern validitet* (Johannessen et al., 2021, s. 256-257). Ekstern validitet er nok ikke like sterk i denne studien, da resultatene ikke er gyldige eller generaliserbare utover pasienter som oppsøker fysioterapi, for eksempelvis den generelle befolkningen.

Studier som blant annet Schmalbach et al (2021) har funnet høy korrelasjon mellom HSCL-10 og den lengre versjonen HSCL-25, men det mest avgjørende beviset for validitet hos HSCL-10 er at assosiasjonen til de tilsvarende underskalaene med liknende screeningverktøy for angst og depresjon som Patient Health Questionnaire PHQ-4 er høy. Dette viser mål for konvergent validitet, altså hvor høy korrelasjon det er til andre metoder eller sammenlignbare mål for fenomenet. Det er viktig å påpeke at HSCL.10 ikke klarer å differensiere mellom angst og depresjon på et tilstrekkelig nivå til at det kan settes en klinisk diagnose men skal brukes som et måleverktøy for kartlegging av psykiske symptomer (Schmalbach et al., 2021, s 627-628), men i denne studien skilles det ikke på angst og depresjon når det kommet til selvrapportert symptomtrykk.

Statistisk validitet omhandler generaliserbarheten fra utvalg til populasjonen. Et stort bortfall i utvalget vil true den statistiske validiteten. I dette utvalget har man ikke oversikt over hvor mange som har fått tilbud om delta i forskningsprosjektet, men som har takket nei. Det hentet inn data på et relativt stort antall pasienter, av dem var det 2615 som hadde svar på HSCL-10 og var aktuell for denne studien. Rundt 30 prosent av pasientene hadde ikke svart på oppfølgingsmålingen etter 3 måneder på HSCL-10. På retest HSCL-10 etter 3 måneder er det data på ca 1653 av de opprinnelige 2615. Dette frafallet her kan skyldes flere ting og det er ikke gjennomført frafallsanalyse. I og med at alle pasientene som oppsøkte fysioterapeut ble inkludert ved kartlegging, er det uvisst hvor mange av de som faktisk hadde oppfølging utover kartlegging og av en slik varighet at retesting med HSCL-10 ble gjennomført. Noen i trolig skyldes at de avsluttet behandling så tidlig at retesting av HSCL-10 ikke var aktuelt. Annen årsak kan være at fysioterapeutene valgte ut tester de mente var aktuelle, og det kan være slike vurderinger som ble gjort slik at retesting ikke ble gjennomført, alternativt at pasienten ikke ønsket. Det er fremdeles et relativt stort mengde data på som resultatene baseres på.

Ved innsamlingen av disse dataene til denne studien ble deler av spørreskjemaene og kartleggingsverktøyene fylt ut av pasient sammen med fysioterapeuten i klinikken, mens andre deler ble fylt ut hver for seg. Forskerne som i ettertid har fått tilgang til disse dataene i databasen, har ikke hatt noe direkte kontakt med disse pasientene som har svart på spørreskjemaene. Kritikken mot selvrapportering er at man uten motsigelser aksepterer gyldigheten av innholdet, det at man antar at pasienten kan og vil beskrive sine symptomer og adferd nøyaktig slik som de er.

Noe av svakheten her kan være om de som svarer på spørsmålene har riktig forståelse av ord og uttrykk på tilsvarende måte og vet hvilken informasjon som er nødvendig å trekke fram. Ordlyden i spørsmålene eller svaralternativene kan også bidra til dette. Selv om det er standardisert kartleggingsverktøy som er brukt, kan det likevel være stor variasjon i nøyaktigheten av egenrapportering. Det kan forekomme at spørsmål blir misforstått eller tolkes ulikt, og det er store individuelle forskjeller i hvordan vi vurderer egen situasjon. Psykisk helse vil for mange være et følsomt tema og dette vil kunne påvirke både om en ønsker å svare på spørsmålet og det kan også påvirke hvordan en bruker skalaer.

Ofte er spørsmålene tilbake i tid, noe som gjør at den ikke er tilgjengelig, men må hentes fra hukommelsen. I tillegg kan respondentene påvirkes av foregående spørsmål eller av svarkategoriene. Utformingen av skjemaet, hvordan det fremstår visuelt for de som skal svare digitalt, vil også kunne være en mulig kilde til uriktige eller manglende svar. De som svarer på e-post har heller ikke mulighet til å spørre om det er noe de lurer på rundt skjemaet. I tillegg kan det være at noen sensurerer svarene sine på grunn av konformitet, svarer det de tenker er riktig ut i fra normene i samfunnet, eller her i dette tilfeller hva de tror fysioterapeuten ønsker. Pasientens ønske om å bli oppfattet av omgivelsene på en spesifikk måte, kan potensielt gi både over- og underrapportering (Leonard et al.,1974, s. 2).

4. Resultater

4.1 Utvalget

I tabell 4.1 under viser hvordan utvalgets demografiske karakteristika er fordelt. Det var totalt 2615 pasienter inkludert i denne studien.

Tabell 4.1 Utvalgets demografiske karakteristika

Beskrivelse av utvalgets demografiske karakteristika n = 2615 (%)			
Kjønn (n = 2594)		Arbeidssituasjon (n = 2906)	
Kvinne	1815 (70,0)	Betalt arbeid	1036 (40,2)
Mann	799 (30,0)	Student	304 (11,8)
Alder (n = 2603)		Pensjonert	405 (15,7)
16-19 år	68 (2,6)	Uførepensjon	229 (8,9)
20-29 år	436 (16,7)	Sykemeldt	372 (14,2)
30-39 år	461 (17,7)	Arbeidsavklaring	181(7,0)
40-49 år	443 (17,0)	Arbeidsledig/Ulønnet arbeid	51(2,0)
50-59 år	485 (18,6)	Omsorgsansvar (n = 2109)	
60-69 år	423 (16,3)	Ingen	1431 (67,9)
70-89 år	287 (11,0)	1 barn	293 (13,9)
Sivilstatus (n = 2571)		2 barn	302 (14,3)
Gift/samboer	1760 (68,5)	3 barn eller fler	83 (4,0)

Skilt/separert	168 (6,5)	Fødested (n = 2568)	
Enke/Enkemann	80 (3,1)	Norge	2402 (93,5)
Singel/ugift	563 (21,9)	I Europa (innen EU/EØS)	93 (3,6)
Utdanning (n = 2587)		I Europa (utenfor EU/EØS)	12 (0,4)
Grunnskole eller mindre	107 (4,1)	Afrika	9 (0,4)
Videregående	836 (32,3)	Asia	30 (1,2)
4 års høyere utdanning	822 (31,8)	Nord-Amerika	12 (0,4)
Mer enn 4 års høyere	737 (28,5)	Sør-/sentral- Amerika	9 (0,4)
Annet	85 (3,3)	Oceania	1 (0,1)

Tabell 4.2 Alder

N	Valid	2603
	Missing	12
Gjennomsnitt	47,15	
Median	47	
St. avvik	16,965	
Minimum	16	
Maximum	89	

Utvalget besto av både av 70 % kvinner og 30 % menn, med alder fra 16 til 89 år. Gjennomsnittsalderen var 47,15 år og medianen 47 år, med et standardavvik på 17 år. Over halvparten av utvalget hadde høyere utdanning etter videregående skole. 32 % hadde videregående som sin høyeste utdanning, mens 4,1% kun hadde fullført grunnskole. Av personene i utvalget var rundt 40 % i betalt arbeid, mens ca litt over 20 % var gått av med pensjon eller AAP. Rundt 10 prosent var studenter. 13% var mottok sykemelding, mens rundt 7 % var uføre.

Flertallet av utvalget, i underkant av 70 %, hadde ikke omsorgsansvar for barn, mens de resterende hadde omsorg for 1 eller flere barn. 68,5 prosent oppga at de var gift eller samboer, mens rundt 20 % var singel/ugift. En liten prosentandel oppga at de var skilt (6,5 %) eller enke/enkemann (3,1%). Når det gjelder fødested/etnisitet var over 90 prosent født i

Norge, i underkant av 4 % kommer fra andre land i Europa innenfor EU eller EØS, mens de resterende 2 % oppga at de var født i Asia, Nord-Amerika eller Afrika.

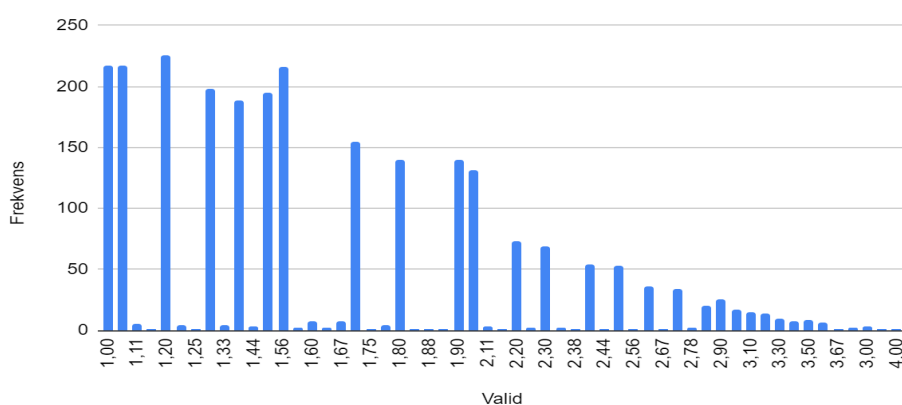
4.2 Forekomst og kjennetegn av symptombelastning på angst og depresjon målt med HSCL-10

Deskriptiv statistikk blir her brukt med den hensikt å undersøke fordelingen av selvrappoert symptombelastning på angst og depresjon målt med HSCL-10. Tabell 4.3 viser hvordan pasientene skåret på HSCL-10 ved oppstart hos fysioterapeut, gjengitt som gjennomsnitt, median og standardavvik.

Tabell 4.3 HSCL-10 oppstart

Statistics		
HSCL-10 sumscore baseline		
N	Valid	2615
	Missing	0
Mean		1,7
Median		1,6
St. Deviation		0,6
Minimum		1,0
Maximum		4,0

Score HSCL-10 start



Figur 4.1 Gjennomsnittlig HSCL-10 ved oppstart fysioterapi

Ved oppstart var 2615 pasienter som fylte ut HSCL-10. Gjennomsnittskåren til pasientene på dette tidspunktet var på 1,7, noe under cut-off verdien på 1,85, og med et standardavvik på 0,55. Skårene fordelte seg langs hele skalaen, fra 1,00 som er lavest mulig gjennomsnittsskår til 4,0 som er den høyeste mulig på HSCL-10. Som vist i figur 4.1 skåret flertallet seg på den nedre delen av skalaen og frekvensen avtar med høyere score.

Fordeling av pasienter ved oppstart fysioterapi over og under cut off verdien på 1,85 er presentert i tabell 4.3.

Tabell 4.4 Score HSCL-10 oppstart, over og under cut off 1,85

HSCL-10 baseline cut off n = 2615		frekvens	prosent (%)
	under cut off 1,85	1794	68,6
	over cut off 1,85 eller høyere	821	31,4
	total	2615	100

På selvrapportert symptomtrykk på angst og depresjon målt ved HSCL-10 hadde 31,4 % av pasientene en gjennomsnittsskår over cut off verdien på 1,85, altså over den verdien hvor det kan antas at de kan ha en angst- eller depresjonsdiagnose, og være behandlingstrengende.

4.3 Demografiske kjennetegn hos pasientene med gjennomsnittlig symptombelastning over cut off 1,85

I tabell 4.5 under presenteres det hva som kjennetegnet personer som hadde gjennomsnittsskår over cut off verdien 1,85 sammenliknet med de som hadde lavere skår.

4.3.1 Krysstabellanalyser

Krysstabeller med bivariate analyser ble utført for å gi en deskriptiv oversikt, for å se hvilken sammenheng det var mellom skåren på HSCL-10 over og under cut off, og de ulike

uavhengige variablene og resultatet av analysene er presentert i tabell 4.5. Tabellen viser også om sammenhengen/forskjellene er signifikante.

Tabell 4.5 Sammenhengen mellom sosiodemografiske, arbeidssituasjon, aktivitet og livskvalitet og HSCL-10 skår over og under cut off i absolutte tall (%)

Characteristics	%	HSCL-10 under 1,85	HSCL-10 over cut-off 1,85	Pearson's Chi-Square
				p-verdi
Kjønn (n = 2594)				
Kvinne (n=1815)	70,0	1164(64,1)	651 (35,9)	p < 0,001
Mann (n=779)	30,0	617 (79,2)	162 (20,8)	
Alder oppstart (n = 2603)				
16-19 år (n=68)	2,6	46 (67,6)	22 (32,4)	p < 0,001
20-39 år (n=897)	34,5	572 (63,8)	325 (36,2)	
40-59 år (n=928)	35,6	615 (66,3)	313 (33,7)	
60+ år (n=710)	27,3	554 (78,0)	156 (22,0)	
Sivilstatus (n = 2571)				
Gift/samboer (n=1760)	68,5	1256 (71,4)	504 (28,6)	p < 0,001
Skilt/separert (n=168)	6,5	101 (60,1)	67 (29,9)	
Enke/Enkemann (n=80)	3,1	61 (76,3)	19 (24,7)	
Singel/ugift (n=563)	21,9	342 (60,7)	221 (39,3)	
Utdanning (n = 2587)				
Grunnskole eller mindre (n=107)	4,1	70 (65,4)	37 (34,6)	p = 0,015
Videregående (n=836)	32,3	549 (65,7)	287 (34,3)	
4 års høyere utdanning (n=822)	31,8	569 (69,2)	253 (30,8)	
Mer enn 4 års høyere (n=737)	28,7	535 (72,6)	202 (27,4)	
Annet (n=85)	3,3	51 (60,0)	34 (40,0)	
Arbeidssituasjon (n=2578)				
Betalt arbeid (n=1036)	40,2	814 (73,6)	222 (21,4)	p < 0,001
Student (n=304)	11,8	211 (69,4)	93 (30,6)	
Pensjonist (n=405)	15,7	322 (79,5)	83 (20,5)	
Uførepensjon (n=229)	8,9	110 (48,0)	119 (50,2)	
Sykemeldt (n=372)	14,4	225 (60,5)	147 (39,5)	
Arbeidsavklaring (n=181)	7,0	54 (29,8)	127 (70,2)	
Arbeidsledig/ulønnet (n=51)	2,0	28 (54,9)	23 (45,1)	
Fødested				
Norge (n=2402)	93,5	1663 (69,2)	739 (31,8)	p = 0,007
I Europa (innen EU/EØS) (n=93)	3,6	55 (59,1)	38 (40,9)	
I Europa (utenfor EU/EØS) (n=12)	0,4	5 (41,7)	7 (59,3)	

p = 0,007

Afrika (n=9)	0,4	5 (55,6)	4 (44,4)	
Asia (n=30)	1,2	14 (46,7)	16 (54,3)	
Nord-Amerika (n=12)	0,4	10 (83,3)	2 (16,7)	
Sør- eller Sentral-Amerika (n=9)	0,4	7 (77,8)	2 (22,2)	
Oceania (n=1)	0,1	0 (0,0)	1 (100,0)	
Fysisk aktivitet (n = 2419)				
aldri (n=89)	3,7	46 (51,7)	43 (48,3)	
mindre enn 1 gang i uken (n=213)	8,8	122 (57,3)	91 (42,7)	
en gang i uken (n=309)	12,8	204 (66,0)	105 (34,0)	
2-3 gang i uken (n=1184)	48,9	840 (70,9)	344 (29,1)	
ca hver dag (n=642)	25,8	450 (72,1)	174 (27,9)	p < 0,001
Aktivitet intensitet (n = 2253)				
lett, uten å bli andpusten eller svett (n=775)	34,4	487 (62,8)	228(37,2)	
andpusten og svett (n=1363)	60,5	990 (72,6)	373 (27,4)	
tilnærmet makspuls eller utslitt (n=115)	5,1	84 (73,0)	31 (27,0)	p < 0,001
Søvn (n = 2367)				
sover normalt (n=728)	30,8	646 (88,7)	82 (11,3)	
noe problemer (n=816)	34,5	620 (76,0)	96 (24,0)	
moderate problemer (n=590)	24,9	293 (49,7)	297 (50,3)	
store problemer (n=220)	9,3	66 (30,0)	154 (70,0)	
alvorlig søvnløshet (n=13)	0,5	1 (7,7)	12 (92,3)	p < 0,001
Vitalitet (n =2367)				
Frisk og energisk (n=548)	23,2	529 (96,5)	19 (3,5)	
Litt sliten (n=1012)	42,8	825 (81,5)	187 (18,5)	
moderat sliten (n=472),	19,9	213 (45,1)	259 (54,9)	
veldig sliten (n=287)	12,1	58 (20,2)	229 (79,8)	
ekstremt sliten (n=48)	2,0	1 (2,1)	47 (97,9)	p < 0,001

Av pasientene som hadde en gjennomsnittskår cutoff på HSCL-10 1,85 var det en større andel kvinner enn menn (3,9% versus 20,8%), og forskjellen mellom dem var signifikant ($p < 0,001$). I de yngste aldersgruppene var det i overkant 30 prosent av pasientene som skåret seg over cut off 1,85 men hos de eldste (60+) ble denne prosentandelen en del lavere, rundt 20 prosent ($p < 0,001$). Høyest var andelen hos de i alderen 20-39 år (36,2%).

Like i underkant av 30 % av de som oppga at de var gift/samboer, hadde et gjennomsnittskår over cut off 1,85. Denne prosentandelen var tilnærmet lik hos de som var skilt. Hos de pasientene som var single eller ugift, så man at andelen av de som hadde en gjennomsnittskår over cut off var noe høyere (40 %), og forskjellen mellom gruppene var signifikant ($p < 0,001$).

Prosentandelen som skåret seg over cut off verdien 1,85 var høyest hos de med lavest utdanning, grunnskole og videregående skole (34 %), og denne prosentandelen sank med høyere utdanning. Forskjellen mellom gruppene var signifikant ($p=0,015$).

I forhold til arbeidssituasjonen var det de som oppga at de var på arbeidsavklaring som hadde klart høyest prosentandel over cut off verdien 1,85 (70 %). Hos de med uførepensjon eller arbeidsledig skåret rundt halvparten seg over cut off, mens hos de som var sykemeldt var det rundt 40 prosent som hadde gjennomsnittlig skår over 1,85. Forskjellene mellom gruppene var signifikante ($p<0,001$).

Hovedandelen av pasientene oppga at de var født i Norge (93 %) og av disse skåret 30 prosent seg over cut off verdien. Størst prosentandel over cut off verdien på HSCL-10 (1,85) så man blant de som oppga at de var født i Europa men utenfor EU/EØS (60 %) etterfulgt av de som oppga at de var født i Asia (50 %). Av de som oppga at de var født i Europa innenfor EU/EØS eller Afrika, var det rundt 40 % som hadde skår over cut off på 1,85. Tendensen var at det å ikke være født i Norge, var assosiert med en høyere prosentandel over cut off verdien på HSCL-10. Forskjellen mellom gruppene var signifikant ($p=0,07$).

I forhold til fysisk aktivitet var det de som oppga at de aldri var aktiv som hadde høyest prosentandel med gjennomsnittlig skår over cut off verdien 1,85 (48%). Jo mer fysisk aktiv de oppga at de var, jo lavere ble prosentandelen som skåret seg over cut off. Forskjellen mellom gruppene var signifikant ($p<0,001$). Denne tendensen så man også når det kom til intensitet på aktiviteten, jo høyere intensitet jo lavere prosentandel hadde en skår over cut off. Også her var forskjellene mellom gruppene signifikante ($p<0,001$).

Kun 11 prosent av de som oppga at de sov normalt om natten, skåret over cut off på HSCL-10. Prosentandelen som skåret over cut off økte betraktelig med at graden av søvnproblemer økte. Halvparten hos de med moderate problemer hadde skår over cut off, mens hos de som oppga at de hadde store søvnproblemer, skåret 70 prosent seg over cut off. Hos de med alvorlige søvnproblemer gjaldt dette for hele 90 prosent av pasientene. Forskjellen mellom gruppene var signifikant ($p<0,001$).

I forhold til helse og vitalitet var det kun 3 prosent som oppga at de var “frisk og energisk” som hadde en gjennomsnittskår over cut off verdien 1,85. Til sammenlikning var det størsteparten av de som oppga at følte seg litt sliten (81%) som skåret seg over cut off. Jo mer sliten pasientene oppga at de var, jo høyere var prosentandelen over cut off. Av de som svarte at de var ekstremt sliten, hadde tilnærmet alle (98%) gjennomsnittskår over cut off på HSCL-10. Forskjellen mellom gruppene var signifikant ($p < 0,001$).

Variabelen arbeidsevne (1-12) var kontinuerlig variabel og det ble derfor gjennomført en independent sample t-test i stedet for krysstabell med chi-kvadrattest. Resultatene fra analysen er presentert i tabell 4.6.

Tabell 4.6 Independent sample t-test, HSCL-10 og arbeidsevne

		Levene's Test for Equality of variances				T-test for Equality of Means		95% Confidence interval of the Difference			
		F	Sig.			Significance				Mean Difference	Std. Error Difference
				t	df	One-sided p	Two-sided p				
Arbeidsevne 1-12	Equal variances assumed	2,391	0,122	15,300	1960	< 0,001	< 0,001	2,152	0,141	1,876	2,428
	Equal variances not assumed			15,582	1414,401	< 0,001	< 0,001	-1,274	0,138	1,881	2,473

Gjennomsnittlig skår på selvrapportert arbeidsevne hos de over og under cut off var henholdsvis 6 og 4. De som skåret seg under cut off, rapporterte gjennomsnittlig høyere arbeidsevne og det var statistisk signifikant forskjell mellom de to gruppene ($p < 0,001$). (KI fra 1,9-2,4 styrker hypotesen/resultatet at de under cut off skårer høyere enn de over cut off på arbeidsevne).

4.3.2 Logistisk regresjonsanalyse

Det ble gjennomført bivariate logistisk regresjonsanalyse av hver av forklaringsvariablene for å undersøke sammenhengen mellom den avhengige variabelen (HSCL-10 ved baseline) og

forklaringsvariablene. HSCL-10 over og under cut off, som var den avhengige variabelen, hadde to kategorier (dikotom), 0 (under cut off) og 1 (over cut off).

Tabell 4.7 viser resultater fra både de bivariate og multivariate analysene. Logistisk regresjon bivariat under ujusterte effekter og multivariat under justerte effekter. De uavhengige variablene med $p < 0,2$ i bivariate analysen ble tatt med videre til den multivariate. De med høyere verdi ble ikke tatt med videre.

Tabell 4.7 Logistisk regresjonsanalyse med HSCL-10 over og under cut off som avhengig variabel.

Variabel		Ujusterte effekter			Justerte effekter (n=1593)		
		OR	95% KI	p-verdi	OR	95% KI	p-verdi
Kjønn (n=2594)	Mann (ref)	(ref)			(ref)		
	mann =0 Kvinne=1	Kvinne	2,1	1,7-2,6	<0,001	1,3	0,9- 1,7
Alder (n=2603)	< 20 år (ref)	(ref)			ikke inkl.		
	20-39 år	1,2	0,7-2,0	0,521			
	40-59 år	1,1	0,6-1,8	0,817			
	60 + år	0,6	0,3-1,0	0,589			
Sivilstatus (n=2571)	Gift/samboer(ref)	(ref)			(ref)		
	skilt/separert	1,7	1,2-2,3	0,002	1,3	0,7-2,2	0,390
	enke/enkemann	0,8	0,5-1,3	0,344	0,3	0,6-1,4	0,139
	singel	1,6	1,3-2,0	<0,001	1,7	0,9-2,4	0,005
Utdanning (n=2587)	Grunnskole (referanse)	(ref)			ikke inkl.		
	Videregående	1,0	0,6-1,5	0,959			
	4 års høyere utd.	0,8	0,6-1,3	0,425			
	mer enn 4 års høyere	0,7	0,5-1,1	0,125			
	annet	0,5	0,7-2,2	0,440			
Arbeid (n=2578)	betalt arbeid (referanse)	(ref)			(ref)		
	student	1,6	1,2-2,2	<0,001	2,0	1,1-3,7	0,028
	pensjonist	0,9	0,7-1,3	0,696	1,4	0,3-6,4	0,637
	uførepensjon	4,0	2,9-5,3	< 0,001	1,3	0,8-2,1	0,300
	sykemeldt	2,4	1,9-3,1	< 0,001	1,2	0,8-1,9	0,334
	arbeidsavklaring	8,6	6,1-12,3	< 0,001	2,3	1,3-3,9	0,003
	arbeidsledig/ulønnet	3	1,7-5,3	< 0,001	3,5	1,5-7,9	0,003
Fødested(n=2565)	Norge (ref)	(ref)			(ref)		

	Europa (EU/EØS)	1,5	1,0-2,4	0,041	1,7	0,9-3,3	0,102
	Europa utenfor (EU/EØS)	3,1	1,0-9,9	0,051	1,1	0,2-7,3	0,894
	Afrika	1,8	0,5-6,7	0,383	2,1	0,2-26,1	0,568
	Asia	2,5	1,2-5,3	0,011	4,7	1,5-14,7	0,008
	Nord-Amerika	0,4	0,1-2,1	0,302	0,9	0,05-17,9	0,958
	Mellom/sør-Amerika	0,6	0,1-3,1	0,642	1,4	0,01-1,5	0,102
	Oceania	3628806819	0	1	2577519 3663	0	
Vitalitet(n=2367)	Sunn og energisk (ref)						
	Litt sliten	6,2	3,9-10,2	<0,001	4,5	2,4-8,4	<0,001
	Moderat sliten	33,9	20,7-55,4	<0,001	20,4	10,7-38,7	<0,001
	Veldig sliten	110	64,0-188,8	<0,001	50,4	24,8-102,7	<0,001
	Ekstremt sliten	1308,6	171-9993	<0,001	269,4	32,7-2222,4	<0,001
Søvn(n=2367)	Sover normalt (ref)						
	Litt problemer	3,2	2,4-4,3	<0,001	1,9	1,3-2,8	0,001
	moderate problemer	7,5	5,4-10,6	<0,001	3,0	2,0-4,4	<0,001
	Store problemer	19,4	12,0-31,4	<0,001	5,2	3,0-9,1	<0,001
	alvorlige problemer	11329304093	0	0,999	3,8	0,4-38,9	0,260
Fysisk aktivitet frekvens (n=2419)	aldri (ref)						
	mindre enn 1 pr uke	0,8	0,5-1,3	0,373	0,6	0,3-1,0	0,069
	1 per uke	0,6	0,3-0,9	0,014	0,6	0,4-1,0	0,072
	2-3 per uke	0,4	0,3-0,7	<0,001	0,8	0,5-1,3	0,355
	ca hver dag	0,4	0,3-0,6	<0,001			
Fysisk aktivitet varighet (n=2253)							
	lett u. andpusten/svett (ref)				ref		
	andpusten/svett	0,6	0,5-0,8	<0,001	1,3	0,9-1,7	0,
	nesten max	0,6	0,4-1,0	0,034	1,3	0,6-2,6	0,132
arbeidsevne(n=1962)	arbeidsevne (0-10)	0,8	0,8-0,8	<0,001		0,9-1,0	0,471

Logistisk regresjon ble kjørt for å vurdere sammenhengen mellom gjennomsnittskår på HSCL-10 over og under cut off og alder, sivilstatus, utdanningsnivå, fødested, vitalitet, søvn, fysisk aktivitet og arbeidsevne. Hvordan den avhengige variabelen “HSCL- over og under cut off 1,85 var assosiert med variablene hver for seg, bivariat, som man kan lese av på venstresiden av tabell 4.7.

Det var mer enn dobbelt så stor sannsynlighet for kvinner som for menn å ha en skår over cut off på HSCL-10. Det å være skilt var assosiert med 70 % høyere odds for å ha en skår over cut off verdien på HSCL-10 sammenliknet med hvis man var gift ($p=0,002$). Dersom man var singel hadde man 60 prosent større odds for å ha cut off verdi over 1,85 ($p<0,001$), sammenliknet med de som var gift.

Det å være i arbeid var forbundet med lavere odds for å ha en skåre over cut off verdien på 1,85. De som oppga at de var på arbeidsavklaring hadde hele 8 ganger større sjanse for å ha en skår over cut off, sammenliknet med de som var i arbeid ($p<0,001$). De som mottok uførepensjon hadde 4 ganger større sjanse for å ha en skår over cut off ($p<0,001$). Ved å være sykemeldt var oddsen dobbelt så stor for skår over cut off ($p<0,001$), mens hos de som var arbeidsledig/ulønnede var den 3 ganger så stor ($p<0,001$).

Det å være født utenfor Norge (ha innvandrerbakgrunn) var assosiert med større risiko for å få en skår over cut off, størst odds hadde de som var født i Europa innenfor EU/EØS (OR 3,1, $p=0,041$), etterfulgt av de oppga at de var født i Asia ($p=0,011$).

På selvrapportering på subjektive måleparameter så var det å føle seg litt sliten assosiert med en 6 ganger høyere risiko for skår over cut off ($p<0,001$). Oddsen for skår over cut off økte betydelig med hvor sliten man opplevde at man var. De som oppga at de var veldig sliten hadde over 100 ganger større sjanse for å ha en skår over cut off. Hos de som var ekstremt sliten er tallet svært høyt, og til gjengjeld er det et stort/bredt konfidensintervall, som kan komme av at det ikke var så mange i denne kategorien (48 stk) og tilnærmet alle skåret seg over cut off. Disse forskjellene var statistisk signifikante ($p<0,001$).

De som rapporterte at de hadde moderate problemer med søvn, hadde en 7 ganger høyere risiko for å skåre over cut off sammenliknet med de som oppga at de sov normalt ($p<0,001$). De som oppga store problemer hadde hele 19 ganger større risiko ($p<0,001$). Også hos de som oppga at de bare hadde litt problemer med søvn, ble oddsen tre ganger så stor å ha en skår over cut off ($p<0,001$). Det at OR på alvorlige problemer i forhold til søvn hadde så høye tall, med stort KI kommer, av at det er svært få respondenter. Kun fire oppga at de hadde alvorlige søvnproblemer og alle var over cut off.

Det å være fysisk aktiv én gang i uka eller mer var assosiert med lavere odds for en skår over cut off ($p=0.014$). Sannsynligheten for skår over cut off ble mindre jo mer aktiv de var, sammenliknet med de som aldri var aktive ($p<0,001$). Det samme gjaldt for intensiteten, dersom man ble andpusten eller svett ($p<0,001$), eller utmattet ($p=0,034$), reduserte dette risikoen for å skåre over cut off sammenlikne med de ikke ble svett/andpusten. I forhold til arbeidsevne så var det høyere risiko for en skår over cut off dersom man har lav skår på arbeidsevne ($p<0,001$) og et smalt konfidensintervall (0,8-0,8) tyder på at utvalget var representativt og variasjonen liten innad i utvalget.

I den multivariate logistiske regresjonsanalyser, ble variablene kjønn, sivilstatus, arbeidssituasjon, fødested, vitalitet, fysisk aktivitet og søvn tatt med videre og kontrollert for hverandre. På høyre side av tabell 4.7 ser man de variablene som var statistisk signifikante og faktorer assosiert med gjennomsnittskår på HSCL over 1,85. Som man kan se av tabellen var det å være å være singel ($p=0,005$) assosiert med nesten dobbel så stor risiko for en gjennomsnittlig skår over 1,85, og det samme gjaldt for studenter ($p=0,028$). Videre var det å være på arbeidsavklaring ($p=0,003$) eller arbeidsledig ($p=0,003$) var assosiert med mer henholdsvis dobbel og tredobbel så stor sjans for gjennomsnittskår over 1,85. I tillegg så man i den multivariate analysen at det å ha innvandrerbakgrunn ved å være født i Asia ($p=0,008$), føle seg sliten, alt fra litt til ekstremt sliten ($p<0,001$), og ha nedsatt søvnkvalitet, litt ($p=0,025$) moderat ($p<0,01$) eller store ($p<0,001$) var assosiert med større sannsynlighet for å ha en gjennomsnittlig skår over cut off 1,85 på HSCL-10. Det å føle seg litt til ekstremt sliten hadde størst sannsynlighet å gi et høyt symptomtrykk for angst og depresjon ($HSCL-10>1,85$). Hosmer og Lemeshow-testen indikerte en god passform ($p=0,731$).

4.4 Endring i symptombelastning gjennom behandlingsforløp

Ved retest av HSCL-10 etter 3 måneder var det 1653 av de 2615 opprinnelige pasientene, de som hadde svar på HSCL-10 baseline, som svarte. Det vil si at det var 962 missing.

Tabell 4.8 viser fordelingen av hva pasientene skåret etter 3 måneder med oppfølging hos fysioterapeut, her gitt ved gjennomsnittlig skår på HSCL-10.

Tabell 4.8 HSCL-10 ved 3 mnd

Statistics		baseline	3 mnd
HSCL-10 sumscore 3 mnd			
N	Valid	2615	1653
	Missing	0	962
Mean		1,7	1,6
Median		1,6	1,4
St. Deviation		0,6	0,5
Minimum		1,0	1,0
Maximum		4,0	3,8

Sammenliknet med tallene ved baseline, se tabell 4.8, var gjennomsnittsskåren for HSCL-10 lavere enn ved oppstart. 1,7 versus 1,6. Det samme gjaldt median, 1,6 sammenliknet med 1,4 etter 3 måneder. Det var heller ingen som skåret på 4,0 etter 3 måneder, ettersom maximum var 3,80.

Fordeling av pasienter ved etter 3 måneder med oppfølging hos fysioterapeut, over og under cut off verdien på 1,85 er presentert i tabell 4.9 under.

Tabell 4.9 HSCL-10 over og under cut off ved oppstart og 3 mnd

HSCL-10 under og over cut off 1,85		oppstart frekvens (%)	3 mnd frekvens (%)
	under cut off 1,85	1794 (68,6)	1259 (76,2)
	over cut off 1,85 eller høyere	821 (31,4)	394 (23,8)
	total	2615 (100)	1653 (100)

Av de 1653 som besvarte HSCL-10 etter 3 måneder, var det prosentmessig en lavere andel som oppga at de hadde symptomer på angst og depresjon over cut off verdien på 1,85. Som oppgitt i tabell 4.15 oppga 23,8 prosent av pasientene en skår over cut off verdien ved 3 mnd, sammenliknet med ved oppstart hvor det var 31,4 prosent av pasientene.

Tabell 4.10 Endring gjennomsnittlig skår HSCL-10 fra baseline til 3 måneder

Endring i HSCL-10 ved 3 mnd (n=1653)	frekvens (%)
-1,70 - -1,0	31 (1,9)
-0,90 - -0,1	871 (52,7)
0	301 (18,2)
0,1 - 1,0	445 (26,9)
1,1 - 1,6	5 (0,3)

Tabell 4.10 viser endring i HSCL-10 fra baseline til 3 måneder, hvor negativt fortegn betyr reduksjon i gjennomsnittlig skår og en reduksjon i symptombelastning på angst og depresjon. Rundt 50 prosent av pasientene som hadde en reduksjon i symptombelastning på angst og depresjon målt med HSCL-10 fra oppstart til 3 måneder. 18 prosent oppga ingen endring i symptomtrykk, mens 27 prosent av pasientene oppga en økning i symptombelastning på angst og depresjon 3 måneder etter oppstart med fysioterapi.

Tabell 4.11 viser krysstabell med over og under cut off 1,85 på HSCL-10 ved oppstart og 3 måneder.

Tabell 4.11 Krysstabell HSCL-10 over og under cut off 1,85 ved start og 3 mnd.

		HSCL-10 baseline			
HSCL-10 3 mnd		under cut off 1,85	over cut off 1,85	total	Chi-square
		under cut off 1,85	1073 (93,1)	186 (37,1)	
	over cut off 1,85	79 (6,9)	315 (62,9)	394 (23,8)	
	total	1152(100,0)	501 (100,0)	1653 (100,0)	<0,001

Som lest av tabell 4.11 var det 37,1 prosent av de som hadde en skår på HSCL-10 over cut off 1,85 ved oppstart som hadde fått en reduksjon i skår ved 3 måneder slik at de var under cut off verdien 1,85 etter 3 måneder. Det vil si at symptomtrykket på angst og depresjon var

under det man regner som behandlingstrengende. 6,9 prosent hadde fått en økning i skår som medførte at de gikk fra under cut off 1,85 ved oppstart til å være over cut off ved 3 måneder ($p < 0,001$).

4.4.1 Lineær regresjon

Det ble gjennomført bivariate lineær regresjonsanalyse alle de aktuelle uavhengige variablene/forklaringsfaktorene, for å se hvordan forventet gjennomsnittlig verdi av endringsvariabelen HSCL-10 varierte med endringen på de uavhengige variablene. Forklaringsfaktorene er basert på hva pasientene oppga ved baseline.

Tabellen 4.12 viser lineær regresjon med hver enkelt forklaringsvariabel for endring i HSCL-10 på venstre side, under “ujusterte”. Dersom p-verdien var $< 0,20$ ble forklaringsvariabelen tatt med videre i multippel regresjonsanalyse, tabell 4.12 på høyre side under justerte. De uavhengige variablene ble inkludert simultant i analysen.

Tabell 14.12 Endring i HSCL-10 fra baseline til 3 måneder og mulige forklaringsfaktorer

Variabel		Ujusterte effekter			Adjusted R-square	Justerte effekter (n=1117)			Adjusted R-square
		Unstandardized coefficient B	95% KI	p-verdi		Standardized coefficients B	95% KI	p-verdi	
Kjønn (n=1647)	Mann	(ref)				(ref)			
	Kvinne	-0,05	0,01-0,09	0,007	0,004	-0,45	-0,1-0,00	0,047	
Alder (n=1651)	Alder	0,002	0,03-0,01	< 0,001	0,009	0,002	0,000-0,004	0,030	
Sivilstatus	Sivilstatus	-0,03	-0,02-0,1	0,710	0,000	ikke inkl			
Utdanning (n=1641)	Grunnskole	(ref)				ikke inkl			
	Videregående	-0,05	-0,15-0,04	0,260					
	4 års høyere	-0,06	-0,16-0,03	0,184					
	> 4 års høyere	-0,04	-0,14-0,05	0,343					
	annet	0,01	-0,12-0,13	0,926	0,002				
Arbeid (n=)	Betalt arbeid					(ref)			
	Student	-0,06	-0,11 - 0,00	0,058		-0,03	-0,14 - 0,08	0,567	
	Pensjonist	0,03	-0,02 - 0,08	0,185		0,00	-0,21 - 0,20	0,993	
	Uførepensjon	0,02	-0,04 - 0,08	0,572		0,05	-0,03 - 0,14	0,186	

0,04

0,005

	Sykemeldt	-0,5	-0,11 - -0,002	0,039		-0,02	-0,09 - 0,05	0,607
	Arbeidsavklarings	0,02	-0,05 - 0,09	0,624		0,12	0,03 - 0,21	0,010
	Arbeidsledig	0,03	-0,10 - 0,16	0,677		0,04	-0,10 - 0,18	0,565
Fødested (n=1634)	Fødested	0,002	-0,03-0,03	0,888	0,000	ikke inkl		
Vitalitet (n=1535)	Sunn og energisk	(ref)						
	Litt sliten	-0,07	-0,11- -0,03	0,002		-0,04	-0,10 - 0,19	0,184
	Moderat sliten	-0,12	-0,17- -0,07	< 0,001		-0,07	-0,14 - 0,00	0,063
	Veldig sliten	-0,19	-0,25 - -0,13	< 0,001	0,028	-0,17	- 0,25 - 0,08	0,000
	Ekstremt sliten					-0,17	-0,32 - -0,02	0,026
Søvn (n=1533)	Normal	(ref)				(ref)		
	Litt problemer	-0,07	-0,12 - -0,03	0,001		-0,08	-0,14 - -0,03	0,004
	Moderate problemer	-0,12	-0,17 - -0,07	<0,001		-0,09	-0,15 - -0,03	0,005
	Store problemer	-0,05	-0,11-0,01	0,112	0,015	0,00	-0,09 - 0,08	0,883
Fysisk aktivitet frekvens (n=1557)	aldri	(ref)				(ref)		
	mindre enn 1 pr uke	-0,08	-0,19 - 0,03	0,140		-0,09	-0,22-0,03	0,152
	1 per uke	-0,09	-0,19-0,01	0,094		-0,12	-0,24-0,00	0,052
	2-3 per uke	-0,04	-0,14-0,05	0,355		-0,08	-0,19-0,03	0,158
	ca hver dag	-0,03	-0,13-0,06	0,518	0,001	-0,09	-0,20-0,03	0,138
Fysisk aktivitet varighet (n=1458)	lett u. andpusten/svett	(ref)				ikke inkl.		
	andpusten/svett	0,001	-0,36-0,04	0,937				
	nesten max	0,03	-0,06-0,12	0,521	-0,001			
Arbeidsevne (n=1237)	Arbeidsevne 1-10	0,005	-0,00-0,01	0,086	0,002	0,000	-0,01- -0,01	0,872

Resultatet av hvordan endringsvariabelen på HSCL-10 var assosiert med de uavhengige variablene hver for seg, bivariat, kan leses av på venstre side av tabell 4.12. Adjusted R viser hvor mye av avhengige variabelen som forklares av de uavhengige variablene. Av de utvalgte variablene så er det relativt lav prosentandel av variasjonen som kan forklares ut ifra disse.

Det å være kvinne var assosiert med reduksjon i HSCL-10 fra baseline til 3 måneder, sammenliknet med det å være mann ($p=0,007$). R Square var lik 0,004, det vil si at kjønn

forklarte 0,4 prosent av endringen i HSCL-10. Alder var relatert til en liten økning i gjennomsnittlig skår på HSCL-10 fra oppstart til 3 måneder. Hvert års økning i alder, var assosiert med en økning på 0,002 på endringsvariabelen ($p < 0,001$). Det å være sykmeldt var assosiert med en reduksjon i skår på HSCL-10 fra baseline til 3 måneder, sammenliknet med de som var i lønnet arbeid ($p = 0,039$). Arbeidssituasjonen forklarte 0,5 prosent av den totale variasjonen i endringsvariabelen HSCL-10.

Arbeidsevne var relatert til en økning i HSCL-10 fra oppstart til 3 måneder, det vil si at for hver enhets økning på skalaen for arbeidsevne, var det en økning på 0,005 på endringsvariabelen.

Vitalitet og søvn var det som hadde størst betydning blant forklaringsfaktorene. Størst reduksjon i gjennomsnittlig skår på HSCL-10 hadde de som oppga at de hadde moderate søvnproblemer ved baseline, ($B = -0,12$, $p < 0,001$) og de som oppga at de var veldig sliten ($B = -0,19$, $p < 0,001$). Litt problemer med søvn var også assosiert med reduksjon i skår på HSCL-10 ($p = 0,001$). Vitalitet og søvn forklarte henholdsvis 2,9 prosent og 1,5 prosent av den totale variansen i endring av HSCL-10 fra start til 3 måneder

På høyresiden i tabell 4.7 sees den multiple regresjonsanalysen hvor de uavhengige variablene er kontrollert for hverandre. Som nevnt tidligere ble de med $p < 0,2$ tatt med videre fra de bivariate analysene. Kontrollert for hverandre var det kjønn, alder, om man går på arbeidsavklaring, har lette eller moderate søvnproblemer, samt føler seg svært sliten, som var statistisk signifikante og som man kan anta er faktorer assosiert med endring på HSCL-10 fra baseline til 3 måneder. Det å være kvinne var assosiert med en reduksjon ($B = -0,45$, $p = 0,047$) i gjennomsnittlig skår på HSCL-10 fra baseline til 3 måneder, mens alder var assosiert med liten økning ($B = 0,002$, $p = 0,035$) i HSCL-10. De som oppga at de var på arbeidsavklaring, hadde en gjennomsnittlig økning ($B = 0,12$) i skår på HSCL-10 fra oppstart til 3 måneder. Økningen i gjennomsnittlig endring på HSCL-10 ble større ($\beta = 0,02$) kontrollert for de andre variablene ($p = 0,008$). Det å ha litt søvnproblemer ($B = -0,04$, $p = 0,004$) eller moderate søvnproblemer ($B = -0,07$, $p = 0,005$), var assosiert med reduksjon i gjennomsnittlig skår på HSCL-10 etter 3 måneder oppfølging hos fysioterapeut. En annen faktor som er verdt å nevne at det å være fysisk aktiv én gang i uka ($B = 1,2$, $p = 0,052$) var assosiert med reduksjon i skår på HSCL-10, og selv om den var like over signifikansnivået er det likevel en viktig tendens som bør tas med videre i diskusjonen.

Oppsummert var det å være kvinne, fysisk aktiv én gang i uka, det å ha lette eller moderate søvnproblemer, føle seg veldig sliten, var assosiert med reduksjon i gjennomsnittlig skår på HSCL-10 fra oppstart til 3 måneder, mens økende alder og å være på arbeidsavklaring var assosiert med en økning i gjennomsnittlig skår. Det var også en tendens til at å være fysisk aktiv én gang i uka var assosiert med reduksjon i HSCL-10.

Adjusted R-square (0,04), tilsa at 4 prosent av variasjonen i den avhengige variabelen ble forklart av de uavhengige variablene. En lav Adjusted R-square kan tyde på at modellen ikke er optimal for å forklare den totale variasjonen i endringsvariabelen HSCL-10 fra baseline til 3 måneder. 96 prosent av variasjonen ikke kan tilskrives forskjeller i de variablene som er brukt i analysen. Variabelene søvnkvalitet og vitalitet, var forklaringsfaktorene som hadde størst betydning.

5. Diskusjon

I dette kapittelet skal jeg diskutere forekomst av selvrapportert symptombelastning på angst og depresjon hos pasienter som mottar fysioterapi målt med HSCL-10, og hvilke faktorer som er assosiert med høy symptombelastning over cutoff verdien på HSCL-10 over 1,85. Videre diskuteres det om det var en endring i symptombelastning hos pasientene gjennom oppfølgingsperioden på inntil 3 måneder, og hvilke faktorer som var assosiert med en eventuell endring.

5.1 Forekomst, risikofaktorer og risikofaktorer for høy symptombelastning på angst og depresjon.

I avsnittene under er problemstillingene 1a og 1b diskutert hver for seg, før funnene oppsummeres.

5.1.1 Forekomst av symptombelastning i ulike grupper

Gjennomsnittlig skår på HSCL-10 ved oppstart hos utvalget var 1,7, og andelen som skåret seg over cut off-verdien på 1,85 var 31,4 %. Funn fra denne studien tyder på at det er høyere prosentandelen av kvinner (30%) som har en gjennomsnittsskår over 1,85 på HSCL-10 sammenlignet med menn (20%). Ser man på andre studier gjort på utbredelse av symptomtrykk på psykiske helseplager blant befolkningen (HUNT og HUBRO) har de gjort liknende funn. Det er en større andel kvinner som rapporterer høyt symptomtrykk i forhold til menn, men at andelen som rapporterer høyt symptomtrykk på angst og depresjon i denne studien er høyere enn hva man har sett i generelle befolkningsstudier. I HUNT-undersøkelsen oppga 13 % av kvinnene og 10 % av mennene moderat til høyt symptomtrykk fra psykiske helseplager (CONOR-MHI >2). Symptomtrykk målt med CONOR-MHI, gir et godt sammenligningsgrunnlag med HSCL-10, ettersom CONOR-MHI er sterkt korrelert med totalskår på HSCL-10 (Søgaard et al, 2003, s. 283). Selv om HUNT- og HUBRO-undersøkelsene ikke er representative for hele populasjonen i Norge, gir de en indikasjon på utbredelse av symptomtrykk på psykiske helseplager som angst og depresjon. Ut ifra disse tallene ser man at det er høyere forekomst av symptomer på angst og depresjon blant pasientene i denne studien sammenlignet med befolkningen i helseundersøkelsene, men at forskjellene mellom kjønn er lik.

Årsaken til den høyere prosentandelen med høyt symptombelastningen på angst og depresjon, kan komme av at utvalget i denne studien besto av pasienter som mottok fysioterapi, som er en klinisk populasjon. De har hatt behov for oppfølging hos fysioterapeut av ulike årsaker, hovedsakelig på grunn av nedsatt funksjon, kroppslige symptomer i form av smerter og ubehag som som hodepine, energimangel, uro, muskelspenninger eller muskelsmerter, og svimmelhet som de vanligste. Dette er også sentrale symptomer ved depresjon og angst (Helsedirektoratet 2009, s.9, Martinsen & Taube, 2009, s. 214). Angst og depresjon er som nevnt tidligere ofte underdiagnostisert, omtrent halvparten av alle som er deprimerte, oppsøker ikke hjelp eller de presenterer heller de kroppslige plager framfor de psykiske. Ettersom angst og depresjon hos mange ofte først og fremst viser seg som kroppslige plager og legges fram som det (Helsedirektoratet, 2010, s. 21), kan det tenkes at mange som mottar fysioterapi får behandling for disse symptomene uten at de egentlige eller underliggende problemene adresseres. Depresjon kan også oppstå som direkte følge av somatisk sykdom, bivirkninger av medikamenter eller på grunn av rusmidler. Flere somatiske sykdommer har økt risiko for depresjon, blant annet KOLS, hjerneslag, hjertesykdom, revmatiske sykdommer, MS, Parkinson sykdom og demens (Helsedirektoratet, 2010. s. 21-23). Dette er

diagnosegrupper som ofte benytter seg av fysioterapi for behandling av sine fysiske plager/utfordringer. Når man da ser på utvalget her, kan man anta at dette er personer som kan ha høyere andel stress i sin tilværelse, i form av fysiske plager og funksjonsnedsettelse, kanskje grunnet sykdom, og at dette kan ha påvirket arbeidssituasjonen, inntekt og sosial fungering. Dette kan komme i tillegg til andre livshendelser og belastninger tidligere i livet. Man vet ut i fra stress-sårbarhetsmodellen at alle mennesker har styrker og sårbarheter for hvordan man takler stress, og denne sårbarheten er en avgjørende faktor for forståelsen for hvordan man utvikler en psykisk lidelse (Zubin og Spring, 1977, s. 109).

Selv om det er valgt å avgrense denne studien til å sammenlikne de som mottar fysioterapi med den generelle befolkningen, er det interessant å helt kort se på hvordan pasientene som mottar fysioterapi kommer ut med tanke på symptomtrykk sammenliknet med to klinisk studier. Den første er gjort blant innsatte i norske fengsel, uten der fant de at gjennomsnittlig skåren for de innsatte noe høyere (1,84) sammenliknet med hos pasientene som mottok fysioterapi (1,7). Derimot var andelen av de innsatte som hadde et gjennomsnittsskår høyere enn 1,85 på rundt 30 prosent, noe som var tilsvarende prosentandelen i denne studien. Blant de fengselsinnsatte så man en større andel kvinner som var sterkt plaget (41%), sammenlignet med menn (28%) (Bukten et al, 2016, s. 18), noe som er tilsvarende funnene i denne studien. Med tanke belastningen det er å sone i fengsel, være frarøvet sin frihet og livet man har levd som har ledet opp til fengselsstraff, kunne man kanskje anta at denne kliniske populasjonen ville ha flere med gjennomsnittsskår over 1,85, sammenlignet med personer som mottar fysioterapi. En litt mindre studie som sammenliknet personer som hadde mottatt sosialhjelp over lengre tid og normalbefolkningen, fant de at langt flere sosialhjelpsmottakere (57,0%) enn befolkningen generelt (10,1%) rapporterte klinisk meningsfulle nivåer av psykiske plager (HSCL-10>1,85). Denne gruppen hadde en høyere andel menn, ugifte og lav utdanning sammenlignet med befolkningen for øvrig (Løyland et al., 2011, s. 303).

Funnene fra denne studien viser at symptombelastningen for angst og depresjon blant pasienter som mottar fysioterapi er relativt høyt, sammenliknet med den generelle befolkningen. Dette er kanskje ikke så overraskende tatt i betraktning at det er en klinisk populasjon som oppsøker fysioterapibehandling for fysiske plager, men likevel er noe overraskende at andelen med høy symptombelastning på angst og depresjon er så stor at det er på nivå med hva som rapporteres av de innsatte i fengsel.

5.1.2 Risikogrupper og risikofaktorer knyttet til forekomst av høy symptombelastning på angst og depresjon

Det man fant i denne studien når det kommer til risikofaktorer knyttet til høy symptombelastning på angst og depresjon er i hovedsak trender som man kjenner igjen fra befolkningsstudier i Norge. Likevel er det noen funn som skiller seg litt ut. Det var også noen funn som man kanskje hadde forventet kom fram tydeligere enn hva de gjorde i den studien, basert på tidligere funn i befolkningsstudier. Resultatene viste at det å være singel, student, være på arbeidsavklaring eller arbeidsledig, samt å ha innvandrerbakgrunn (født i Asia) var assosiert med større sannsynlighet for en gjennomsnittskår over 1,85. I forhold til faktorer på hvilken opplevelse man har til egen helse så man at det å føle seg sliten, alt fra litt til ekstremt, og å ha nedsatt søvnkvalitet assosiert med høy symptombelastning på angst og depresjon (HSCL-10>1,85).

I denne studien så man at rundt en tredjedel av de yngste (16-19 år) hadde gjennomsnittsskår over cut off 1,85. Høyest var prosentandelen hos unge voksne mellom 20 og 39 år (36%). Selv om tendensen er lik, skiller dette seg litt fra andre studier gjort på forekomst hos befolkningen i Norge. Flere studier, deriblant HUNT, viser til at det er gjennomgående hos de yngste at de finner høyest andel med psykisk helseplager, mens det er en nedgang blant de eldre (Sund et al., 2020, s. 36). Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse viste også at det ser ut til å være en økning blant unge i aldersgruppen 16-24 år når det gjelder psykiske plager, og at den synkende med alder før den øker igjen hos de aller eldste. Flere studier har vist forholdsvis høye forekomster av psykiske lidelser blant de aller eldste (Reneflot et al., 2018, s. 29-32), det så man ikke blant pasientene som mottok fysioterapi. Andelen med gjennomsnittsskår over 1,85 var tydelig lavest hos de som var 60+ (20%). Det at man heller ikke så samme høye andelen med høyt symptomtrykk på angst og depresjon blant de yngste i denne studien, kan komme av at det ikke er så stor andel av denne aldersgruppen som mottar fysioterapi, i denne studien utgjorde de i underkant av tre prosent. Hos de mellom 20-39 år, er det mange som er i etableringsfasen, under utdanning, jobb og barn, hvor det er mye forventninger og press på hva som skal bli eller skulle ha blitt. En annen forklaringen kan være at det har blitt større åpenhet og kjennskap til psykisk helse de siste årene, at psykisk helse dermed er blitt mindre skambelagt, spesielt hos de yngre de yngre generasjonene (Mæland, 2012, s. 158). Dette kan medføre at de yngre rapporterer og at de rapporterer mer, men dette vil trolig ikke kunne være hele forklaringen. Alder viste seg å ikke ha en

sammenheng med høy symptombelastning på angst og depresjon, kontrollert for de andre variablene.

Å være alene var en risikofaktor for å ha et gjennomsnittskår over 1,85 på HSCL-10. En høyere prosentandel av de som var single eller skilt oppga at de hadde høyt symptomtrykk på angst og depresjon og sammenliknet med de som var gift eller samboere ga det en mye høyere sannsynlighet for en skår over cut off 1,85. Mangel på nære personer i livet og sikkerhetsnett så ut til å være assosiert med høyt symptomtrykk på angst og depresjon. Kontrollert for de andre variablene, var det bare det å være singel som var assosiert med høyt symptomtrykk på angst og depresjon.

Selv om det å være singel ikke er ensbetydende med å være ensom, kan det tenkes at ensomhet spiller en rolle her. Studier har vist at ensomhet og manglende forhold til nære omsorgspersoner gir en særlig sårbarhet for psykiske lidelser (Mæland, 2012, s. 158). De som lever i samliv oppgir en signifikant høyere grad av mestring, vitalitet og tilfredshet enn de som lever alene. Personer som lever i samliv oppgir generelt bedre livskvalitet enn personer som lever alene både i Norge og i andre land (Reneflot et al. 2018, s.154). Men kun dersom samlivet oppleves som godt. Problemer i mellommenneskelige relasjoner vil på samme måte som det å oppleve ensomhet, gi økt risiko for å utvikle angst og depresjon (Folkehelseinstituttet, 2018, s.48). Forskning viser at belastende hendelser kan fungere som utløsende eller vedlikeholdende årsaker til psykiske lidelser senere i livet (Reneflot, 2018, s. 49). Om dette utvikler seg til psykisk sykdom, avhenger blant annet av hvor mye støtte vedkommende får av sine nærmeste (Mæland, 2012, s. 158). Stress i form av slike større hendelser gir en omstilling i livet, og personer som er alene kan være spesielt utsatte dersom man går gjennom disse omstillingene uten noen nære personer støtte seg til. Ifølge stress-sårbarhetsmodellen vil reaksjonen til personen som opplever stress være innenfor normalen så lenge stressnivået som fremkalles holder seg under sårbarhetsterskelen. Det er når stressnivået overstiger denne terskelen, at risikoen for å utvikle psykisk lidelse vil øke. Dersom sårbarheten er stor enten medfødt eller ervervet for eksempel traumer, sykdom, lav selvfølelse eller manglende sosialt nettverk, kan man selv om man har hatt en oppvekst med moderate påkjenninger eller stress utvikle psykisk sykdom (Zubin & Spring, 1977, s. 109-111).

Kanskje kan det å være singel bety at man ikke har noen betrodde nære, og at man ofte står alene i de utfordringene livet bringer med seg, og derfor er mer sårbar og mottakelig for

stress. Det er likevel vanskelig å fastslå årsaksretning her, sammenhenger mellom visse miljøfaktorer og psykiske lidelser, er det vanskelig å avgjøre om det er en direkte årsakssammenheng eller ikke. Det kan også tenkes at personen er singel som et resultat av den symptombelastningen man har på angst og depresjon. For eksempel kan det være at personer som har økt sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser, isolerer seg og dermed opplever mer ensomhet enn andre (Reneflot et al., 2018, s. 58.)

Kanskje spiller ensomhet også en rolle i den andre faktoren man fant til å være assosiert med høyt symptomtrykk på angst og depresjon, nemlig det å være student. Studenter er i en overgang til voksenlivet. De skal klare seg selv, flytte hjemmefra, etablere nytt sosialt nettverk og levere på høye krav. Det er flere store omveltninger i livet samtidig. Med tanke på omfanget av psykiske plager man har sett i helseundersøkelser blant studenter, ser det ut til å gjøre studentene mer utsatte og sårbare (Knapstad et al., 2021, s. 9). Liknende funn fant de i en undersøkelse gjort blant studenter i høyere utdanning hvor de så på endringer i selvrapportert symptomtrykk på angst og depresjon målt med HSCL-25. De fant en klar økning i selvrapporterte psykiske plager fra 2010-2018 på tvers av kjønn og aldersgrupper. Endringen var tydeligst hos kvinnelige studenter. Tallene for psykiske plager var også høyere blant studentene enn andre i samme alder (Knapstad et al., 2021, s. 2).

Sosioøkonomisk posisjon målt gjennom utdanning, yrke og inntekt, er godt dokumentert at det har en sammenheng med psykisk helse (Reneflot et al., 2018, s.48). Arbeidsavklaring og arbeidsledig var den av de to variablene som var assosiert med høyt symptomtrykk på angst og depresjon i denne studien. I en rekke studier trekkes forskjeller mellom utdanningsgruppene fram som en faktor i forhold til psykisk helse, hvor de med lavest utdanning systematisk har høyere andeler med psykiske plager enn de med videregående utdanning, som igjen har høyere enn de med høyere utdanning (Sund et al., 2020, s. 36/Grøtvedt, 2002, s. 50). Blant pasientene i denne studien så man også at det var signifikante forskjell mellom utdanningsnivå når det kommer til symptomtrykk på angst og depresjon. Lavest prosentandel med gjennomsnittskår over 1,85% ser man blant dem med høyest utdanning (27 %), mens andelen økte med reduksjon i utdanningsnivå. Man ser ingen forskjeller mellom de som hadde fullført grunnskole og videregående. Et kanskje noe overraskende funn i denne studien, med tanke på funn i andre studier, er at utdanningsnivået ikke virker til å være en av faktorene som er assosiert med høyt symptomtrykk på angst og depresjon.

Det man derimot ser i denne studien er at symptombelastning på angst og depresjon varierer med arbeidssituasjonen. Dette er i samsvar med andre studier som har vist at de som arbeider fulltid har lavere symptombelastning enn de som jobber redusert eller av årsaker ikke jobber (Grøtvedt, 2002, s.49). Inntekt har i flere studier vist seg å være en faktor assosiert med høyere symptomtrykk på angst og depresjon (Reneflot et al., 2018, s.48). Funnene i denne studien viser at yrkesaktivitet påvirker graden av symptombelastning på angst og depresjon, og at det er en betydelig forskjell mellom gruppene. Hos de som er i betalt arbeid, ser man at det er en lavere prosentandel med gjennomsnittskår over 1,85 sammenliknet med de andre variablene, bare hos pensjonistene er andelen lavere. Det å stå utenfor arbeidslivet av ulike årsaker, og usikkerhet rundt inntekt, ser ut å øke sannsynligheten for høyt symptomtrykk for angst og depresjon. Dette så man også i denne studien, spesielt hos de som oppga at de var på arbeidsavklaring, hvor mer enn to tredjedeler rapporterte høyt symptomtrykk på angst og depresjon. En studie fant at sosialhjelpsmottakere (57%) rapporterte betydelig høyere gjennomsnittlig symptombelastning på angst og depresjon (HSCL-10 > 1,85) og lavere livskvalitet enn befolkningen generelt (10%) (Løyland et al., 2011, s. 303).

Det ser ut å være en tydelig sammenheng mellom å være på arbeidsavklaring eller arbeidsledig, og gjennomsnittlig høy symptombelastning på angst og depresjon, og disse faktorene ble i denne studien funnet til å være assosiert med høyt symptomtrykk på angst og depresjon også kontrollert for de andre variablene. Arbeidsavklaringspenger er et tiltak som sikrer inntekt i en periode hvor man ikke kan jobbe på grunn av sykdom eller skade, og bakgrunn for å motta dette er at man har nedsatt arbeidsevne til under 50 % (nav.no, 2023). Den svært høye andelen som rapporterer høyt symptomtrykk hos de på arbeidsavklaring kan komme av at det er en midlertidig situasjon og det er knyttet usikkerhet til videre inntekt og arbeidsevne. I tillegg vet man at depresjon ofte kan forekomme ved somatiske sykdommer (Aarre, 2014, s.136), som ofte er en av grunnene til at man har arbeidsavklaring i utgangspunktet. Det samme kan sies å gjelde for de som er arbeidsledige, også her er det trolig stor usikkerhet knyttet til inntekt og hva framtiden bringer. Dette kan medføre stress. Arbeidsledighet medfører både psykiske og kroppslige helseplager, og man preges av resignasjon. Manglende deltakelse i arbeidslivet kan føre til at man isolerer seg sosialt. Det blir en ond sirkel av passivitet, tilbaketrekning og grubling (Mæland, 2012, s.190). Andre studier har også vist til at ansettelsesforhold og månedlig inntekt virker til å være høye prediktorer for høy symptombelastning for angst og depresjon målt med HSCL-10 (Stand et

al, 2003 s.115/Schmalbach et al, 2021, s.628), og funnene i denne studien støtter opp om dette. Det er likevel vanskelig å avgjøre om det er klare årsakssammenhenger eller ikke når man ser på faktorer som arbeidsliv. Det kan også være at det er motsatt, at depresjon eller angst påvirker mellommenneskelige relasjoner og tilknytning til arbeidslivet, Reneflot et al.2018, s. 58).

De fleste pasientene i denne studien var født i Norge (93%) og av disse var det rundt en tredjedel som hadde et gjennomsnittskår over 1,85. De som oppga et annet fødeland enn Norge hadde en større prosentandel som rapporterte høy symptombelastning på angst og depresjon. Antallet pasienter fra noen av verdensdelene er relativt lav, noe som vil kunne påvirke påliteligheten i tallene og de må tolkes med forsiktighet. Det finnes ingen norske forekomststudier på psykiske lidelser blant innvandrere, derfor er kunnskapen om forekomsten av psykiske plager i den voksne innvandrerbefolkningen er mangelfull og basert på utdaterte opplysninger eller små og skjeve utvalg (Reneflot, 2018, s. 32). Av de studiene som er gjort ser man at det er en høyere andel av innvandrere fra ikke-vestlige land som rapporterer om mer psykiske plager enn i hva det er i den øvrige befolkningen (Grøtvedt, 2002, 49). I følge Sentralbyrås sin nye levekårsundersøkelse blant 10 store innvandrergrupper er det dobbelt så mange innvandrere som rapporterer om betydelige psykiske plager sammenliknet med etnisk norske (Reneflot, 2018, s, 32). Det er derfor kanskje ikke overraskende at man i denne studien ser en høyere prosentandel med gjennomsnittskår over 1,85 blant de som oppga annet fødested enn Norge (med unntak av Nord- og Sør-Amerika). I denne studien fant man at å ha innvandrerbakgrunn ved å være født i Asia, er en faktor assosiert med høy symptombelastning på angst og depresjon, også kontrollert for de andre variablene.

I spørreskjemaene var det også holdningsspørsmål og meninger knyttet til egen helsetilstand, og blant disse så man at hvordan man opplever sin egen vitalitet og søvnkvalitet er faktorer assosiert med høy symptombelastning på angst og depresjon. Det å føle seg litt til ekstremt sliten, sammenliknet med frisk og energisk eller nedsatt søvnkvalitet (litt til store problemer) sammenliknet med de som sover normalt, er assosiert med større sannsynlighet for en gjennomsnittskår over 1,85 på HSCL-10. Her vil det være vanskelig å si en bestemt årsaksretning, ettersom det kan tenkes at høy symptombelastningen på angst og depresjon

kan påvirke hvor sliten man føler seg. Dette kan like godt være et symptom på depresjon, hvor tretthet og nedsatt energi ofte er en del av sykdomsbilde (Helsedirektoratet, 2009, s. 26). Vitalitet er relatert til livskvalitet, selv om begrepet livskvalitet omfatter mer. Psykiske og somatiske plager går utover livskvaliteten og vitaliteten. Men denne sammenhengen går også motsatt vei. Høy livskvalitet kan tenkes å bidra til et redusert belastningsnivå av angst og depresjon (Reneflot et al., s.154). Det ser man også i denne studien, at de som opplevde at de hadde energi hadde lavere prosentandel som oppga høy symptombelastning på angst og depresjon. Sammenhengene kan også skyldes andre faktorer, som for eksempel ulike former for belastninger og stress, personlighet og sosioøkonomiske faktorer. Evnen til å tåle stress varierer sterkt. Alle mennesker har styrker og sårbarheter for hvordan man takler stress, og denne sårbarheten er en avgjørende faktor om man utvikler en psykisk lidelse, når man blir utsatt for stress (Zubin & Spring, 1977, s 107).

Man kan også tenke seg at vitalitet kan henge noe sammen med den andre faktoren, søvnkvalitet. Søvnvansker gjør at man blir mer utsatt for dårlig psykisk helse og kan føre til depresjonssymptomer. Søvnunderskudd, som den vanligste av søvnvanskene, gir økt risiko for å utvikle psykiske lidelser. Forekomsten av klinisk signifikant angst og depresjon har vist seg å være 10–17 ganger høyere blant personer med søvnunderskudd sammenliknet med de som ikke har det. Forekomsten av søvnunderskudd er også betydelig høyere blant pasienter med angst og depresjon enn i normalbefolkningen, og sammenhengen virker derfor til å gå begge veier (Sivertsen, 2023). Det så man også i denne studien, at prevalensen av symptomer på angst og depresjon økte med økende søvnvansker (med unntak av alvorlige). Faktorene søvnkvalitet og vitalitet var assosiert med høy symptombelastning på angst og depresjon kontrollert for de andre variablene, og var de to variablene som ga størst sannsynlighet for en gjennomsnittlig skår over 1,85.

Fysisk aktivitet er funnet til å være svært effektivt for å forbedre og håndtere symptomer på depresjon og angst over et bredt spekter av den voksne befolkningen, inkludert befolkningen generelt, på tvers av populasjoner, hos personer med ulike diagnoser, psykiske lidelser og kronisk sykdom. I denne studien så man at som oppga at de aldri var fysisk aktiv i denne studien, hadde størst prosentandel med gjennomsnittskår over 1,85. Rundt halvparten av de som oppga at de aldri var fysisk aktiv skåret seg over cut off verdien på 1,85, mens prosentandelen var lavere hos de som var aktiv ca hver dag (27 %). Tendensen er at jo mer fysisk aktiv man oppgir at man er, jo lavere prosentandel skårer seg over cut off. Det samme

gjelder intensiteten, jo høyere intensitet det er på aktiviteten, jo lavere prosentandel har en gjennomsnittsskår over 1,85. Regelmessig fysisk aktivitet i henhold til anbefalingene eller aktivitet med høy intensitet kan redusere angst, mens fysisk aktivitet har i noen studier vist seg å kunne redusere depressive symptomer like mye som medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2021).

Noe overraskende i denne studien, ut fra funn i andre studier, var at fysisk aktivitet ikke virket til å være en reduserende faktor assosiert med gjennomsnittlig skår over 1,85, kontrollert for de andre variablene. Det er vanskelig å fastslå hvorfor man ikke så effekten av fysisk aktivitet som en reduserende faktor på symptombelastning på angst og depresjon blant pasientene som mottok fysioterapi, men kanskje kan det komme av at helseutfordringene er mer sammensatt enn hva den er i den generelle befolkningen. Kanskje krever det mer for opplevelse av mestring og distraksjon fra negative og depressive tanker og følelser, som er effektene av fysisk aktivitet på angst og depresjon, hos denne gruppen enn hos den generelle befolkningen (Helsedirektoratet, 2009, s.36). Likevel har tidligere studier konkludert med at fysisk aktivitet er svært effektivt for å forbedre og håndtere symptomer på depresjon og angst over et bredt spekter av den voksne befolkningen, inkludert befolkningen generelt, på tvers av mange populasjoner, hos personer med ulike diagnoser, psykiske lidelser og kronisk sykdom (Singh et al, 2022, s.1), og resultatet her overrasker derfor noe.

5.1.3 Oppsummering av forekomst og risikofaktorer assosiert med angst og depresjon hos de som mottar fysioterapi

Funnene fra denne studien tyder på at blant pasientene som mottar fysioterapi er det en høyere andel som rapporterer høy symptombelastning, hvor man kan anta at en del vil være behandlingstrengende, sammenliknet med den generelle befolkningen. Denne tendensen kan være forsterket av at det er en høyere andel kvinner i dette utvalget, samt at dette er en klinisk populasjon som trolig har en høyere andel fysiske og somatiske plager enn hva man finner hos den generelle befolkningen, ettersom de mottar fysioterapi. Likevel ser man at pasientene som mottar fysioterapi skårer tilsvarende høyt som de som sitter i fengsel. Dette er kanskje en gruppe som man i utgangspunktet forventer har en høyere symptombelastning på angst og depresjon. Faktorer som var assosiert med høy selvrapportert symptombelastning over 1,85 målt med HSCL-10 var det å være singel, student, gå på arbeidsavklaring eller være

arbeidsledig, ha innvandrerbakgrunn med fødested Asia, føle seg sliten og ha nedsatt søvnkvalitet. Dette er funn som tydeliggjør viktigheten av å tenke helhetlig i fysioterapibehandling, og at tiltakene ikke nødvendigvis kan være likt ut ifra funksjonsnedsettelse eller diagnose, men at det også er andre hensyn som må ivaretas. Tiltak rettet mot søvnkvalitet og energiøkonomisering kan være vel så viktig for å oppnå ønskelig resultat for rehabiliteringen, men også for den enkeltes livskvalitet og psykisk helse.

5.3 Endring i symptombelastning gjennom oppfølgingsperioden

Etter å ha mottatt behandling av fysioterapeut i 3 måneder (eller ved avslutning av fysioterapioppfølgingen før den tid) var det en prosentmessig lavere andel som oppga at de hadde symptomer på angst og depresjon over cut off verdien på 1,85 (31% vs 23%) enn hva det var ved oppstart. Gjennomsnitt og median på HSCL-10 var også lavere. Det var 30 prosent missing i svar på HSCL-10 etter 3 måneder. Hva dette skyldes er ikke kjent, og det er ikke gjort analyser i denne studien om de som falt. Det hadde likevel vært interessant å se om disse var blant de med høy eller lav skår på HSCL-10 ved baseline, og om dette påvirker noe av funnene i reduksjon i gjennomsnittsskår fra oppstart og ved 3 måneder, ettersom man vet at høyt symptomtrykk på angst og depresjon påvirker etterlevelse av rehabilitering (Helsedirektoratet, 2010. s. 23).

I forhold til å ha en klinisk relevant endring, det vil si at endringen medførte at gjennomsnittsskår gikk fra over 1,85 til under 1,85 på HSCL-10, var det i underkant av 40 prosent av de som hadde en skår over cut off 1,85 ved oppstart, skåret seg under ved 3 måneder. De hadde de i løpet av behandlingsperioden oppnådd et symptomtrykk lavere enn hva som antas å kunne være behandlingstrengende. Rundt en tredjedel hadde en økning i symptomtrykk på angst og depresjon, men av disse var det kun en mindre prosentandel (7%) hvor endringen var klinisk relevant og de fikk gjennomsnittlig skår på HSCL-10 over 1,85.

Det man fant i denne studien var at det å være kvinne, ha lette eller moderate søvnproblemer eller føle seg veldig sliten, er assosiert med reduksjon i gjennomsnittlig skår på HSCL-10 fra oppstart til 3 måneder. Det var også en tendens til at å være fysisk aktiv én gang i uka var assosiert med reduksjon i HSCL-10. En økning i gjennomsnittlig skår var assosiert med alder og det å være på arbeidsavklaring.

Årsakene til at rundt halvparten av pasientene som mottok fysioterapi fikk en reduksjon i symptombelastning er nok sammensatt. For det første er en del av årsaksfaktorene som vitalitet, søvn, fysisk aktivitet er variabler som er ikke like stabile, slik som kjønn, fødested og utdanning, og disse kan variere gjennom oppfølgingsperioden. Det er i analysene benyttet hva pasientene svarte ved oppstart, og ikke undersøkt nærmere om disse variablene har endret seg gjennom perioden de har mottatt fysioterapi. Det hadde vært interessant sett på eventuelle endringer i disse variablene opp mot funnene i studien, men det ville blitt en altfor stor oppgave i denne sammenhengen. Det er likevel relevant å ta med seg at disse kan ha endret seg underveis i oppfølgingsperioden, når man diskuterer funnene i studien. For det andre vil det hos mange som har lette symptomer på angst og depresjon vil det naturlig kunne skje en endring i styrken på disse symptomene seg over tid, også uten intervensjoner. Milde til moderate depressive symptomer behøver som oftest ingen medikamentell behandling, men det har vist seg at råd mot søvnproblemer, angstmestring og oppfordring til fysisk aktivitet, eventuelt enkle psykologiske intervensjoner som strukturerte problemløsningsteknikker kan ha effekt (Helsedirektoratet, 2009, s. 53). Depressive perioder kan gå over av seg selv, men at det ofte kan ta noe lengre tid enn dersom man mottar en form for behandling. Det kan være andre ting som ikke er knyttet til oppfølgingen av fysioterapeut som kan være med å påvirke. De ulike biologiske, psykologiske og sosiale faktorene påvirker hverandre gjensidig, og kan bidra til å utløse, opprettholde eller bedre sykdommen. Psykologiske og fysiologiske reaksjoner på livsendring kan samhandle med eksisterende somatiske faktorer for å endre mottakelighet og påvirke tidspunktet for utbrudd, alvorlighetsgrad og forløp av en sykdom som angst og depresjon (Hertz, 2011, s.94). Likevel er det funn i denne studien som kan tenkes å være av betydning for hvordan man velger å fokusere når man følger opp pasienter, spesielt de som er sårbare for å utvikle psykisk uhelse i form av angst og depresjon.

Å være kvinne var assosiert med reduksjon i gjennomsnittlig skår på HSCL-10 sammenliknet med menn. Kvinner skårer seg generelt høyere enn menn i denne studien, og prosentandelen av kvinner med gjennomsnittsskår over 1,85 var høyere enn hos menn. Andre studier har også vist at kvinner generelt rapporterer høyere andel av symptombelastning på angst og depresjon (Krogstad et al., 2020, s.9). Kanskje var det en av årsakene til at kvinner har hatt en reduksjon i gjennomsnittsskår gjennom oppfølgingsperioden, ved at man i utgangspunktet hadde høyere gjennomsnittsskår. En annen mulig årsak er at kvinner lettere erkjenner at de har et helseproblem enn menn, og derfor oftere snakker om eller søker hjelp for dette (Mæland,

2012, s.40). Dette kan føre til at problemene adresseres og stress reduseres, slik at man bedre mestrer utfordringene man står ovenfor. Som fysioterapeut bør man kanskje være enda mer påpasselig på å ta opp temaet psykisk helse, og kartlegge symptomer på angst og depresjon, i møte med mannlige pasienter.

Funn fra denne studien tyder på at det å være fysisk aktiv én gang i uka er assosiert med en reduksjon i gjennomsnittskår på HSCL-10. Forklaringsfaktoren er valgt å ta med selv om p-verdien er noe høyere enn den som er satt til å være betydningsfull, ettersom sannsynlighet for å gjøre en type I-feil, dvs. feilaktig forkaste nullhypotesen kun er 5,2%. Fysisk aktivitet én gang i uka anses derfor å være assosiert med reduksjon i symptombelastning hos pasienter som mottar fysioterapi. Forskning viser at det å følge et strukturert treningsprogram, gjerne med egen trener eller fysioterapeut, typisk opptil tre treningsøkter per uke av moderat lengde i gjennomsnittlig 12 uker kan ha en antidepressivene effekt på depresjon (Helsedirektoratet, 2009, s.37). Oppfølging av fysioterapeut gir ofte mulighet for fysisk aktivitet under selve behandlingen, men også råd og tilrettelegging for å kunne være fysisk aktiv ellers i hverdagen. Fysisk aktivitet har en gunstig effekt på det meste, også når det gjelder søvn (Sivertsen, 2023) og direkte påvirkning på depresjon og angst. Fysisk aktivitet er svært effektivt for å forbedre og håndtere symptomer på depresjon og angst over et bredt spekter av den voksne befolkningen, inkludert befolkningen generelt, på tvers av mange populasjoner, hos personer med ulike diagnoser, psykiske lidelser og kronisk sykdom (Singh et al,2022, s.1). På bakgrunn av liknende funn i flere studier, skulle man kanskje forvente at det å være fysisk aktiv flere ganger i uka også var en av faktorene assosiert med endring i symptombelastning hos pasientene. Det så man ikke, men dette kan kanskje ha sammenheng med at de som var aktiv mer enn én gang i uka, hadde en betydelig lavere prosentandel med gjennomsnittskår over 1,85.

I denne studien hadde de med dårligere søvnkvalitet økende prevalens for symptomer på angst og depresjon, og denne faktoren var også assosiert med endring. Litt eller moderate søvnproblemer rapportert ved oppstart, var assosiert med reduksjon i gjennomsnittlig skår på HSCL-10 fra gjennom behandlingsperioden. Kan det tenkes at søvnkvaliteten ble påvirket i oppfølgingsperioden som medførte at søvnkvaliteten var assosiert med endring, ved at oppfølging av fysioterapeut medførte en form for reduksjon av stress? Ettersom variablene som ble benyttet var det pasientene rapporterte ved oppstart, vet man ikke dette. Men man vet derimot at stress er en viktig faktor når det kommer til nedsatt søvnkvalitet. Alle mennesker

har styrker og sårbarheter for hvordan man takler stress, og denne sårbarheten er en avgjørende faktor for forståelsen for hvordan man utvikler en psykisk lidelse (Zubin og Spring, 1977, s. 109). Fysioterapi gir ofte muligheten til trening og det å bruke kroppen. Fysisk aktivitet bedrer søvnkvaliteten (Helsedirektoratet, 2021). Kanskje kan det relasjonelle mellom fysioterapeut og pasient være av betydning. Det å få strukturert behandling for fysiske og/eller somatiske plagene man opplever og oppleve bedring, kan gi følelse av mestring. At noen lytter, ser deg og motiverer, kan kanskje bidra til å senke stress i tilværelsen og øke pasientens styrker og mestringstro nok til at det samlet sett kan redusere sårbarheten. Man skal likevel være forsiktig med å si bestemt hvilken retning årsaksforklaringen går. Forskning viser at søvn påvirker psykisk helse, men forekomsten av søvnvansker er også betydelig høyere blant pasienter med angst og depresjon enn i normalbefolkningen, og sammenhengen virker til å gå begge veier (Sivertsen, 2023).

Alder var assosiert med en økning i gjennomsnittlig skår på HSCL-10 fra oppstart til 3 måneder på HSCL-10. Hvert års økning i alder, var assosiert med liten økning på endringsvariabelen. Flere studier, inkludert denne, har funnet at trenden ser ut til å være at symptombelastningen og forekomsten av angst og depresjon er høyere blant yngre, og at den avtar med økende alder, likevel kan det tenkes at jo yngre man er når man opplever disse symptomene, og mer mottakelig er man for endring. Kanskje kan årsaken til at man ser denne tendensen komme av at jo eldre man er, jo større sannsynlighet er det for at man har hatt angst eller depresjon tidligere i livet eller over tid og at dette har fått manifestert seg mer enn hos yngre? Ofte når man blir eldre, blir sykdomsbildet mer sammensatt og komorbiditeten øker. Det sammensatte sykdomsbilde kompliserer også sykdommer som angst og depresjon. Som nevnt tidligere forklarer stress-sårbarhetsmodellen utviklingen av psykisk uhelse at lenge stressnivået som fremkalles holder seg under sårbarhetsterskelen, så vil reaksjonen til personen som opplever stress være innenfor det som er normalt (Zubin & Spring, 1977, s. 109). Det kan kanskje være naturlig å tro at hos dem som man har levd en del år, så er sjansen for at man har opplevd en del større eller mindre hendelser som skilsmisse, sykdom, død og tap av nære eller flytting som krever omstilling av livet stor. Dette trenger ikke bety at man utvikler psykisk sykdom, dersom man holder seg under sårbarhetsterskelen, men kan det likevel medføre at kompleksiteten øker slik at endring i form av reduksjon i symptombelastning ikke skjer like lett? En annen ting kan være at det ikke er like mye

åpenhet og bevissthet rundt psykisk helse hos de som er eldre, sammenliknet med de yngre, og at dette kanskje medfører at de i mindre grad tar tak i problemene (Grøtvedt, 2002, s.49).

Arbeidsavklaring var den andre faktoren assosiert med økning i symptombelastning gjennom oppfølgingsperioden, dette var også en av faktorene assosiert med høyere risiko for å ha en gjennomsnittskår over 1,85. Som nevnt i avsnittet om risikofaktorer, er arbeidsavklaring en midlertidig situasjon og det er knyttet usikkerhet til videre inntekt og arbeidsevne. Her får man kombinasjonen av manglende deltakelse i arbeidslivet, forutsigbarhet i forhold til inntekt og helseutfordringer. Her er det både et høyt nivå av stressfaktorer og sårbarhet, som kan bidra til å vedlikeholde eller øke symptombelastningen (Zubin & Spring, 1977, s. 109). Også her kan det være vanskelig å avgjøre om det er klare årsakssammenhenger eller ikke når man ser på faktorer som arbeidsliv. Det kan være motsatt, at depresjon eller angst påvirker mellommenneskelige relasjoner og tilknytning til arbeidslivet, (Reneflot et al.2018, s. 58).

6. Konklusjon

Funnene fra denne studien tyder på at blant pasientene som mottar fysioterapi er det en høyere andel som rapporterer høy symptombelastning på angst og depresjon, sammenlignet med den generelle befolkningen og at en del av disse kan man anta å være behandlingstrengende. Det er kanskje ikke overraskende ettersom dette er en klinisk populasjon som mottar behandling. Sykdomsbildet i Norge består i økende grad av sammensatte lidelser og mange pasienter har flere helseproblemer samtidig. Disse er av både somatisk og psykisk karakter. Som fysioterapeut kan man derfor ikke velge å bare forholde seg til fysisk funksjon, da melder man seg ut av arbeidet med å fremme og bedre enkeltmenneskers psykiske helse. Det kan igjen føre til at man ikke oppnår de resultatene man ønsker i rehabiliteringen. Helheten av det biologiske, det psykologiske og det sosiale er mer enn summen av de enkelte delene, og blir formet i samspillet med hverandre. Hjernen utvikler seg avhengig av samspillet, og dette påvirker både psyke og kropp. Det er et kompleks samspill mellom et stort antall miljømessige og genetiske faktorer hvor virkningen av hver enkelt av disse, med små effekter, gjør at noen utvikler psykiske lidelser og andre ikke. Ettersom de ulike biologiske, psykologiske og sosiale faktorene påvirker hverandre gjensidig, kan de også bidra til å utløse eller opprettholde sykdom, og man kan ikke behandle det ene adskilt fra det andre.

Fysioterapeuters kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon, og man arbeider alltid med fysisk og psykisk helse, bevisst eller ikke. På bakgrunn av resultatene i denne studien, kan man anta at pasienter som mottar fysioterapi har en større prosentandel med høy symptombelastning på angst og depresjon, og man bør være bevisst på dette i oppfølgingen man velger å gi. Det å ta i bruk kartleggingsverktøy for å avdekke symptomer på angst og depresjon, gjør at man får mer helhetlig kunnskap om pasientene. Fokus på pasientens psykiske helse blir en del av behandlingen, og begrenser seg ikke bare til den fysiske helsen eller funksjon. Fysioterapeuters arbeidsmåter og virkemidler kan benyttes til å yte hjelp, også til de pasientene som har høyt symptomtrykk på angst og depresjon, og man vet dette gir bedre compliance på rehabiliteringen. Når det er sagt, gir kartleggingsverktøy også fysioterapeutene mulighet til å avdekke hvem som bør henvises videre for en profesjonell klinisk vurdering, dersom symptombelastningen på angst og depresjon er svært høy.

Gjennom denne studien har man fått kunnskap om at faktorer som det å være singel, være student, gå på arbeidsavklaring eller være arbeidsledig, å ha innvandrerbakgrunn med fødested Asia, føle seg sliten og ha nedsatt søvnkvalitet er assosiert med høy selvrapportert symptombelastning på angst og depresjon. Gjennom perioden hvor pasientene mottok fysioterapi, så man at rundt halvparten fikk en reduksjon i gjennomsnittlig skår på HSCL-10 målt ved 3 måneder. Det å være kvinne, ha lette eller moderate søvnproblemer eller føle seg veldig sliten, er assosiert med reduksjon i gjennomsnittlig skår på HSCL-10 fra oppstart til 3 måneder. Det var også en tendens til at å være fysisk aktiv én gang i uka var assosiert med reduksjon av gjennomsnittlig skår på HSCL-10 ved 3 måneder. Rundt en tredjedel av pasientene fikk en økning i gjennomsnittlig skår gjennom oppfølgingsperioden. En økning i gjennomsnittlig skår var assosiert med alder og det å være på arbeidsavklaring. Fysisk aktivitet én gang i uka var assosiert med reduksjon i symptomtrykk på angst og depresjon gjennom oppfølgingsperioden.

Dette er funn som tydeliggjør viktigheten av å tenke helhetlig i fysioterapibehandling, og at tiltakene ikke nødvendigvis kan være likt ut ifra funksjonsnedsettelse eller diagnose. Fokus på psykisk helse må være inkludert i behandlingen, og kanskje bør man være ekstra oppmerksom hos menn som rapporterer høy symptombelastning. Tiltak rettet mot søvnkvalitet og energiøkonomisering kan se ut til å spille en rolle for å oppnå ønskelig resultat for rehabiliteringen, samt for den enkeltes livskvalitet og psykisk helse. For fysioterapeuter blir det også viktig å motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet både som

behandling og preventivt tiltak mot høy symptombelastning på angst og depresjon ettersom fysisk aktivitet er svært effektivt for å forbedre og håndtere symptomer på depresjon og angst over et bredt spekter av den voksne befolkningen, inkludert befolkningen generelt, på tvers av mange populasjoner, hos personer med ulike diagnoser, psykiske lidelser og kronisk sykdom.

Selv om man ser sammenhenger mellom visse risiko- og helsefremmende faktorer og psykiske lidelser, er det vanskelig å avgjøre om det er en årsakssammenheng eller ikke. Både miljøet og den psykiske helsen kan påvirkes av felles bakenforliggende faktorer. Konklusjoner om årsakssammenhenger bør derfor trekkes med varsomhet. I forhold til videre forskning ville det være interessant å se på hvordan miljøfaktorene, som var assosiert med endring i gjennomsnittskår på HSCL-10, endret seg gjennom oppfølgingsperioden, og hvilke indikasjoner det ville gitt i forhold til oppfølging av fysioterapeut.

7. Referanseliste

Aarre, T.F, (2014). Depresjon. I Dahl, A.A., Aarre, T.F. & Loge, J.H (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 135-153). Cappelen Damm Akademisk

Andersen, A.J.W., (2023, 28.mars). *Psykisk helsearbeid*. Store Medisinske Leksikon
https://sml.snl.no/psykisk_helsearbeid

Amundsen, O., Vøllestad, N.K , Meisingset, I. & Robinson H.S (2021). Associations between treatment goals, patient characteristics, and outcome measures for patients with musculoskeletal disorders in physiotherapy practice. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(182), 1-12

<https://doi.org/10.1186/s12891-021-04048-4>

Berge, T. (Red.). (2002). *Mestring av depresjon. Veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening

Bjørndal, A. og Hofoss, D. (2020) *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Gyldendal Norsk Forlag

Bukten, A., Riksheim, M.S., Skurtveit, S., Kunøe, N., Lobmaier, P., Lund, I.O. & Clausen, T. (2016). *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel. Resultater fra The Norwegian Offender mental health and addiction study(NorMA)*. Rapport 2/2016 Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)

[file:///C:/Users/37J/Downloads/seraf-rapport-nr-2-2016-rusmiddelbruk-og-helsesituasjon-blant-innsatte%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/37J/Downloads/seraf-rapport-nr-2-2016-rusmiddelbruk-og-helsesituasjon-blant-innsatte%20(1).pdf)

Carlsen, B.M., Steingrimsdottir, O.A., Holvik, K. & Ørstavik, R.E (2022) *Muskel- og skjeletthelse i Norge*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag

Dahl, A.A. (2014). Depresjon. I Dahl, A.A., Aarre, T.F. & Loge, J.H (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 189-203).

Cappelen Damm Akademisk

Evensen, K.A.I., Robinson, H.S., Meisingset, I., Woodhouse, A., Thielemann, M., Bjorbækmo, W.S., Gard Myhre, G., Hansen, A.E., Vasseljen, O., & K. Vøllestad, N.K. (2018). Characteristics, course and outcome of patients receiving physiotherapy in primary health care in Norway: design of a longitudinal observational project. *BMC Health Services Research*, 18(936), 1-10

<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3729-y>

Finbråten, H.S., Kleppang, A.L. & Steigen, A.M. (2021). Using the Rach measurement theory to assess the psychometric properties of the Hopkins Symptom Checklist-10 in adolescents. *Health Quality Life Outcomes*, 19(249), 1-8

Glaesmer, H., Braehler, E., Grande, G., Hinz, A., Petermann, F. & Rompell, M. (2014). The German Version of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) - Factorial structure, psychometric properties, and population-based norms. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 396-403.

[Http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.020](http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.020)

Gretland, A. (2007) *Den relasjonelle kroppen*. Fagbokforlaget

Grøtvedt, L. (2002) *Helseprofil for Oslo Voksne*. Nasjonalt folkehelseinstitutt/Oslo kommune

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/studier/helseundersokelsene/helseprofil-voksne-pdf.pdf>

Grønmo, S (2021) *Kvantitativ metode*.

[kvantitativ metode – Store norske leksikon \(snl.no\)](#)

Gujral, S., Aizenstein, H., Reynolds C.F., Butters, M.A. & Erickson, K. (2017). Exercise Effects on Depression: Possible Neural Mechanisms. *Gen Hosp Psychiatry*, 49, 2-10

<http://doi:10.1016/j.genhosppsy.2017.04.012>

Haavet, O.R, Sirpal M.K., Haugen W. & Christensen K.S (2010). Diagnosis of depressed young people in primary health care - a validation of HSCL-10. *Family Practice*, 28, 233-237.

<http://doi:10.1093/fampra/cmq078>

Helsedirektoratet. (2022, 09.mai). *Anbefalinger om fysisk aktivitet hos voksne og eldre*.

<https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/rad-om-fysisk-aktivitet/>

Helsedirektoratet (2022, 9. august). *Angstlidelser*.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser/#hva-er-angst>

Helsedirektoratet. (2022, 4. mars). *Hva er psykisk helse?*

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/#hva-er-god-psykisk-helse>

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten*.

https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:00d22bca72bc2c628bb7595ae3fb125455e332dc/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf

Helsedirektoratet. (2021, 29. januar). *Psykisk helse og fysisk aktivitet*

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet/>

Helsedirektoratet. (2017) *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*.

https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Helsedirektoratet (2022). *Opptappingsplan psykisk helse*.

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptappingsplan-psykisk-helse/id2907606/>

Helsedirektoratet. (2021, 29. januar). *Psykisk helse og fysisk aktivitet*.

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet/#effekter-av-fysisk-aktivitet>

Helsedirektoratet (2017) *Stress og stressmestring*.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf

Helsedirektoratet. (2010) *Veiviser i møtet med helsepersonell. Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon*.

https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/informasjon-til-brukere-og-parorende-om-anbefalt-behandling-av-depresjon/Informasjon%20til%20brukere%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20om%20anbefalt%20behandling%20av%20depresjon.pdf/_/attachment/inline/51c22466-a389-4644-a65f-be1c5950fbef:9ec7413dc61c96d540245ae9a062af257b15a002/Informasjon%20til%20brukere%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20om%20anbefalt%20behandling%20av%20depresjon.pdf

Helsenorge (2021, 9. mars). *Depresjon hos voksne*

<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-voksne/#oppsummering>

Hertz, S. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. (1. utgave). Gyldendal Norske Forlag AS

Johannessen, A. (2009) *INTRODUKSJON TIL SPSS*. Abstrakt forlag

Johannessen, A., Tufte., P.A. & Christoffersen, L (2021) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelige metoder* (6. utgave). Abstrakt Forlag

Leonard, R.D., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H. & Covi, L. (1974). THE HOPKINS SYMPTOM CHECKLIST (HSCL): A SELF-REPORT SYMPTOM INVENTORY. *Behavioral Science*, 19, 1-15

DOI: 10.1177/1403494811401475

Kleppang, A.L. & Hagquist, C. (2016). The psychometric properties of the Hopkins Symptom Checklist-10: a Rasch analysis based on adolescent data from Norway. *Family Practice*, 33(6), 470-475.

Knapstad, M., Sivertsen, B., Knudsen, A.K., Smith, O.R.F., Aarø, L.E., Lønning, K.J. Skogen, J.C. (2021). Trends in self-reported psychological distress among college and university students from 2010 to 2018. *Psychological Medicine* 51, 470–478.

<https://doi.org/10.1017/S0033291719003350>

Krokstad, S., Weiss, D.A., Krokstad, M.A., Rangul, V., Kvaløy, K., Ingul, J.M., Bjerkeset, O., Twenge, J., Erik R Sund, E.R., (2022). Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: repeated cross-sectional populationbased surveys from the HUNT Study, Norway. *BMJ Open* 12, 1-10

doi:10.1136/ bmjopen-2021-057654

Løyland, B., Miaskowski, C., Dahl, E., Paul, S.M. & Rustøen, T. (2011). Psychological distress and quality of life in long-term social assistance recipients compared to the Norwegian population. *Scandinavian Journal of Public Health* (39), 303-311

Martinsen, E. og Taube, J. (2009). Angst. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 214-224). Helsedirektoratet.

Mæland, J.G. (2012). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utgave). Universitetsforlaget

nav. (2023, 16.mars) *Arbeidsavklaringspenger AAP*. nav.

<https://www.nav.no/aap#kort>

Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020–2021)*

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>

Reneflot, A., Aarø, L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S.(red).(2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet.

<https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2984478/Reneflot-2018-Psy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rogan, T. (2014). Introduksjon. Fra opptrapping til samhandlingsreform. I A. Amvik og L. Borge (Red.) *Å Sette farge på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 15-28). Fagbokforlaget

Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, D., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C.E.M. & Maher, C. (2022) Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. (1-10) *Br J Sports Med*

doi:10.1136/bjsports-2022-106195

Siqvedland, J., Moum, T. & Leikned, K.A. (2016) *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Symptom Checklist 90 Revidert (SCL-90)*(Rapport Desember-2016). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/maleegenskaper-ved-den-norske-versjonen-pdf.pdf>

Sivertsen, B. (2023, 21. januar). *Søvnvansker i Norge*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten/#risikofaktorer-for-soevnvansker>

Schmalbach B., Zenger M., Tibous A.N., Kliem S., Petrowski K., & Brähler e., (2021). Psychometric Properties of two brief versions of the Hopkin symptom checklist: HSCL-5 and HSCL-10. *Journal.sagepub.com*, 28(2), 617-631

<http://doi:10.1177/1073191119860910>

Strand, B.H., Dalgard, O.S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), s.113-118.

<http://doi.org/10.1080/08039480310000932>

Sund, E. R., Opdahl, S., Rangul, V., Gravaas, B. C., Eiksund, S., Sliper, J. O., & Kvistad, K. (2019). *Helse og kronisk sykdom i Trøndelag 2019* (Helsestatistikk-rapport nummer 2 fra HUNT4) HUNT forskningssenter.

https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Delrapport_Helse_Kronisk+sykdom.pdf/6d581c05-4706-bc84-3330-e96ce4dbfb09?t=1585301810479

Sund, E. R., Opdahl, S., Rangul, V., Gravaas, B. C., Eiksund, S., Sliper, J. O., & Kvistad, K. (2019). *Psykisk helse i Trøndelag 2019* (Helsestatistikk-rapport nummer 6 fra HUNT4) HUNT forskningssenter.

https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Psykisk+helse_nettsversjon.pdf/07e662d7-1c63-ebb7-8e4e-13991acda7a3?t=1616678112967

SSB (2023, 26.april). *Helseforhold, levekårsundersøkelsen. 04432: Symptomer på helseproblemer og medisinbruk etter kjønn og alder (prosent) 1998-2019*. Statistisk sentralbyrå.

<https://www.ssb.no/statbank/table/04432/>

SSB. (2023, 23 mars). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. Statistisk sentralbyrå

<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrereforeldre>

SSB. (2021, 11. august). *35 prosent har høyere utdanning*. Statistisk sentralbyrå

<https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva/artikler/35-prosent-har-hoyere-utdanning>

Søgaard, A.J., , Ingvar Bjelland, I., Tell, G.S., Røysamb E., (2003). Comparison of the CONOR Mental Health Index to the HSCL-10 and HADS. Measuring mental health status in The Oslo Health Study and the Nord-Trøndelag Health Study. *Norsk Epidemiologi* 13(2).279-284

DOI: <https://doi.org/10.5324/nje.v13i2.296>

Teslie, M.S., Handal, M., Kirkøen, B., Torvik, F.A., Knudtsen, A.K.S., Odsbu, I., Gustavson., K., Nesvåg, R., Hauge, L.J., Reneflot, A. (2023, 17.april). *Psykiske plager og lidelser hos voksne. Folkehelse rapporten*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og Vitenskapsteori for helsefagene* (2.utg). Fagbokforlaget

Universitetet i Oslo (2016, 21. april). *Bakgrunn og målsetting for fysioprim.*

<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/om/>

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126