

Aktiv på dagtid

Fra å overleve til å leve igjen

Migle Helmersen

Bente Berget

Eugene Guribye

FoU-rapport

nr. 2/2018

Tittel	Aktiv på Dagtid ... frå å overleve til å
leve igjen	
Forfattere	Migle Helmersen, Bente Berget og Eu-
gene Guribye	
Rapport	FoU-rapport nr. 2/2018
ISBN-nummer PDF	978-82-7602-270-4

Bestillingsinformasjon

Utgiver

Agderforskning
Universitets veien 19
N-4630 Kristiansand

Telefon	48 01 05 20
Telefaks	38 14 22 01
E-post	post@agderforskning.no

Hjemmeside	http://www.agderforskning.no
------------	---

Forord

Agderforskning har gjennomført en studie av tiltaket Aktiv på Dagtid. Tiltaksprogram organiseres av Aust-Agders Idrettsforbundet og var finansiert av Aust-Agder utviklings- og kompetansefond.

Studien har bestått av to ulike elementer: 1) kartleggingsstudie av deltakere i programmet (kvantitativ del), 2) intervjuer med deltakere, representanter fra NAV og programansvarlige i Aust-Agder Idrettskrets (kvalitativ del), 3) utarbeide en forskningsrapport der både kartleggingsstudien og data fra intervjuer inngår som en del av datagrunnlaget.

Prosjektet ble gjennomført i tidsperioden april 2017 til juni 2018.

Data fra prosjektet har også bidratt til en masteroppgave ved Institutt for Statsvitenskap og ledelse, Universitetet I Agder.

Vi ønsker å takke Karete Johansen og Elisabeth Haglund i Aust- Agder Idrettskrets for prosessen med datainnsamling, imøtekommenhet, innspill og tilrettelegging underveis i prosjektet. Ikke minst vil vi rette en stor takk til alle våre informanter. De har både hver for seg og sammen bidratt til å gi et rikt bilde av programmet Aktiv på Dagtid og deres forståelse av hvorfor nettopp dette tiltaket er verdt å satse på.

Agderforskning juni 2018
Migle Helmersen, Bente Berget og Eugene Guribye

Innholdsfortegnelse

FORORD	I
INNHOLDSFORTEGNELSE	II
SAMMENDRAG	IV
1 BAKGRUNN OG MÅL FOR PROSJEKTET	1
2 METODE OG GJENNOMFØRING	6
2.1 Dataenes validitet og reliabilitet i spørreundersøkelsen	7
2.2 De statistiske analysene	8
2.3 Kvalitative undersøkelser	9
3 RESULTATER	10
3.1 Kvantitativ spørreundersøkelse nr 1	10
3.2 Kvantitativ spørreundersøkelse nr 2	34
3.3 Kvalitative fokusgruppeintervjuer	36
3.3 Oppsummering og diskusjon	41
4 KONKLUSJON	45
5 LITTERATURLISTE	47
FOU INFORMASJON	51

Figur 1. Deltakeres kjønn og alder ($p > 0,05$)	10
Figur 2. Formell utdannelse og kjønn ($p > 0,05$)	11
Figur 3. Mottar du behandling nå? (Flere svar mulig)	12
Figur 4. Hva er din status i forhold til arbeidslivet nå?	13
Figur 5. Hva er ditt mål for arbeidslivet/ hverdagslivet videre?	14
Figur 6. Sett under ett, hvor god vil du si din helse er?	16
Figur 7. Hvor ofte har du i løpet av den siste måneden hatt en eller flere av følgende problemer?	17
Figur 8. Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)? (Flere mulige svar)	18
Figur 9. Fem utsagn om tilfredshet med livet som helhet. Angi hvor godt eller dårlig de fem påstandene stemmer for deg og ditt liv ved å krysse ved det tallet de synes stemmer best (ett tall for hver linje)	19
Figur 10. Påstandene under beskriver hvordan du reagerer når du blir konfrontert med eller står ovenfor problemer eller ubehagelige hendelser. Angi hvor riktig eller gal hver påstand er med utsagnet som passer best.	21
Figur 11. Nedenfor er noen påstander om dine opplevelser av å være sammen med de andre deltakerne i tilbudet. Hvor enig eller uenig du er i påstandene?	22
Figur 12. Nedenfor følger en rekke påstander om hvordan du opplever aktiviteten. Angi hvor enig eller uenig du er i påstandene	24
Figur 13. Hvor lenge brukte du tilbudet hos Aktiv på Dagtid?	25
Figur 14. Hvilke andre aktiviteter kunne du tenke deg å engasjere deg i?	27
Figur 15. Er det noe som forhindrer deg fra å delta i slike aktiviteter? (flere svar mulig)	29
Figur 16. I hvilken grad har Aktiv på Dagtid aktivitetene gitt deg?	30
Tabell 1. Hvor mange former av behandlinger ble mottatt?	12
Tabell 2. Status i forhold til arbeidslivet nå fordelt på kjønn ($p < 0,01$)	13
Tabell 3. Mål for arbeidslivet/ hverdagslivet videre fordelt på kjønn ($p < 0,01$)	15
Tabell 4. Forekomst av fysiske og somatiske plager kombinert	17
Tabell 5. Antall personer etter vurdering av livstilfredshet (cronbachs alpha 0,87)	20
Tabell 6. Antall personer etter vurdering av mestringsevne blant deltakere (Chronbahs alfa 0,88)	22
Tabell 7. Justerte og ikke justerte sammenhenger (multivariatanalyse) mellom avhengige variabler: Tilbake til Arbeidslivet, Tilfredshet med livet (SWLS) og Mestringstiltro (GSE) og uavhengige variabler: mental helse, varighet i aktivitetene, og opplevelsen av aktiviteter.	32
Tabell 8. Forekomst av fysiske og psykosomatiske plager.	35
Tabell 9. Andel av personer etter vurdering av livstilfredshet (SWLS).	35
Tabell 10. Andel av personer etter vurdering av mestringstiltro (GSE).	35

Sammendrag

En betydelig andel av befolkningen står utenfor arbeidslivet, noe som kan gi omfattende sosiale konsekvenser for den enkelte og store omkostninger for samfunnet. Aktiv På Dagtid (APD) tilbyr aktiviteter for personer som mottar trygdeytelser fra NAV og er et ubeskyttet mottakskonsept som driftes i mange kommuner og av ulike aktører rundt om i landet. I Agderfylkene driftes APD av Aust-Agder idrettskrets, i samarbeid med Arendal, Grimstad, Lillesand og Risør kommuner der man har tilbudet for personer mellom 16-70 år som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet og er som sådan et lokalt folkehelseprosjekt. Opplevelse av bedret helse og tilfredshet i hverdagen er et vesentlig mål i APD.

Målet i dette prosjektet var å undersøke hvordan APD i de nevnte Agderkommunene kan bidra til livskvalitet og arbeidsdeltakelse hos personer som står utenfor eller delvis utenfor arbeidslivet. Dette prosjektet benyttet seg av *salutogenese* som et teoretisk konsept.

Denne rapporten legger vekt på endringer i mental og fysisk helse, mestringsstrategier og livskvalitet. Tilnærming er basert på metodetriangulering. Den kvantitative delen består av spørreskjemaer bestående av egendefinerte spørsmål og standardiserte instrumenter.

Til tross for langvarig sykdom og dårlig helsestatus bidrar aktivitetene på Aktiv på Dagtid til å øke mestringsevnen og livskvaliteten til deltakerne. Ikke alle deltakerne har som et mål å komme tilbake til arbeidslivet, men deltakelse i seg selv har stor nytte både for personene det gjelder, for familien deres og økonomisk for samfunnet.

1 Bakgrunn og mål for prosjektet

En betydelig andel av befolkningen står utenfor arbeidslivet, noe som kan gi omfattende sosiale konsekvenser for den enkelte og store omkostninger for samfunnet. Tall fra SSB antyder at i overkant av 15 prosent av befolkningen (15-66 år) mottar velferdsytelser og er uten jobb (1). Disse utfordringene er spesielt store i Agderfylkene (2, 3), 2013).

I en rekke sentrale dokumenter og strategier (e.g. *Samhandlingsreformen*; Meld. St. 19 (2014-2015), *Folkehelsemeldingen* (NOU 2011:11), *Innovasjon i omsorg* (Meld. St. 39 (2006-2007), *Frivillighet for alle* (Meld. St. 30 (2015-2016), *Fra mottak til arbeidsliv – en effektiv integreringspolitikk* (Meld. St. 16 (2015-2016), slås det fast at oppgaver som bekjemping av utenforskap, inkludering, folkehelsearbeid, velferd og omsorg ikke er et ansvar for det offentlige alene. Det rettes et særskilt fokus på frivillige organisasjoners rolle og samarbeidsområder mellom det offentlige og organisasjonene. Frivillige organisasjoner kan blant annet nå frem til personer som er utenfor arbeidslivet, og har et potensiale til å inkludere og motivere de som står utenfor. Helsedirektoratet (2014) viser samtidig i rapporten «Samfunnsutvikling for god folkehelse» at nærmiljøet er en viktig faktor for å lykkes med folkehelsearbeidet. De skriver bl.a. at «*hvor vi lever har betydning for mulighetene folk har til god helse*», og at nærmiljøer som fremmer helse kjennetegnes ved at det tilrettelegges for deltagelse, aktivitet og trygget og har sosiale møteplasser. I dag er også livskvalitet i større grad knyttet til helse og handler om hvordan folk vurderer og oppfatter sitt eget liv. Hvilke faktorer som veier tyngst når den enkelte skal vurdere sin egen livskvalitet er til en viss grad individuelt, men generelt handler livskvalitet blant annet om å oppleve glede, mening, mestring, om å bruke personlige ressurser, føle interesse og engasjement (Helsedirektoratet (2014). Undersøkelser i Agderfylkene har vist at de som selv er rammet av utenforskap utfordringer ser den passive utenfortilværelsen som uønsket og knytter sterke sosiale og personlige verdier til det å delta i arbeidslivet (Olsen et al., 2005).

Dette prosjektet benyttet seg av *salutogenese* som et teoretisk konsept. Å vende oppmerksomheten mot det som skaper helse, og som gjør at vi velger effektive strategier i gitte utfordrende livssituasjoner - er å tenke salutogenisk. Den salutogene forståelsen ser på utfordringer eller kriser

som potensielt helsefremmende under forutsetning av at det er en balanse mellom stressorer og hva vi har av tilgjengelig ressurser (4). Utfordringene må være begripelig, håndterbare og meningsfylte for at vi skal oppleve mestring.

Salutogenese representerer et forholdsvis nytt syn på helse og sykdom og fokuserer på menneskets evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære og det som bidrar til at vi opprettholder god helse selv om vi utsettes for sykdomsfremkallende faktorer. Begrepet salutogenese (saluto - av helse, genese – tilblivelse) kan, ifølge Antonovsky, forstås som et kontinuum på en akse mellom absolutt sykdom (disease) og fullstendig sunnhet (ease) (Antonovsky, 1987, 1996). Teorien om salutogenese gir en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring kan skapes (5, 6). Denne kapasiteten er en kombinasjon av folks mulighet til å oppnå en forståelse av den situasjonen man er i, og det å finne en mening i å bevege seg i en helsefremmende retning (Berget et al., 2005; Bonsaksen et al., 2008; Chiu et al., 2004).

Salutogen arbeid kan ses i sammenheng med *helsefremmende* arbeid. I følge Verdens Helse organisasjon (WHO) er «helsefremmende arbeid er den prosess som gjør folk i stand til å bedre eller bevare sin helse». For å nå fram til en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære må «et individ eller en gruppe være i stand til å identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov og endre eller mestre sitt miljø." Definisjonen avspeiler et holistisk helsebegrep slik det beskrives hos Nordenfelt (Nordenfelt, 2005). Helsefremmende arbeid må derfor også omfatte langt flere forhold enn kun de som angår vår livsstil. Hvis god helse er å betrakte som en ressurs i det daglige liv, vil helsefremmende arbeid angå ikke bare helsesektoren, men må også involvere politikk-, sosialsektoren samt media.

Helse er også sterkt assosiert med livstilfredshet og lykke, som brukes i mye av den samfunnsvitenskapelige litteraturen og forstås som en persons vurdering av hvordan en har det i livet (Folkehelseinstituttet, 2014). Det brukes også om vurderinger av hvordan en har det i bestemte livsdomener som for eksempel arbeid, familie eller fritid og i hvilken grad man har oppnådd viktige mål i live og opplever det som meningsfylt.

Personer som skårer høyt på livskvalitet har en tendens til å ha nær og støttende familie og venner, mens de som ikke har nære venner og familie, er sannsynlig mer misfornøyde. Arbeid eller skole, eller ytelse i en viktig rolle som «husmor» eller besteforelder, er en annen faktor som påvirker livstilfredshet til de fleste. Når personen liker sitt arbeid, om det er betalt eller ubetalt arbeid, og føler at det er meningsfylt og viktig, bidrar dette til en god følelse av livssituasjonen. Tilfredshet med seg selv, religiøst liv, læring, vekst og fritid - er viktige personlige faktorer. Når disse kildene til personlige verdier ikke er gode nok, kan de være sterke kilder til misnøye (Lindstrom, et al., 2005).

Mestring har en spesifikk betydning som går noe utover hverdagsforståelsen av dette begrepet. Begrepet benyttes også som «environmental mastery», som ikke bare dreier seg om å håndtere omgivelsene, men også ha muligheten for aktivt å kunne forme dem. Dette innebærer at personen vil kunne finne eller utvikle kontekster som er tilpasset hennes eller hans særegne behov, og som fremmer videre utvikling. Mestrings- evne innvirker på handlekraft og opplevelsen av kontroll, og en sterk grad av mestring knyttes til bedre helse og bedre sosial integrasjon (Bandura, 1997). På den måten er det hensiktsmessig å rette innsatsen mot å øke personens mestringsevne.

Aktiv På Dagtid (APD) tilbyr aktiviteter for personer som mottar trygdeytelser fra NAV og er et ubeskyttet mosjonskonsept som driftes i mange kommuner og av ulike aktører rundt om i landet. Konseptet ble først startet opp i Oslo i regi av Oslo idrettskrets i 1995. Siden har konseptet spredt seg og finnes i dag i mange ulike former. Noen steder driftes APD av kommunene, andre steder av idrettskretser, mens det også er steder der idrettsråd sitter med prosjektledelsen. Enkelte steder leies det inn kommersielle aktører til å stå for instruksjon og lokaliteter. Andre steder er det idrettslag som søker om å være leverandør av instruksjon og lokalitet, hvor mye av arbeidet er dugnadsbasert. Grunnen til at APD drives så ulikt, er behovet for lokale tilpasninger, samt mangel på standardisering og det faktum at ingen eier konseptet.

I Agderfylkene driftes APD av Aust-Agder idrettskrets, i samarbeid med Arendal, Grimstad, Lillesand og Risør kommuner der man har tilbudet for personer mellom 16-70 år som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet og er som sådan et lokalt folkehelseprosjekt. Idretten ønsker å bidra til samfunnet med det de er gode på, -fysisk aktivitet. Det er per i dag ca 600 deltakere, og ca 1400 deltakere har frem til nå benyttet seg av tilbudet. Tilbudet består av 61 varierte og tilrettelagte lavterskeltilbud tilpasset ulike interesser. Det er også et nært samarbeid med fylkets folkehelseinstanser, andre aktivitetstilbud, og lokalidretten. Idrettskretsen har også etterhvert blitt en del av Med hjerte for Arendal (MHFA), som har gitt nye muligheter til å både å koble deltakerne opp mot aktiviteter i frivillige organisasjoner, og til å rekruttere nye deltakere. MHFA er en samarbeidsplattform mellom kommunen og etter hvert rundt 100 frivillige organisasjoner, lag og foreninger. MHFA har vært gjenstand for stor nasjonal oppmerksomhet og er blant annet omtalt i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, i Kommunal- og moderniserings-departementets Inspirasjonshefte om Samarbeid mellom frivillige og kommuner og i Rapport fra KS 'nettverksprosjekt Innovative frivillighets-kommuner i 2013. Samarbeidet med de frivillige organisasjonene var også en av juryens begrunnelser for tildelingen av KMDs Innovasjonspris til Arendal kommune i 2014 (Guribye, 2016).

Opplevelse av bedret helse og tilfredshet i hverdagen et vesentlig mål i APD. For personer som plutselig, eller over en periode ikke har vært i arbeid, er det av stor verdi å ha noe å gå til, samt føle et sosialt fellesskap. På sikt er målet at disse kapasitets- og trivselsfaktorene vil føre til at flere kommer tilbake til arbeidslivet, samt at flere opplever økt livskvalitet. Deltakernes trivsel med APD er tidligere undersøkt både i Oslo og i Aust Agder (Compas et al., 2011; Dalgard et al., 2007). Resultatene fra Aust-Agder viste at deltakerne anså tilbudet som et middel for å nå sine målsetninger for hverdags- og arbeidslivet, og at de anså det som en viktig møteplass. 81 % av deltagerne var kvinner. De fleste var i alderen 46-55 år (41 %). Hele 99 % av deltagerne ville anbefalt andre å trene i APD. 49 % av deltagerne var jobbsøkere eller under arbeidsavklaring og 51 % håpet å komme i jobb eller øke sin stillingsprosent. 96 % svarte at trening hos APD vil kunne hjelpe dem til å nå sine mål for arbeids-/hverdagslivet. 62 % var fysisk inaktive (inaktiv eller peri-

odevis inaktiv) før de begynte hos APD. 98 % svarte at det var «hyggelig» eller «svært hyggelig» å trene hos APD og 68 % svarte at treningen hadde resultert i bedret psykisk helse og at de var blitt mer fornøyd med seg selv. 48 % svarte at de sov bedre samt fikk bedre hverdagsrutiner. Kun 41 % svarte at de hadde fått mer tro på å komme tilbake i jobb. Med tverrsnittsmetoden, som ble valgt i begge undersøkelsene, var det begrenset muligheten til å si noe om den reelle effekten for å komme tilbake til arbeidslivet eller økt mestring av tilværelsen generelt sett.

I dette prosjektet ønsket vi derfor å undersøke hvordan APD i de nevnte Agderkommunene kan bidra til livskvalitet og arbeidsdeltakelse hos personer som står utenfor eller delvis utenfor arbeidslivet. I tillegg ønsket vi å undersøke hvordan folkehelseprosjekter og frivillige organisasjoner kan levere aktivitetstilbud basert på salutogen teori.

Følgende problemstillinger ble meislet ut:

- På hvilke måter og i hvilket omfang bidrar *Aktiv på Dagtid* til å øke livskvalitet, inklusive psykisk og fysisk helse, og deltakelse i hverdagslivet og arbeidslivet?
- Hvordan bidrar prosjektets deltakelse i *Med hjerte for Arendal* til å fasilitere samhandling med kommunen og andre frivillige organisasjoner?
- Hvordan opplever deltakerne aktivitetstilbudet i *Aktiv på dagtid* og på hvilken måte kan aktivitetstilbudet utvikles?

Hovedfokus i denne rapporten er på problemstilling 1. Samtidig har forskergruppen bidratt til å fasilitere og utvikle et konkret samarbeidsprosjekt mellom *Med hjerte for Arendal* og *Aktiv på Dagtid* for å utvide aktivitetsmulighetene til deltakere gjennom engasjement i andre frivillige organisasjoner, lag og foreninger samt samarbeid om aktiviteter. Erfaringer fra dette arbeidet vil på sikt formidles separat.

2 Metode og gjennomføring

Prosjektet kombinerer bruk av kvalitative og kvantitative metoder. Dette for å reflektere at deltakerne er en heterogen gruppe med sammensatte og krevende helsemessige utfordringer, noe som fordrer både bredde og dybde i undersøkelsesfokuset.

Undersøkelsen (både kvantitativ og kvalitativ) var frivillig og anonym. Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjente prosjektet og tilsier at alle opplysningene ble behandlet konfidensielt.

Alle aktive medlemmer i APD ble informert om undersøkelsen via nettsiden og ble deretter forespurt om å delta i undersøkelsen, samt at instruktørene informerte om dette før aktivitetstimen. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet med fullstendig informasjon om hva deltakelsen innebar ble tildelt hver interessert deltaker. Samtykke ble deretter signert.

Den metodiske tilnærmingen omfatter registreringer av både deltakerens oppfatninger av APD samt instruktørens oppfatninger. Flere av instruktørene hadde selv tidligere vært deltakere i APD. Denne rapporten legger vekt på endringer i mental og fysisk helse, mestringsstrategier og livskvalitet. Vår tilnærming er basert på metodetriangulering. Den kvantitative delen består av et spørreskjema bestående av egendefinerte spørsmål og standardiserte instrumenter. Spørreskjemaet ble fylt ut to ganger med 6 mnd. mellomrom. Resultater fra hvert av tidspunktene kan derfor brukes som selvstendig kartleggingstall (tversnittstudie). Spørreskjema nr 2 inneholder flere oppfølgingsspørsmål som ble brukt for å få en indikasjon av effekten på aktivitetene i Aktiv på Dagtid (oppfølgings design). Begge skjemaene ble fylt ut av deltakere som var villige til å delta på undersøkelsen på de forskjellige tidspunktene. Dermed kan resultatene omtales og vurderes som en potensiell gruppeeffekt og ikke som individuell oppfølging.

Kvantitativ data ble samlet gjennom SurveyXact 8.2. (<https://www.surveyxact.no/>).

2.1 Dataenes validitet og reliabilitet i spørreundersøkelsen

Dataenes validitet, om vi virkelig har målt det vi har ønsket å måle, er forsøkt ivaretatt ved at vi har tatt utgangspunkt i standardiserte spørreskjemaer. I tillegg kompletterte vi disse med nye temaer som kom opp etter samtaler med en referansegruppe i forkant av studien og i form av observasjoner i fire fokusgruppeintervju. Når det gjelder dataenes reliabilitet, så ble denne forsøkt ivaretatt ved å utforme så presise spørsmål som mulig, og ved at spørreskjemaet var utformet på en måte som gjorde det vanskelig for respondenten å krysse feil.

Spørreskjemaene (vedlagt) bestod i tillegg til demografiske variabler av standardiserte spørreskjemaer for å måle fysisk og mental helse (HSCL-10), velvære og livstilfredshet (Satisfaction with Life Scale (SWLS)) og mestringstiltro (Self-Efficacy Scale (GSE)). Dette er analyseverktøyet som har vist seg egnet for tilsvarende grupper med fysiske og psykiske lidelser (Dalgard, 2007; Martinsen 2009; Berget et al. 2008).

HSCL-10 (Hopkins Checklist med 10 spørsmål) ble valgt som indeks for mentale helseproblemer (Mouanoutoua and Brown, 1995). HSCL er utprøvd i både befolkningsstudier og pasientutvalg og er betraktet som en tilfredsstillende indikator for selvopplevd mental helse. Det valgte cut-off på 1,85 er brukt i tidligere arbeidsplass- og populasjonsstudier, som tillater direkte sammenligning med andre studiers resultater (Hopsu and Engerstrøm, 1992; Dalgard, 2007).

SWLS er et spørreskjema med flere testledd, som forsøker å fange det teoretisk orienterte livstilfredshetsbegrepet (Diener et al., 1985). Dette instrumentet kan betraktes som et reliabelt og relativt valid mål på subjektivt velvære og livstilfredshet (Diener et al. 1985; Vittersø 2009). Skalaen fanger opp individers subjektive evalueringer av sitt eget liv, som er forstått intuitivt og korrelerer med en rekke av de målene det intuitivt er meningsfullt at livstilfredshet henger sammen med.

GSE er et spørreskjema som måler mestringstiltro (Schwarzer et al., 1995). Begrepet «self-efficacy» dreier seg om å tro på ens egen evne til å handle på en slik måte at mål en har satt seg kan oppnås (Bandura,

1997). Mestringstiltro innvirker på handlekraft og opplevelsen av kontroll, og en høy grad av mestringstiltro er knyttet til bedre opplevd helse og bedre sosial integrasjon.

2.2 De statistiske analysene

De statistiske analyser ble gjort med STATA versjon 11.0. Disse baserer seg på krysstabellanalyse, faktor – og indekspanalyse, korrelasjonsanalyse og regresjonsanalyse. Både signifikante og ikke signifikante sammenhengene mellom de forskjellige variablene er vist og omtalt i rapporten.

Samtlige spørsmål i spørreskjemaet ble kjørt ut som frekvenser og prosent. De fleste ble sammenfattet i tabeller og er kommentert i rapporten. I tillegg ble det kjørt logistisk regresjonsanalyse.

Før vi kjørte logistisk regresjonsanalyse gjorde vi krysstabellanalyse både på bakgrunnsvariabler og holdningsvariabler for å undersøke om de hadde noen sammenheng med de avhengige variablene. Vi brukte kjiqvadrattest (p-verdi) for å måle dette. De avhengige variablene var *tilbake til arbeid*, *mestringstiltro* og *livstilfredshet* og baserer seg på indekser av mental helse, mestring og livstilfredshet.

For å se om, og i hvilken grad, svartendensene på ulike spørsmål samvarierer, har vi brukt korrelasjonsanalyser. Hvis for eksempel mange av de som har svart «helt uenig» eller «delvis uenig» på ett spørsmål også svarer det samme på et annet, vil en se dette som en høy korrelasjon mellom de to spørsmålene. Høye korrelasjoner har vært de viktigste empiriske kriteriet for å slå sammen spørsmål til indekser.

En måte å tolke samvariasjon på er å si at den indikerer en årsak – virknings sammenheng mellom det de to spørsmålene eller indekser måler.

Når en studerer årsaks-virkningssammenhenger statistisk bruker en ofte regresjonsanalyser. Fordelen med regresjonsanalysen er at en kan studere de ulike samvariasjonene mellom de avhengige og de uavhengige variable hver for seg, samtidig som en kan rangere de. I rapporten har vi brukt logistisk regresjonsanalyse for å finne ut hvilke forhold, både demografiske og relaterte til tilbudet, som er av betydning i forhold til

bedre mestring, større livstilfredshet og eventuelle planer for å komme tilbake til arbeidslivet.

Resultatene fra analysene med logistisk regresjon viser oddsratene (OR) og konfidensintervall på 95 %. Oddsrafer viser forholdet mellom oddsen (sannsynligheten) for å ha en egenskap, og oddsen for å ikke ha samme egenskap. Dersom oddsen for å ha egenskapen er like stor som å ikke ha den er oddsraten lik 1. Oddsraten med høyere verdier enn 1 innebærer at sannsynlighet for å ha en gitt egenskap øker med antall ganger som tilsvarer oddsraten, relativt til ikke å ha egenskapen. For eksempel, hvis oddsraten er 2 er sannsynlighet for at gruppen med dette kjennetegnet gir et gitt svar dobbelt så ofte som referansegruppen. Hvis oddsraten er 0,5, er sannsynlighet for at gruppen med dette kjennetegnet gir et svar halvparten så ofte. 95 % konfidensintervall gir det intervallet hvor oddsraten befinner seg med 95 % sannsynlighet.

I den logistiske regresjonen som er vist i denne rapporten er alle de signifikante variablene fra krysstabellen med i analysen. I noen enkle tilfeller har vi også tatt med variable vi vurderte som viktige. I regresjonsanalysen er det dermed kontrollert for disse variablene (alle de relevante variablene vises i regresjonstabellen). Resultatene som presenteres viser den sannsynligheten deltakere i Aktiv på Dagtid med like kjennetegn har for å rapportere økte mestringsforventninger, økt livstilfredshet og i hvilken grad de vurderer å komme tilbake til arbeid når de andre kjennetegnene holdes konstant.

2.3 Kvalitative undersøkelser

De kvalitative intervjuene ble gjennomført i form av tre fokusintervjuer, hvorav to var tilknyttet deltakerne og et instruktører, organisatorer og representanter fra kommunen (Arendal, Lillesand og Grimstad). Hver av fokusintervjuene av deltakerne bestod av fem respondenter. Det ene bestod av deltakere med psykiske helseutfordringer og det andre bestod av en kombinasjon av fysiske og psykiske helsevansker.

3 Resultater

Resultatene fra de kvalitative intervjuene og den kvantitative spørreundersøkelsen blir beskrevet hver for seg, for å så å sammenstilles og diskuteres samlet.

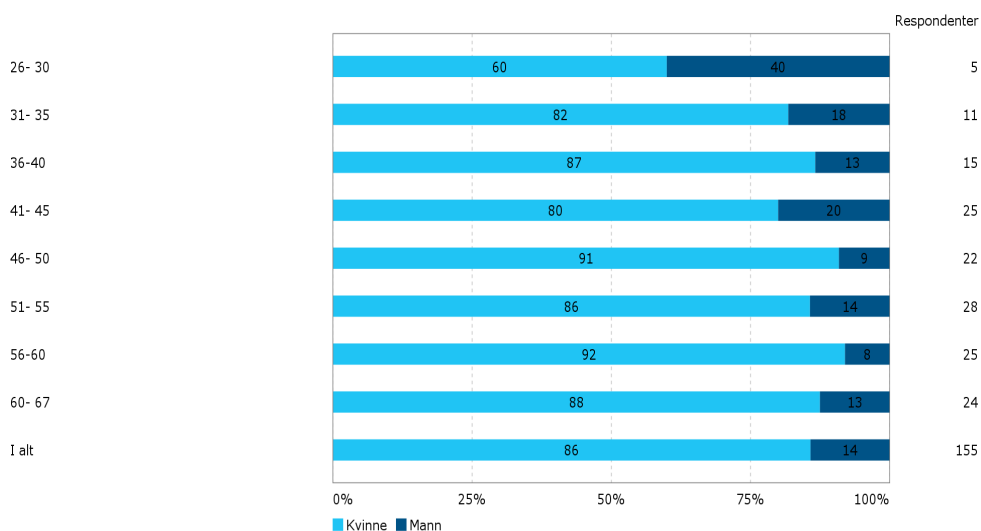
3.1 Kvantitativ spørreundersøkelse nr 1

3.1.1 Om deltakerne

Det var 158 av 211 deltakere som fylte ut spørreskjema nr. 1 (høst 2017). Svarprosent er 75 %. Største del (73 %) av deltakere var fra Arendal, 18 % fra Grimstad og 4 % fra henholdsvis Risør og Lillesand. Blant deltakerne var det 86 % kvinner. Nesten alle deltakere svarte at de opprinnelig var fra Norge (87 %).

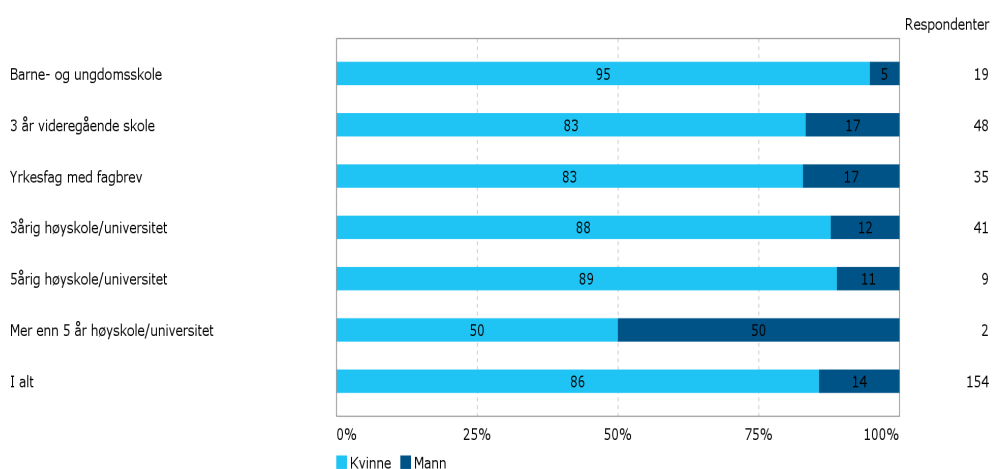
Deltakerne var i forskjellige aldersgrupper: 10 % i alderen fra 26- 35 år, 10 % i alderen 36-40 år, 16 % i 41-45 år alder, 32 % mellom i gruppen 46-55, 17 % mellom 56-60 år og 16 % i aldersgruppe 60 -67 år (figur 1). Det var ingen signifikante funn av betydning i forhold til alder og kjønn.

Figur 1. Deltakeres kjønn og alder ($p > 0,05$)



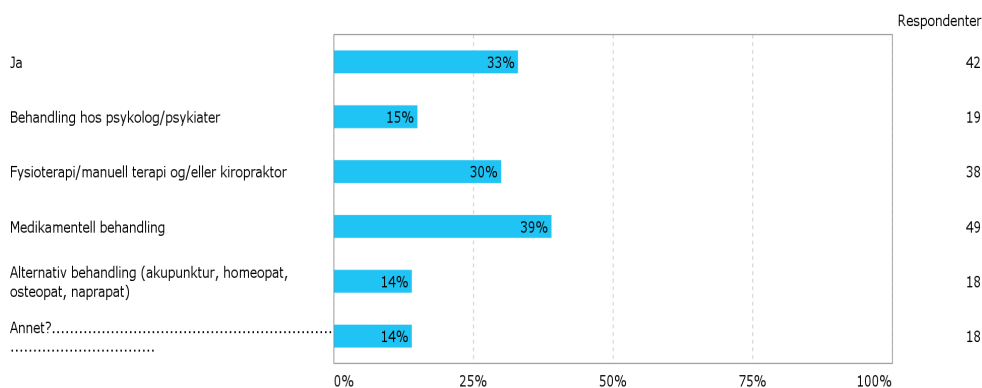
Over en tredjedel av deltakere (n=68) hadde ungdomsskole og videregående skole som høyeste utdanning (43 %), n=36 (23 %) rapporterer yrkesfag med fagbrev og n=52 (33 %) hadde høyskole eller universitetsutdanning (figur 2).

Figur 2. Formell utdanning og kjønn ($p > 0,05$)



Som figuren 3 og tabell 1 nedenfor viser, ble det gitt mulighet i spørreskjemaet til å presisere behandlingsform ved å svare på hvilke former for behandlingen deltakerne hadde. Det var mulig å gi flere svar. 33 % svarte at de hadde noen form for behandling mens de deltok på aktivitetene i APD. Flere av respondentene hadde flere behandlinger samtidig: 78 (49 %) hadde en form for behandling, 19 (12 %) to former og 16 (11 %) over tre former for behandling. I tillegg til behandlingsformene som er oppgitt i tabellen rapporterte deltakere også om behandling som *rosenterapi* og *thaimassasje*. Det var ikke signifikante kjønnsforskjeller i behandlingene i de forskjellige aldersgruppene.

Figur 3. Mottar du behandling nå? (Flere svar mulig)



Tabell 1. Hvor mange former av behandlinger ble mottatt?

Hvor mange behandlinger	N	%
Ingen form for behandling	45	29
En form for behandling	78	49
To behandlinger	19	12
Tre behandlinger	15	10
fire behandlinger	1	0,6

3.1.2 Arbeidslivet

Gjennomsnittlig har deltakere vært 23 år i arbeidslivet. Kortest periode var 3 år og den lengste perioden var 50 år.

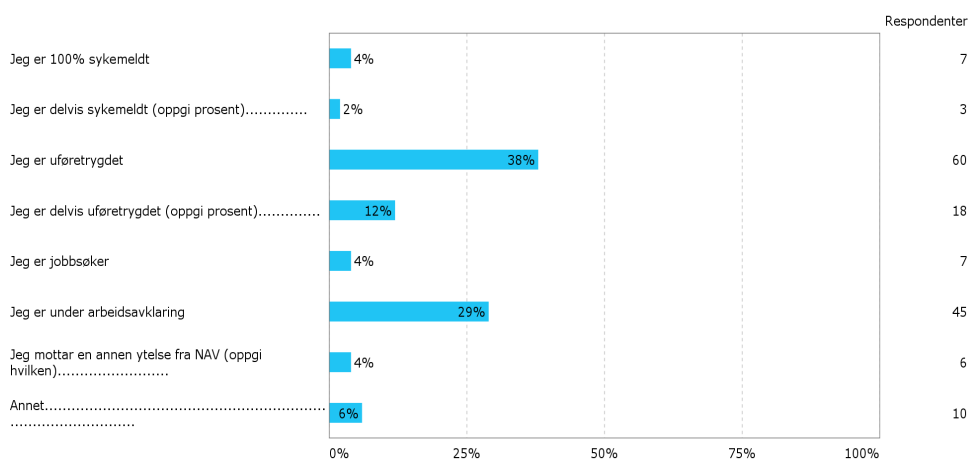
Status i forhold til arbeidslivet

Til sammen var 60 personer (38 %) uføretrygdet og 18 (12 %) delvis uføretrygdet (figur 4). En stor andel av deltakerne (29 %) var under arbeidsavklaring. Det vil altså si at 78 % av deltakerne kan betegnes som langtidssyke, med begrensede muligheter for å returnere til arbeidslivet. Under svaralternativet *Annet* ble det rapportert arbeidsstatusstatus som:

- jobber 2 ganger i uke
- nettstudiet heltid

- *under utdanningstiltak*
- *tilsynsfører for barn gjennom barnevernet*
- *selvstendig næringsdrivende.*

Figur 4. Hva er din status i forhold til arbeidslivet nå?



Kvinnene hadde oftere status som *uføretrygdet /delvis uføretrygdet*, eller *under arbeidsavklaring* enn menn. Det var ikke signifikante forskjeller mellom deltakere i de forskjellige aldersgruppene hvordan de rapporterte om status i arbeidslivet.

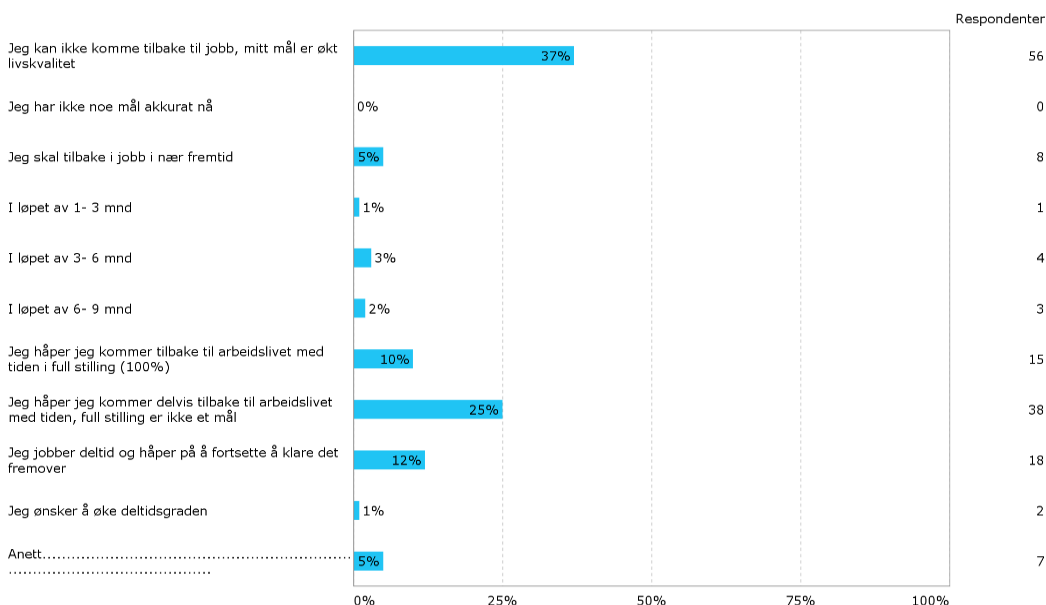
Tabell 2. Status i forhold til arbeidslivet nå fordelt på kjønn ($p < 0,01$)

	Kvinne	Mann	I alt
Jeg er 100% sykemeldt	7	0	4,5%
Jeg er delvis sykemeldt	3	0	1,9%
Jeg er uføretrygdet	57	2	38,3%
Jeg er delvis uføretrygdet	16	1	11,0%
Jeg er jobbsøker	5	2	4,5%
Jeg er under arbeidsavklaring	33	12	29,2%
Jeg mottar en annen ytelse fra NAV	3	3	3,9%
Annet.....	9	1	6,5%
I alt	133	21	154

Mål for arbeidslivet

Alle respondentene ble bedt om å reflektere over sine mål i forhold til arbeidslivet. Figuren under viser at 37 % hadde som mål å øke sin livskvalitet med ikke å komme tilbake til jobb. Dette skyldes at de er uføretrygdet og ikke kan komme tilbake i jobb. Resten av deltakere hadde et mål om enten å beholde jobben i den stillingsstørrelsen de hadde, eller å komme tilbake til arbeidslivet fullt eller delvis. 12 % plana å komme tilbake i jobb i nær fremtid (i løpet av 1-9 mnd), 15 personer (10 %) håpet å komme tilbake til arbeidslivet i full stilling og 38 (25 %) i deltidsstilling. Tallene må sees i sammenheng med at 78% var langtids-syke (uføre, delvis uføre, arbeidsavklaring) med begrensede muligheter til å komme tilbake til arbeidslivet. Likevel ser vi av tabellen at 52 % av respondentene svarer sammenlagt at de enten er i deltidsjobb, skal tilbake i jobb i nær fremtid, eller har håp om å komme tilbake i arbeidslivet. Ingen av dem mangler mål for arbeidslivet eller hverdagslivet.

Figur 5. Hva er ditt mål for arbeidslivet/ hverdagslivet videre?



Kvinner oppga oftere enn menn at målet var *økt livskvalitet*. En større andel menn enn kvinner hadde planer om å *komme tilbake til arbeidslivet i full stilling*, mens kvinnene planla å *komme tilbake til jobb i deltidsstilling* (tabell 3). Det var signifikante forskjeller mellom aldersgruppene (ikke vist i tabell). De yngste (aldersgrupper 26-30, 31-35 og 36-40) hadde oftere enn de eldre en plan om å *komme tilbake i jobb i full stilling*. Aldersgruppene 36-40 og 41-45 år hadde oftere *planer om arbeidslivet i deltidsstilling*. Jo eldre deltaker ble, jo oftere ble det rapportert om at målet ikke var å komme tilbake på jobb, men å *få økt livskvalitet*, ettersom de ikke kan komme tilbake i jobb på grunn av helseilstanden. Disse resultatene må sees i sammenheng med den store andelen av langtidssyke i utvalget.

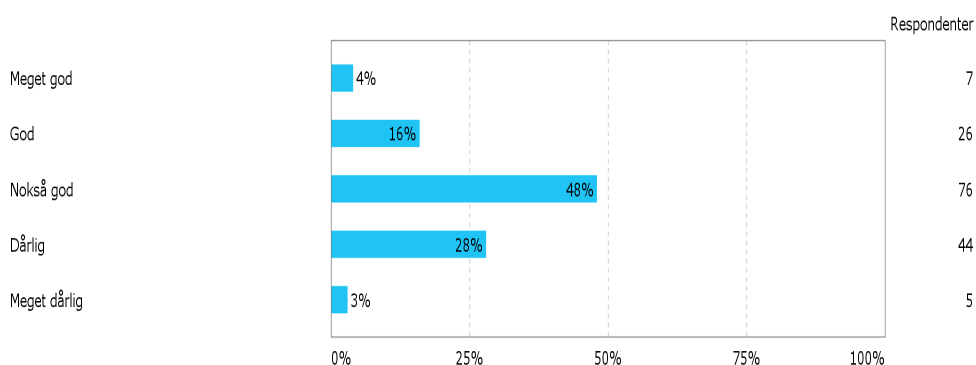
Tabell 3. Mål for arbeidslivet/ hverdagslivet videre fordelt på kjønn ($p < 0,01$)

	Kvinne	Mann	I alt
Jeg kan ikke komme tilbake til jobb, mitt mål er økt livskvalitet	50	5	36,7%
Jeg har ikke noe mål akkurat nå	0	0	0,0%
Jeg skal tilbake i jobb i nær fremtid	7	1	5,3%
I løpet av 1- 3 mnd	1	0	0,7%
I løpet av 3- 6 mnd	3	1	2,7%
I løpet av 6- 9 mnd	0	3	2,0%
Jeg håper jeg kommer tilbake til arbeidslivet med tiden i full stilling (100%)	10	5	10,0%
Jeg håper jeg kommer delvis tilbake til arbeidslivet med tiden, full stilling er ikke et mål	34	4	25,3%
Jeg jobber deltid og håper på å fortsette å klare det fremover	15	2	11,3%
Jeg ønsker å øke deltidsgraden	2	0	1,3%
Anett.....	7	0	4,7%
I alt	129	21	150

3.1.3 Helse

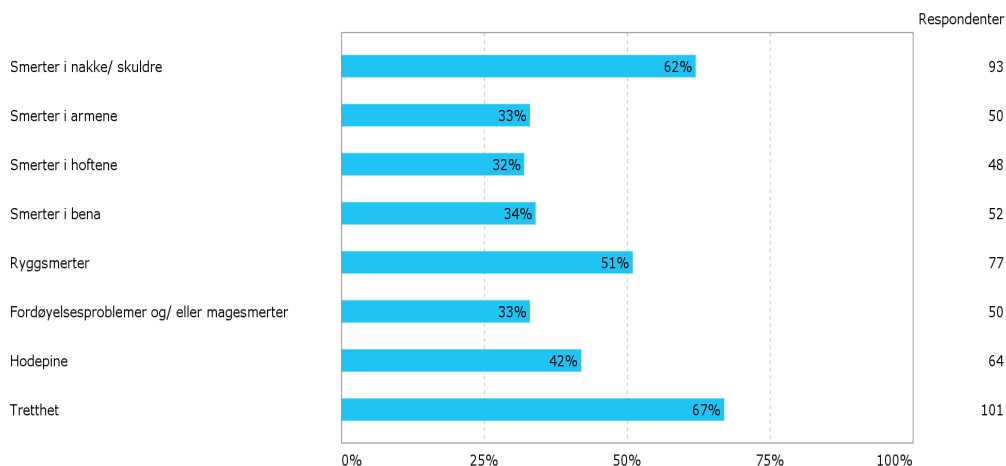
Andelen av respondenter som rapporterte at de alt i alt hadde veldig god eller god helse var 20% (figur 6). Nokså god helse var rapportert av 76 personer (48 %) og 49 (31 %) syntes at de hadde dårlig helse. Det var ikke signifikante forskjeller mellom kvinner og menn i de forskjellige aldersgrupper hvordan de vurderte helsen sin.

Figur 6. Sett under ett, hvor god vil du si din helse er?



I undersøkelsen ble det stilt 19 spørsmål om forskjellige symptomer og helseplager. Ingen av disse spørsmålene omfatter forkjølelse, influensa eller andre smittsomme sykdommer. Åtte spørsmål ble stilt om fysiske og psykosomatiske plager som ofte opptrer sammen, for eksempel muskel- og skjelettplager, hodepine og tretthet. Blant de kartlagte fysiske/psykosomatiske helseplagene var smerter i nakke/skuldre (62%), smerter i ryggen (51 %) og tretthet (67 %) ble rapportert oftest (Figur 7).

Figur 7. Hvor ofte har du i løpet av den siste måneden hatt en eller flere av følgende problemer?



Kombinasjonen *smerter i nakke / rygg og trethet* og *trethet / hodepine* er de vanligste kombinasjonene (tabell 4). Hodepine plaget kvinner oftere enn menn ($p < 0,01$) (ikke vist i tabellen).

Tabell 4. Forekomst av fysiske og somatiske plager kombinert

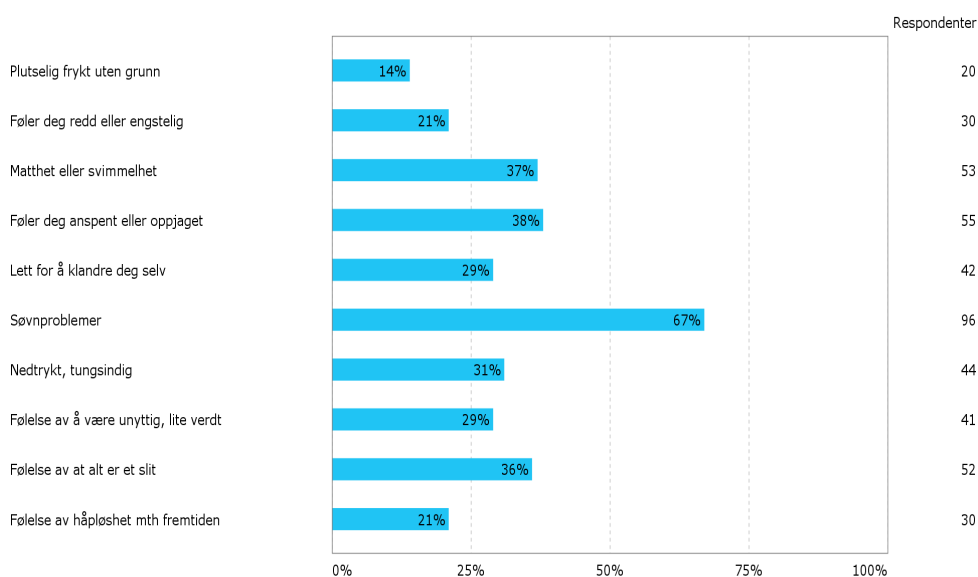
Smerter i	Nakke	Armer	Hof-ter	Bena	Rygg	Mage	Hode	Trett-het
Nakke	93							
Armer	37	50						
Hofer	31	22	48					
Bena	28	26	19	52				
Rygg	50	30	37	27	77			
Mage	38	21	22	17	27	50		
Hode	42	23	19	17	34	25	64	
Trethet	62	39	36	42	51	43	51	101

De neste ti spørsmålene var stilt slik at man ved å bruke HSCL ville finne ut om vedkommende hadde eller ikke hadde mentale helseproblemer i form av angst og depresjon.

Søvnproblemer var den hyppigste helseplage (67 %) etterfulgt av følelsen å være anspent og oppjaget (38 %), matthet og svimmelhet (37 %),

og følelsen av at alt var et slit (36 %) (figur 8). De fleste rapporterte opp til to plager samtidig (47 %). Det var 36 (23 %) personer som rapportert tre/fire plager samtidig, og 33 (20 %) deltakere hadde opplevd fra 5 til 10 plager i den siste uken. Det var ikke signifikante forskjeller mellom kjønnene i de forskjellige aldersgruppene.

Figur 8. Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)? (Flere mulige svar)



HSCL viste at det var en stor andel 106 (67 %) som hadde mentale hel-seproblemer. Dette er høyre tall enn forekomst av slike plager i Norge generelt sett (15 %) (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011).

3.1.4 Mestring og sosialt liv

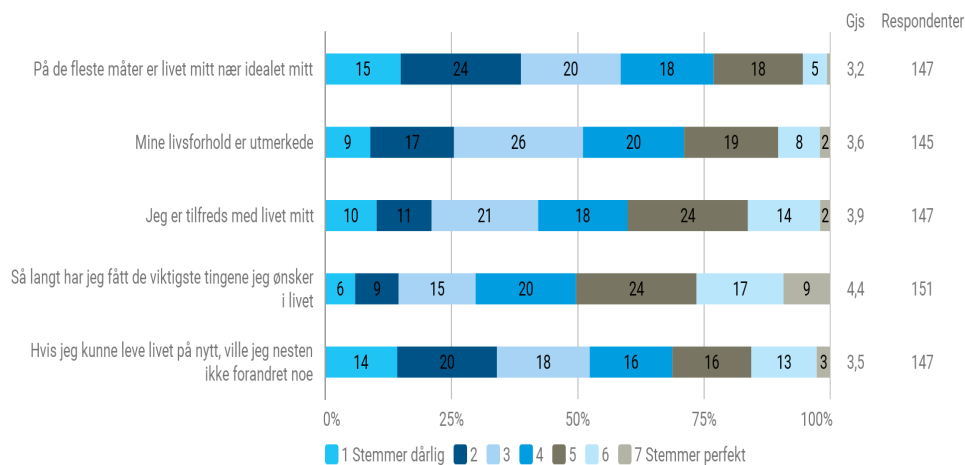
Tilfredshet med livet (SWLS)

Grafen under vises hvordan deltakere vurderer tilfredshet i livene sine på et skala fra 1 til 7 hvor 1 betyr *stemmer dårlig* og 7 - *stemmer perfekt*.

Alle fem spørsmål er skåret med gjennomsnittsverdi fra 3,2 til 4,4. Laveste gjennomsnittet på 3,2 gjelder et utsagn *På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt*. Høyeste skår på 4,4 hører til *Så langt har jeg fått de viktigste tingene jeg ønsker i livet*.

Gjennomsnittlig skåre på dette spørsmålet hos deltakere i APD er 17 mens et representativt utvalg av den norske befolkningen var på 24,7 (Vitersø 2009).

Figur 9. Fem utsagn om tilfredshet med livet som helhet. Angi hvor godt eller dårlig de fem påstandene stemmer for deg og ditt liv ved å krysse ved det tallet de synes stemmer best (ett tall for hver linje)



Tallene i tabellen under indikerer også at over halvparten av respondentene (58 %) var litt eller veldig misfornøyd med livet sitt og det var ikke signifikante forskjellig mellom kjønnene eller aldergruppene. Det var heller ikke forskjell i hvordan respondentene vurderte tilfredshet med livet sitt i forhold til hvor lenge de hadde deltatt på APD. Denne sammenhengen kan ikke brukes som effektmåling av aktivitetene i APD fordi resultatene baseres på en tverrstudie (Spørreskjema nr 1).

Tabell 5. Antall personer etter vurdering av livstilfredshet (cronbachs alpha 0,87)

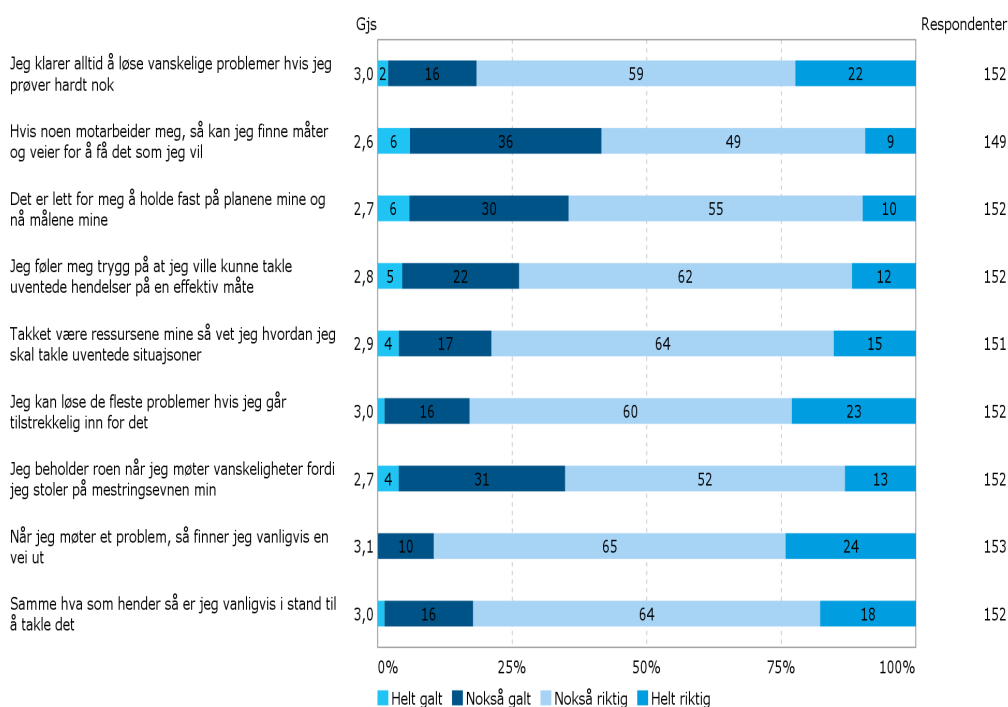
Velvære og Livstilfredshet (SWLS)	N	%
Veldig misfornøyd	16	10,6
Misfornøyd	30	19,9
Litt misfornøyd	41	27,2
Verken eller	8	5,3
Litt fornøyd	37	24,5
Fornøyd	13	11
Veldig fornøyd	3	2
Totalt	151	100

Mestringstiltro (GSE)

Figuren under viser at mestringstiltro varierer fra gjennomsnittet 2,6 til 3,1 på skala fra 1 til 4, hvor 1 betyr *Helt galt* og 4 *Helt riktig*. Skåre over 3,5 er definert som høy mestring, 2,5-3,5 er definert som middels mestring og skåret under 2,5 som lav mestring (Chiu og Tsang, 2004)

Utsagn *Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil* hadde et lavest gjennomsnitt på 2,6. Utsagn som hadde høyest gjennomsnitt på 3,1 var *Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis en vei ut*.

Figur 10. Påstandene under beskriver hvordan du reagerer når du blir konfrontert med eller står ovenfor problemer eller ubehagelige hendelser. Angi hvor riktig eller gal hver påstand er



Totalskåren kan variere fra 9 til 38 og høyere skår reflekterer høyere generell /mestringstiltro hos deltakere. Gjennomsnittlig skåre på dette spørsmålet hos deltakere APD er 26. Cronbachs alfa er 0,88 ved baseline og samsvarer godt med andre studier der Cronbachs alfa varierte fra 0,71 til 0,91 (Schwarzer, 2012).

Analyseresultatene av datamaterialet i undersøkelsen tilsier at 70 personer (44 %) vurderer tro på egen mestringsevne som veldig gode (tabell 6). Det var ingen signifikante funn av betydning i forhold til alder eller kjønn.

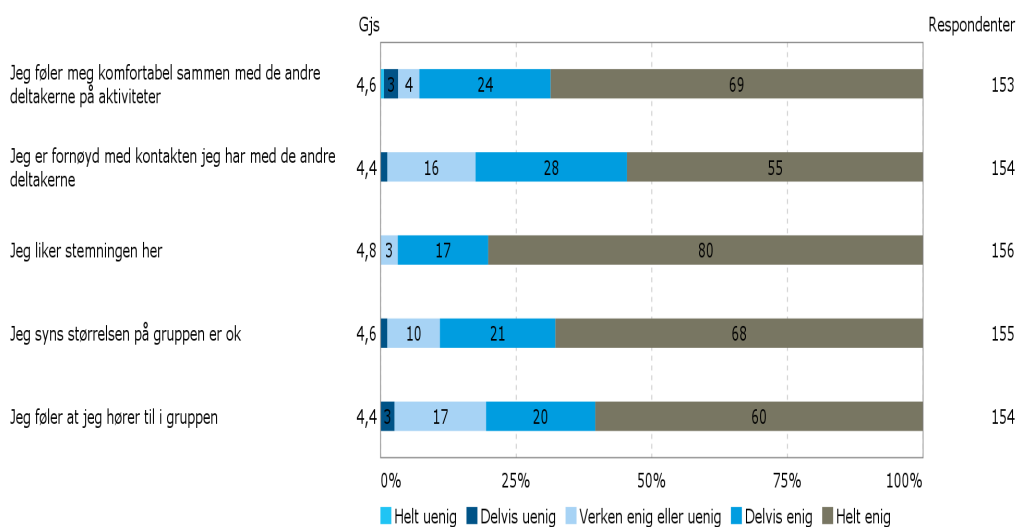
Tabell 6. Antall personer etter vurdering av mestringsevne blant deltakere (Chronbahs alfa 0,88)

Mestringsforventning (GSE)	n	%
Lav mestringsfølelse	88	55,7
Høy mestringsfølelse	70	44,3
Totalt	158	100

Hvordan oppleves av å være sammen med andre deltakerne?

Deltakerne ble bedt om å vurdere hvordan de opplever å være sammen med andre deltakerne på aktivitetene (Figur 11). De forskjellige spørsmål kunne svares fra *Helt uenig* til *Helt enig* på en skala fra 1 til 5. Alle svarene har skåret veldig høyt (4,4 – 4,8). De fleste liker stemningen på samlingene (gj 4,8), føler seg komfortabel med de andre deltakerne (gj 4,6), trives med størrelsen på gruppen (gj 4,6), samt fornøyde med kontakten og tilhørigheten til gruppen (gj 4,4).

Figur 11. Nedenfor er noen påstander om dine opplevelser av å være sammen med de andre deltakerne i tilbudet. Hvor enig eller uenig du er i påstandene?



Kvinnene var mer fornøyde enn mennene med det sosiale miljøet på aktivitetene og svarte oftere enn mennene at de følte seg *komfortabel sammen med de andre deltakerne* ($p < 0,001$), at de var *fornøyde med kontakten de hadde med de andre deltakerne* ($p < 0,05$), at de *likte stemningen der* ($p < 0,001$), at *størrelsen på gruppen var passe stor* ($p < 0,001$) og at *de følte at de hørte til i gruppen* ($p < 0,001$).

Eldre (fra 46 år >) svarte oftere enn de yngre deltakerne (26-45 år) at de var fornøyde med *størrelsen på gruppen* ($p < 0,05$) og at *de følte at de hørte til i gruppen* ($p < 0,05$).

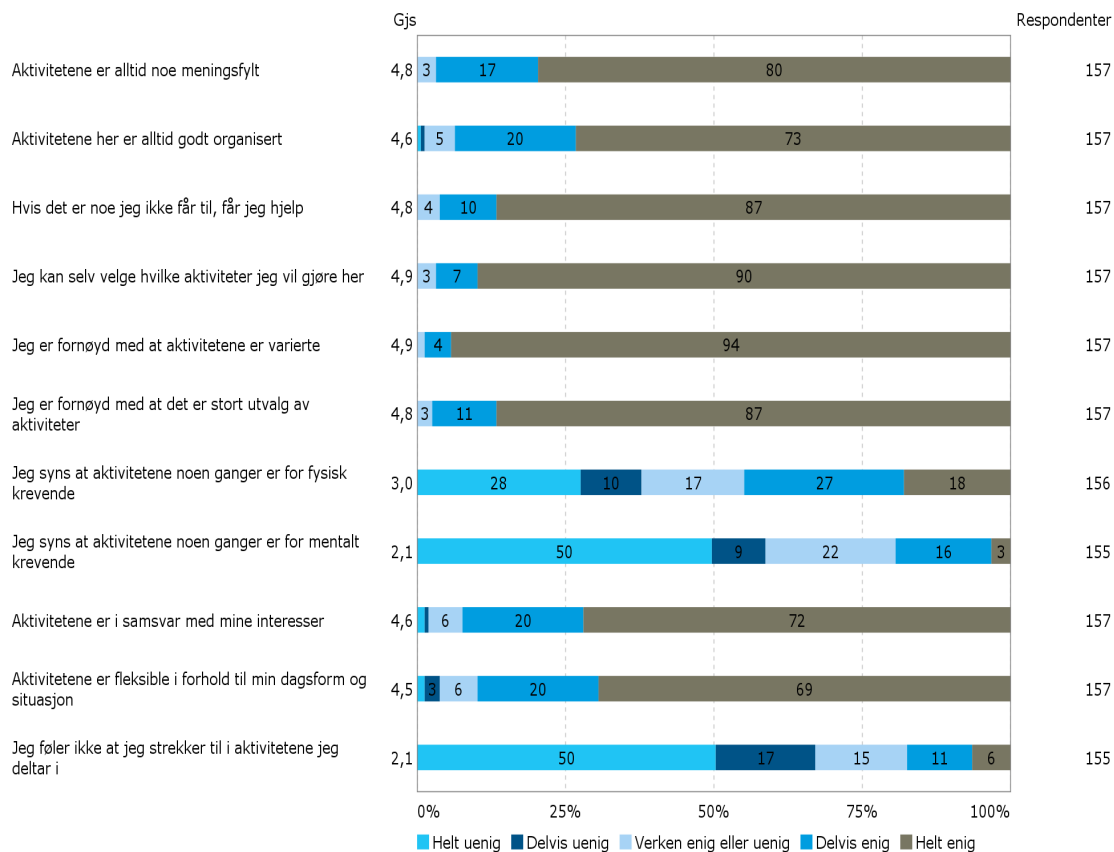
Hvordan oppleves aktivitetene?

Det var stilt en rekke spørsmål i spørreskjema om hvordan man opplever aktivitetene. Svarene kunne oppgis på en skala fra 1 til 5 hvor 1 = *Helt uenig* og 5 = *Helt enig*.

Alle svarene hadde høyt skår (4,5 – 4,8). Figur 12 viser også at deltakerne var veldig fornøyde med muligheten de hadde til *selv å velge hvilke aktiviteter de ville gjøre* (gj 4,9) og at *aktivitetene var varierte* (gj. 4,9). Det var også en stor enighet om at *aktivitetene var meningsfylte* (gj. 4,8), at *det var lett å få hjelp* (gj. 4,8), og at det var et *stort utvalg av aktiviteter* (gj. 4,8). Deltakerne synes også at aktivitetene var godt organiserte (gj. 4,6), var i samsvar med deltakernes interesser (gj.4,6) og var fleksible i forhold til deres dagsform og situasjon (gj. 4,5).

Noen spørsmål var stilt med et «omvendt» svarskalaen, hvor 1 betydde at de var enige med påstanden, og 5 betydde det motsatte. Svar på disse spørsmålene dermed også vurderes «omvendt» - jo lavere gjennomsnittet, jo mer positiv vurderingen er det. Deltakerne svarte at aktivitetene, som tilbys i regi av Aktiv på Dagtid, *ikke var for fysisk eller mentalt krevende* (henholdsvis gj. 3,0 og 2,1) og at de oftest *strakk til i de aktivitetene de deltok i* (gj. 2,1)

Figur 12. Nedenfor følger en rekke påstander om hvordan du opplever aktiviteten. Angi hvor enig eller uenig du er i påstandene



Det var signifikante forskjeller på kjønn og alder. Kvinnene syntes oftere enn mennene at aktivitetene var mer meningsfylte ($p < 0,01$), at de er *alltid var godt organisert* ($p < 0,01$), at de fikk *hjelp hvis de ønsket det* ($p < 0,01$), med stor grad av valgfrihet ($p < 0,05$), at *aktivitetene var varierte* ($p < 0,01$), var *i samsvar med deres interesser* ($p < 0,001$) og var *fleksible i forhold til dagsform og situasjon* ($p < 0,05$).

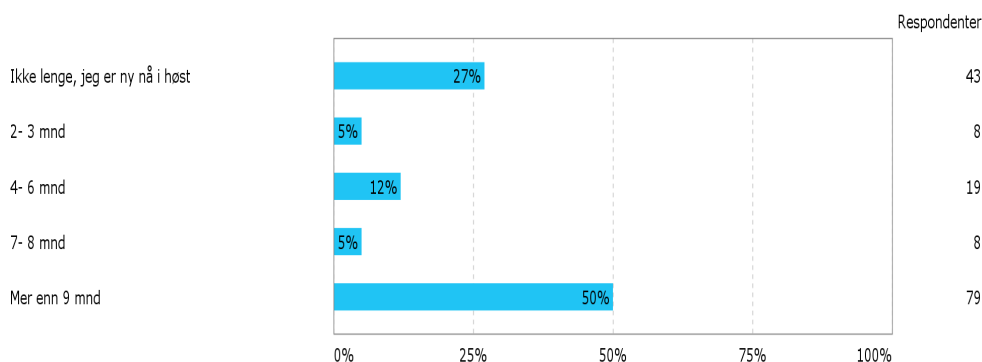
Jo eldre respondenten var, jo oftere svarte de at *aktivitetene var meningsfylte* ($p < 0,05$), at de *selv kunne velge hvilke aktiviteter de ville gjøre* ($p < 0,01$) og at aktivitetene noen ganger var *for fysisk eller mentalt krevende* ($p < 0,01$).

3.1.5 Om tilbudet Aktiv på Dagtid

Hvor lenge har de deltatt?

Over to tredjedel av respondentene (72 %) hadde brukt tilbudsprogrammet i lengre tid: 79 personer (50 %) hadde deltatt i mer enn 9 mnd, 22 personer (22 %) hadde trent mellom 2 og 8 måneder. Vi har ingen informasjon om hvor intensivt deltakerne trente, eller hvor mange aktiviteter de deltok i. Vi finner ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene eller i de ulike aldersgruppene.

Figur 13. Hvor lenge brukte du tilbudet hos Aktiv på Dagtid?



Andre aktiviteter som ønskes

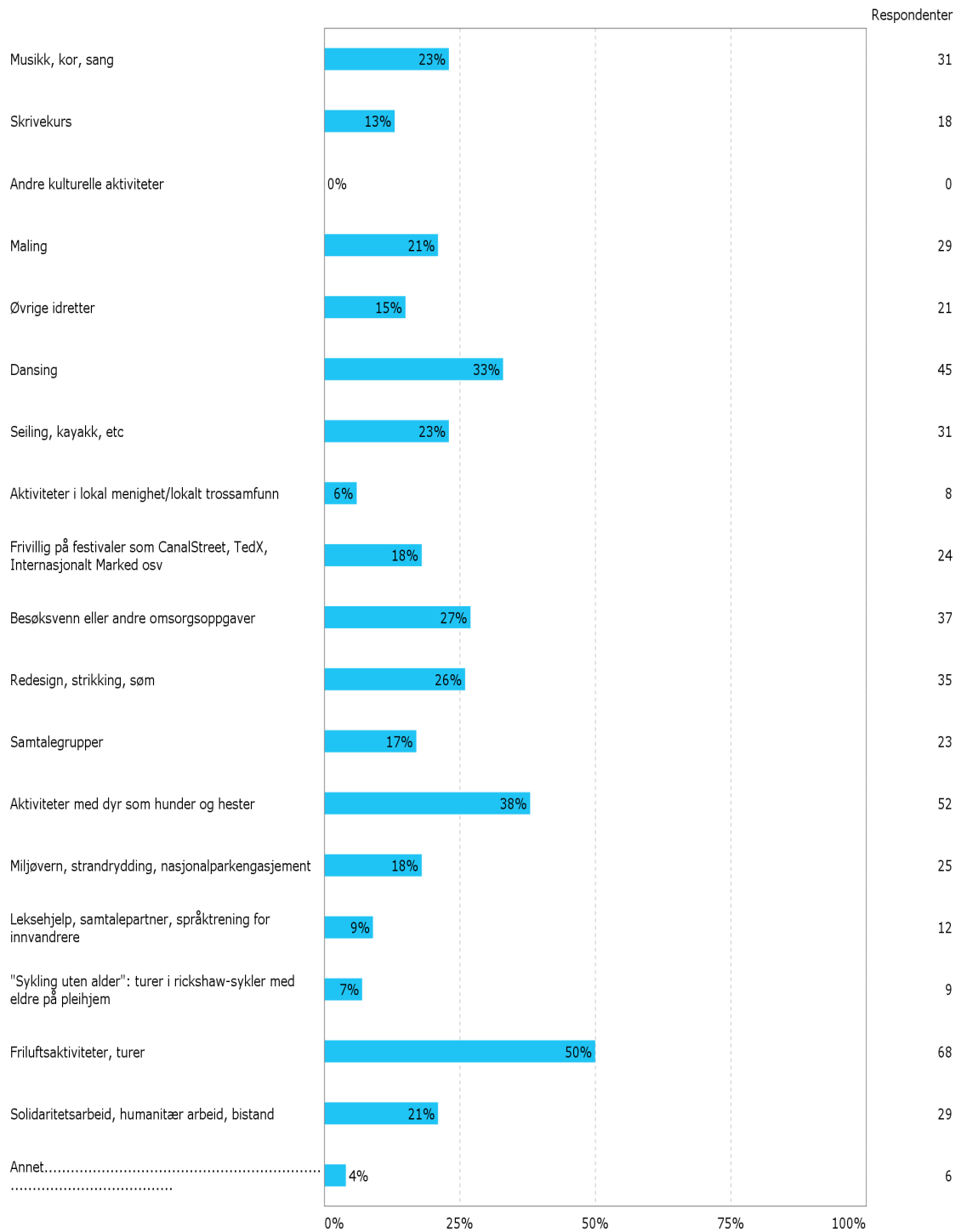
Det ble stilt et spørsmål om hvilke andre aktiviteter deltakerne kunne tenke seg å engasjere seg i. I figuren under ser vi oversikten over ønskelige aktiviteter. Blant de mest ønskelige finner vi aktiviteter som:

- friluftaktiviteter og turer
- aktiviteter med dyr som hunder og hester
- dansing
- besøksvenn
- andre omsorgsoppgaver.

I et åpent felt *Annet* forteller deltakere at de ønsket mer:

- Ballspill
- Tennis
- Varmtvannsbasseng
- kurs om kosthold
- og skrivekurs (!).

Figur 14. Hvilke andre aktiviteter kunne du tenke deg engasjere deg i?



Øvrige idretter og seiling/kajakk ble oftere ønsket av menn enn kvinner. Dansing, strikking og samtalegrupper ble ønsket oftere av kvinnene enn mennene ($p < 0,05$).

Hva forhindrer i å delta på Aktiv på Dagtid?

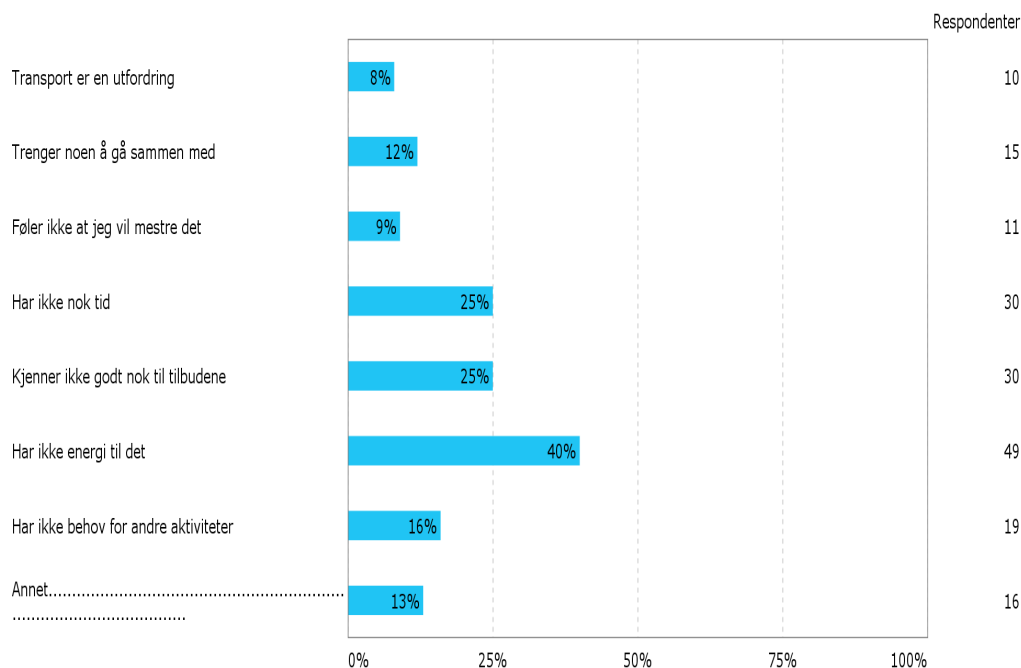
Figuren 15 viser årsaker til at deltakerne blir forhindret fra å delta på aktiviteter. Blant disse er mangel på energi (40 %), lite kjennskap til tilbudene (25 %) og mangel på tid (25%). Ønske om å ha noen å gå sammen med (12 %) og utfordring for å skaffe seg transport (8 %) er to andre årsaker som gjør at deltakere ble hindret i å delta mer aktivt på tilbudsprogrammet.

Noen av årsaker som var oppgitt under *Annet* er:

- barnepass
- mangel på alternativer
- dagsform
- ryggsmarter
- migrene
- og «i fint vær om høsten prioriterer jeg turer ute».

Deltakere i aldersgrupper 31-35 og 60-67 svarer oftest enn deltakere i andre aldersgrupper at de *ikke har tid nok* for å delta i aktivitetene.

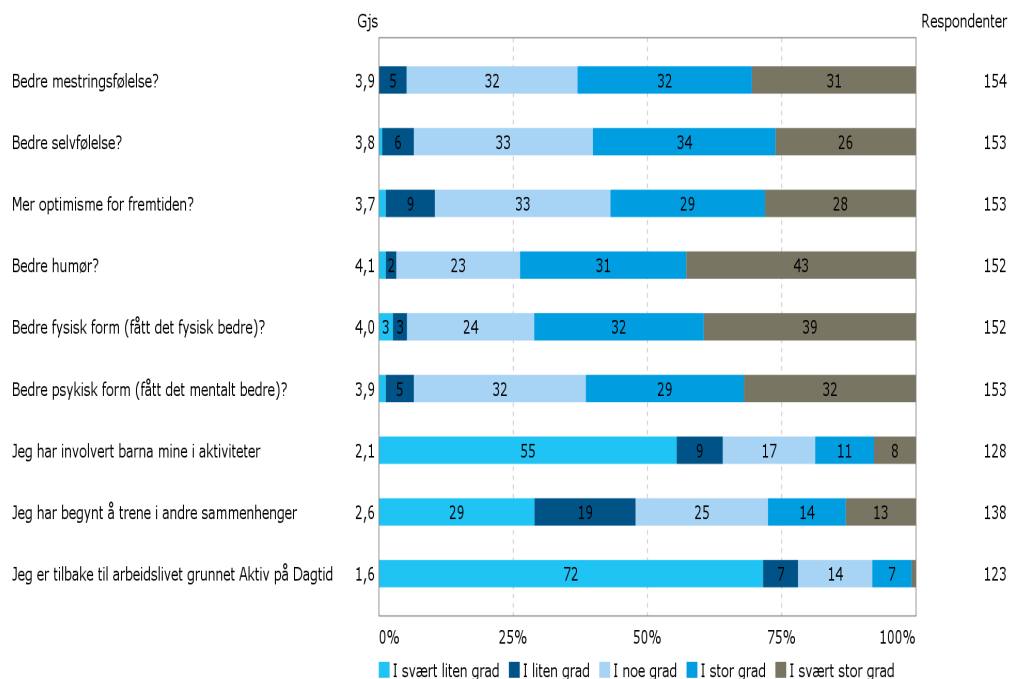
Figur 15. Er det noe som forhindrer deg fra å delta i slike aktiviteter? (flere svar mulig)



I hvilken grad har Aktiv på Dagtid gitt deltakere positiv effekt?

Siste spørsmålet i spørreskjema ble stilt for å vurdere i hvilken grad APD bidro til forskjellige evner, følelser og positive endringer. Vurderingen kunne graderes i fem kategorier fra *I svært liten grad* til *I svært stor grad*. Alle ni spørsmål er skåret med gjennomsnittsverdi fra 1,6 til 4,1. Laveste gjennomsnittet på 1,6 gjelder et utsagn *Jeg er tilbake til arbeidslivet grunnet Aktiv på Dagtid* som indikerer at de ikke tror de vil komme tilbake til arbeidslivet. Høyeste skår på 4,1 hører til *Bedre humør* (Figur 16).

Figur 16. I hvilken grad har Aktiv på Dagtid aktivitetene gitt deg?



Kvinner forteller oftere at aktivitetene på APD bidro til at de begynte å trene mer også i andre sammenhenger ($p < 0,05$). Menn svarer oftere at de er tilbake til arbeidslivet grunnet APD ($p < 0,05$). Det er viktig å se dette i en sammenheng med at andelen personer som var uføretrygdet på undersøkelsens tidspunkt var høyere blant kvinnene enn blant mennene.

Deltakere i aldersgruppe 31-35 år opplevde oftere at APD ga mer optimisme for fremtiden ($p < 0,01$) mens gruppen 36-40 begynte å trene oftere ($p < 0,01$).

3.1.6 Hva påvirker mestringsforventning, tilfredshet med livet og ønske om å komme tilbake til arbeid?

Denne undersøkelsen har sett på hvilke faktorer i regi av programmet Aktiv på Dagtid som er av betydning for mestringstiltro, tilfredshet med

livet og planene om å komme tilbake til arbeidslivet. Regresjonsanalysen hjelper oss å se om deltakernes alder, psykisk helse og opplevelsen av hvordan APD er organisert påvirker deres «ønske» om å komme tilbake til arbeidet, bidra til økt livskvalitet og bedre mestringsevne.

Det var generert flere uavhengige variabler av interesse i spørreskjemaet. Svaralternativene var kategorisert i tre kategorier og positivt svar var brukt som referanse verdi.

Variabel Sosial faktor i APD ble sammensatt av:

- *Jeg føler meg komfortabel sammen med de andre deltakerne på aktiviteter*
- *Jeg er fornøyd med kontakten jeg har med de andre deltakerne*
- *Jeg liker stemningen her*
- *Jeg synes størrelsen på gruppen er ok*
- *Jeg føler at jeg hører til gruppen*

Variabel Opplevelse av aktivitetene i APD ble sammensatt av:

- *Aktivitetene er alltid noe meningsfylt*
- *Aktivitetene her er alltid godt organisert*
- *Hvis det er noe jeg ikke får til, får jeg hjelp*
- *Jeg kan selv velge hvilke aktiviteter jeg vil gjøre her*
- *Jeg er fornøyd med at aktivitetene er varierte*
- *Jeg er fornøyd med at det er stort utvalg av aktiviteter*
- *Jeg synes at aktivitetene noen ganger er for fysisk krevende*
- *Jeg synes at aktivitetene noen ganger er for psykisk krevende*
- *Aktivitetene er i samsvar med mine interesser*
- *Aktivitetene er fleksible i forhold til min dagsform og situasjon*
- *Jeg føler ikke at jeg strekker til i aktivitetene jeg deltar i*

Variabel Selvopplevd effekt på aktivitetene i APD ble sammensatt av:

- *Bedre mestringsfølelse*
- *Bedre selyfølelse*
- *Mer optimisme for fremtiden*

- *Bedre humør*
- *Bedre fysisk form*
- *Bedre psykisk form*
-

I tabellen under vises det til sammenhengene, som ble undersøkt både ved å se hvordan hver faktor (uavhengige variabler) påvirker mestringstiltro, livstilfredshet og ønske om å komme tilbake til arbeid (avhengige variabler) hver for seg (ujustert sammenheng) og når disse faktorene virker «sammen» (justert sammenheng).

Resultatene viser at det ikke er signifikante forskjeller i mestringstiltro, livstilfredshet og ønske om å komme tilbake til arbeid enten mellom kjønn eller hvor lenge vedkommende hadde trent/deltatt på aktivitetene i regi av Aktiv på Dagtid. Dette skal ses i sammenheng med at 38% var uføretrygdet og dermed ikke kan komme tilbake til jobb.

Analysene viser videre at deltakerne i aldersgruppen 36-45 år rapporterte signifikant tre ganger så ofte at de hadde planer om å komme tilbake til arbeidet i forhold til de andre aldersgruppene, noe som ikke er overraskende. Mentale helseproblemer påvirker negativt hvordan deltakerne trives med livet sitt, men helsetilstanden påvirker ikke deres mestringsevne. Deltakerne som trives med å delta på Aktiv på Dagtid har mye høyere mestringstiltro enn de som ikke trives. Det er spesielt opplevelsen av at Aktiv på Dagtid er et effektivt tiltak i deltakernes liv som har en positiv sammenheng både med tilfredshet med livet og med mestringstiltro.

Tabell 7. Justerte og ikke justerte sammenhenger (multivariatanalyse) mellom avhengige variabler: Tilbake til Arbeidslivet, Tilfredshet med livet (SWLS) og Mestringstiltro (GSE) og uavhengige variabler: mental helse, varighet i aktivitetene, og opplevelsen av aktiviteter.

Agderforskning

	Tilbake til Arbeidslivet		Tilfredshet med livet (SWLS)		Mestringiltro (GSE)	
	Ikke justert	Justert	Ikke justert	Justert	Ikke justert	Justert
	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)
Kjønn						
Kvinne (ref?)	1.0 Ref.		1.0 Ref.		1.0 Ref.	
Mann	2.3 (0.8-6.5)	2.7 (0.7-10.0)	0.8 (0.3-1.9)	0.8 (0.3-2.5)	0.9 (0.4-2.3)	0.6 (0.2-1.8)
Alder						
26-35 (ref).	1.0 Ref.	-				
36-45	3 (1.3-6.8)	2.8 (0.5-16.3)	1.0 (0.5-1.9)	1.3 (0.3-4.8)	0.9 (0.5-1.9)	0.9 (0.2-3.1)
46-55	0.9 (0.4-2.1)	1.5 (0.3-9.6)	1.3 (0.7-2.6)	1.7 (0.5-6.4)	0.7 (0.4-1.5)	1.0 (0.5-2.6)
56-67	0.3 (0.1-0.9)	0.3 (0.04-2.9)	0.8 (0.4-1.5)	1.0 (0.3-3.8)	1.3 (0.7-2.6)	1.3 (0.6-3.3)
Mentale helse problemer (HSCL)						
Nei (ref).	1.0 Ref.	-	1.0 Ref.		1.0 Ref.	
JA	0.7 (0.3-1.6)	0.8 (0.3-2.0)	6.9 (3.2-15.1)	7.0 (3.1-16.1)	1.8 (0.9-3.5)	1.8 (0.9-3.9)
Sosial faktor i APD						
God (ref).	1.0 Ref.		1.0 Ref.		1.0 Ref.	
Verken god eller dårlig	0.9 (0.4-2.1)	0.6 (0.2-2.0)	1.4 (0.7-2.6)	1.2 (0.5-2.9)	1.3 (0.6-2.5)	1.4 (0.6-3.2)
Dårlig	0.9 (0.4-2.3)	0.7 (0.2-2.9)	1.2 (0.6-2.4)	0.8 (0.3-2.4)	1.5 (0.7-2.9)	1.1 (0.4-2.9)
Opplevelse av aktivitetene i APD						
Trives godt (ref).	1.0 Ref.		1.0 Ref.		1.0 Ref.	
Neutral	0.9 (0.4-2.2)	1.0 (0.3-3.2)	0.9 (0.4-1.9)	0.9 (0.4-2.4)	1.2 (0.6-2.5)	2.9 (1.2-7.1)
Trives ikke	2.2 (1.0-5.1)	3.5 (1.1-11.6)	1.0 (0.5-1.9)	0.9 (0.4-2.2)	2.6 (1.3-5.2)	3.5 (1.5-8.4)
Hvor lenge trent i APD?						
>8 mnd (ref?)	1.0 Ref.		1.0 Ref.		1.0 Ref.	
<8 mnd	1.4	1.2	0.6	0.9	0.7	0.9

	(0.6-3.0)	(0.4-3.4)	(0.2-1.1)	(0.4-1.9)	(0.4-1.4)	(0.4-1.9)
Selvopplevd effekt på aktivitetene i APD						
Stor grad (ref.)	1.0 Ref.		1.0 Ref.		1.0 Ref.	
Noen grad	1.4 (0.6-3.2)	1.3 (0.5-3.8)	0.9 (0.4-1.7)	1.5 (0.6-3.8)	0.6 (0.3-1.3)	0.7 (0.3-1.7)
Liten grad	0.4 (0.2-1.1)	0.4 (0.1-1.4)	2.2 (1.1-4.3)	3.1 (1.1-8.4)	2.2 (1.2-4.5)	1.6 (0.6-3.9)

3.2 Kvantitativ spørreundersøkelse nr 2

Spørreskjema nr 2 var besvart av 127 respondenter (av 213c som ble invitert til å delta i studien). Dette utgjør 60 % i svarprosent. Over halvparten av respondenter (54 %) har svart på det første spørreskjema i høst 2017.

Demografisk sett var respondentene i begge undersøkelsene veldig like. Størstedelen (69 %) av deltakere var fra Arendal, 18 % fra Grimstad, 8 % fra Risør og 5 % fra Lillesand. Blant deltakerne var 87 % kvinner. Nesten alle deltakere svarte at de opprinnelig var fra Norge (85 %).

Deltakerne var i forskjellige aldersgrupper: 10 % i alder fra 26 til 35 år, 10 % i alder 36-40 år, 16 % i 41-45 års alder, 32 % i aldersgruppen 46-55, 17 % mellom 56-60 år og 16 % i aldersgruppen 60 -67 år. Gjennomsnittsalderen var 48,7 år. Det var ingen signifikante funn av betydning i forhold til alder og kjønn.

Svarmønster på spørsmålene om formell utdanning, behandlingsstatus, status i forhold til arbeidslivet nå og mål for arbeidslivet videre er veldig lik som i første spørreskjemarunde og vises ikke i figurer.

Svarmønster i hvordan deltakere rapporterer forekomst av fysiske og psykosomatiske plager var lik i begge rundene. Til tross for det, var det endringer i hvordan respondentene vurderte egen helse *før de begynte*

på Aktiv på Dagtid og i *nåværende tidspunktet* (tabell 8). Resultatene viser at 40 % flere av respondenter har rapportert bedring i helse.

Tabell 8. Forekomst av fysiske og psykosomatiske plager.

Subjektiv vurdering av helse	Helse FØR du startet ved Aktiv på Dagtid (%)	Helse NÅ (%)
Meget god / God	13	38
Nokså god	30	45
Dårlig / Meget dårlig	57	17
Totalt	N = 122	N = 125

Tilfredshet med livet (SWLS) og mestringsstiltro (GSE) (tabell 9 og tabell 10) ble skåret også høyere av respondentene i spørreskjema runde nr 2 enn i runde nr 1. Det var 44 % som har skrevet at de er mer fornøyd med livet i andre runde vs. 37 % i første runde. Tilsvarende rapporterte respondenter om økt mestringsstiltro (65 % vs. 44 %).

Tabell 9. Andel av personer etter vurdering av livstilfredshet (SWLS).

Velvære og Livstilfredshet (SWLS)	Spørreskjema nr 1 N = 151 %	Spørreskjema nr 2 N = 127 %
Veldig misfornøyd	10,6	2,7
Misfornøyd	19,9	16,4
Litt misfornøyd	27,2	28,1
Verken eller	5,3	9,1
Litt fornøyd	24,5	24,6
Fornøyd	11	14,6
Veldig fornøyd	2	4,6
Totalt	100	100

Tabell 10. Andel av personer etter vurdering av mestringsstiltro (GSE).

Mestringsstiltro (GSE)	Spørreskjema nr 1 N = 158 %	Spørreskjema nr 2 N = 116 %
Lav mestringsfølelse	55,7	35,3
Høy mestringsfølelse	44,3	64,7
Totalt	100	100

Respondenter som har svart på spørreskjemaet to ganger (n = 69) skårer tilfredshet med livet og mestring like høyt. Gjennomsnittet i skåring for tilfredshet med livet var 17 på begge måletidspunkter, mens gjennomsnittet for mestring (GSE) var 26 vs. 24 (hhv høst og våren). Vurdering av opplevelsen å være sammen med andre deltakerne på aktivitetene og hvordan aktivitetene er organisert ble skåret like høyt som i første runde.

3.3 Kvalitative fokusgruppeintervjuer

Følgende spørsmål ble reist i den kvalitative delen av undersøkelsen:

- Hvorfor er du her?
- Hvordan opplever du å delta i APD?
- Hva synes du om APD som et tilbud?

3.2.1 Hovedårsaker til deltakelse på APD

Blant deltakerne i fokusgruppene var de vesentligste årsakene til deltakelse i APD muskel- og skjelettlidelser og psykiske helseproblemer i tilknytning til angst og depresjon. Av angstlidelsene dominerte sosial angst. En av deltakerne beskrev livssituasjonen sin forut for tiden i APD slik:

Jeg ville ikke se mennesker. Jeg bare jogget ut i skogen og gjemte meg for all verden rett og slett, meg og hunden. Vi jogget i timevis hver dag.

Ryggproblemer var mest vanlig blant de rent fysiske helseproblemene. Tilrettelegging i forhold til muskel- og skjelettlidelser av APD ble vurdert som bra fordi det er mange aktiviteter å velge mellom som styrker musklene og som kan tilpasses funksjonsnivået og smertetilstanden til enhver tid.

3.2.2 Opplevelsen av deltakelse i APD

Som vi har sett tidligere, var de fleste av deltakerne i undersøkelsen helt- eller delvis uføretrygdet, slik at tilbakeføring til arbeidslivet ikke var aktuelt for mange av dem. Fokusgruppeintervjuene indikerte at det var tre områder som skilte seg ut når det gjaldt opplevelsen av hva deltakelsen i APD hadde bidratt til: mestringstiltro, mindre opplevde psykiske helsevansker og et støttende sosialt nettverk.

De fleste opplevde bedre *mestringstiltro* (self-efficacy) i løpet av tiden på APD. Følgende sitat beskriver hvordan en av deltakerne har opplevd utviklingen:

Når jeg begynte på Aktiv på dagtid så gikk jeg fra å overleve til å leve igjen. Istedenfor å bli en byrde for samfunnet, så føler jeg at jeg er på vei til å bli en ressurs for samfunnet igjen.

Mestring i eget tempo ble fremhevet som viktig. En av deltakerne beskrev at APD var en «enkel arena å få mulighet til å kjenne på mestring, fordi det ikke er noen andre krav rundt deg og det gjør at du kan mestre i ditt eget tempo». De fleste prøvde også ut og opplevde at de mestret flere aktiviteter. En av de andre beskrev treningsvariasjonen slik:

Jeg danser Zumba èn gang i uken, og av og til på en litt større samling med andre instruktører/ gjeste instruktører, det holder med èn time, så går jeg på medisinsk yoga på torsdager, så prøver jeg styrke i basseng på fredagene.

En annen beskrev hvorfor det var viktig å prøve ut nye aktiviteter:

I regi av Aktiv på dagtid har jeg vært med på tennis. Jeg kan lære noe, jeg lærer tennis og boksing. Jeg få lære ting som jeg har lyst til og som gir en positiv effekt, i tillegg til at det gjør at du kan yte mer hjemme og være mer for andre.

Når det gjelder *psykiske helsevansker* beskrev flere at de gradvis opplevde færre symptomer på angstanfall og depresjon etter de fysiske treningstimene. En av dem beskriver det slik:

I begynnelsen så stakk jeg jo mye av. Jeg stakk gjerne av når jeg hørte det kom folk, eller følte på meg at det var mye folk bak meg. Så jeg var jo veldig uberegnelig det første året. Nå prøver jeg jo å være her så mye jeg kan.

Deltakerne beskriver også hvordan tilbudet har vært med på å øke opplevelsen av *sosial støtte* og gi større sosiale nettverk. Sosial støtte fra aktivtører og andre deltakere var en av de sentrale funksjonene av tilbudet. En beskriver at: «Å kunne komme å se kjente ansikter og faktisk ha et sosialt nettverk, det har hjulpet meg». En annen beskriver det sosiale samværet slik:

Ta et ansvar ovenfor andre som har det vanskelig, jeg blir litt glad over å kunne bli litt kjent med en som jeg ser er litt tilbaketrukket. Jeg tror rett og slett det er

ganske helsebringende den biten der også, fordi vi er en fin gjeng her som drar hverandre opp.

En av de andre tilføyer at: «Så vi er veldig observante, vi som har vært her en stund, at vi tar tak i folk og introduserer dem for gjengen som er den faste gjengen».

Når det gjelder *tilbakeføring til arbeidslivet* var det svært få som hadde ambisjoner om å komme tilbake til arbeidslivet, ettersom en stor andel hadde delvis eller full uførhet. Målet var i første rekke livsmestring og livskvalitet i form av aktivisering, både fysisk og mentalt. Flere opplevde treningsaktivitetene som sin «jobb». I løpet av APD hadde flere engasjert seg i frivillig sektor eks, som støttekontakt, som hjelpere ved idressarrangementer som håndballkamper og som instruktører ved APD. Flere beskrev at APD strukturerte hverdagen:

Min jobb om dagen er å komme meg på trening. Det blir istedenfor å treffe arbeidskollegaer så treffer jeg de jeg trener sammen med og det er min tid til å bygge meg selv opp.

3.2.3 Hva de synes om APD som et tilbud

Flere av deltakerne i fokusgruppene var opptatt av at det ikke var noe press å delta på aktivitetene og verdsatte fleksibiliteten ved å kunne melde seg på aktivitetene etter egen dagsform. En av dem fortalte at:

De sier bare så flink du er som kommer. Jeg føler aldri noe på at «herregud - jeg kan nesten ikke noe»!, men allikevel, så går jeg der hver uke.

Andre var opptatt av hvilken betydning APD hadde på en rekke områder av livet. En av deltakerne beskrev det slik:

Tenk hva jeg ville koste samfunnet dersom jeg skulle være pleiepasient på et sykehjem? Tenk hvordan det ville påvirket familien om de hadde måttet ta vare på meg? Tenk hvor mye jeg bidrar med av glede når jeg kommer tilbake fra Aktiv på Dagtid? At jeg holder familien i god form og kan ta vare på dem selv!

Men det var også konstruktive tilbakemeldinger om forhold som etter deltakernes oppfatning kunne gjort tilbudet enda bedre. Flere pekte på betydningen av økonomisk støtte til APD, da ville flere kunne benyttet dette tilbudet. En av dem vurderer det slik at:

Det skulle vært en form for gratis deltakelse, at man ikke trengte å tenke den økonomiske biten for å komme inn her. Kanskje det hadde vært lettere for folk å delta.

Flere påpekte også at NAV skulle vært mere på banen med å gi informasjon om APD. Besøk på APD hadde vært nyttig for å få et innblikk i tilbudene og aktivitetene og at det kunne gjøre terskelen lavere for å melde seg på ulike aktiviteter. Et annet alternativ kunne være at en representant som benytter seg av APD kunne kommet til et informasjonsmøte i NAV og fortelle om tilbudene:

Så kunne man presentert de ulike aktivitetene også tatt med noen og vist dem hvordan aktivitetene fungerte i praksis. Det er jo så mye allsidig, så det at noen introduserer dem for aktivitetene i starten bare for å komme i gang.

3.3 Oppsummering og diskusjon

I denne prosjektet har vi undersøkt på hvilke måter og i hvilket omfang Aktiv på Dagtid bidrar til å øke livskvalitet, inklusive psykisk og fysisk helse, og deltakelse i arbeidslivet. Nesten 70 % av deltakerne kategoriserer seg som personer med psykiske helseproblemer. Søvnproblemer, følelsen av å være anspent og oppjaget, matthet og følelse av å være sliten dominerte mest blant symptomene for psykisk helse. Over halvparten fortalte at de var misfornøyd med livet sitt og vurderte sine mestringsevner som lave. Fysiske/somatiske plager som problemer med nakke/skuldre, smerter i ryggen, tretthet og hodepine preger hverdagen til mange av deltakerne. Disse subjektive vurderingene fra kartleggingen viser et bilde av hvilke utfordringer deltakerne har. Så mye som 67 % av respondentene skåret høyt nok i HSCL's sjekkliste til å bli kategorisert som personer med mentale helseutfordringer (angst/depresjon).

Undersøkelsen viser at tiltaket later til å ha en rekke positive opplevde effekter på deltakerne. Som en følge av utvalgets store andel av personer som er helt eller delvis uføretrygdet eller under arbeidsavklaring (sammenlagt 78 % av deltakerne), kunne man forventet at få hadde mål om å komme tilbake til arbeidslivet. Likevel ser vi at mer enn halvparten av dem (52 %) oppgir at de enten er i deltidsjobb, skal tilbake i jobb i nær fremtid, eller har håp om å komme tilbake i arbeidslivet. Menn og yngre deltakere var oftere blant de som var på vei tilbake til arbeidslivet. Ingen av respondentene mangler mål for arbeidslivet eller hverdagslivet. Nesten 40 % hadde som mål å øke livskvaliteten.

Dette bildet sammenfaller med resultater fra en tidligere undersøkelse i APD (Johansen, 2015), der 51 % håpet å komme i jobb eller øke sin stillingsprosent. Det er i vår undersøkelse ikke mulig å si om Aktiv på Dagtid direkte kan bidra til økt grad av «tilbakeføring» av deltakerne til arbeidslivet. Dette er fordi en høy andel av deltakerne hadde en lang «ansienitet» i sykdomsforløpet (uførepensjonert) og hadde en «irreversibel» helsestatus. Men resultatene tyder derimot på at det er sannsynlighet for at programmet kan bidra til denne ønskelige effekten dersom NAV-brukere engasjeres til aktivitetene veldig tidlig i sykkelingsperioden.

I likhet med den tidligere undersøkelsen til Johansen (2015) finner vi også at deltakerne vurderer effekten av tiltaket på sine hverdagsliv som høy. Aktivitetene i regi av APD bidrar til bedre mestringsfølelse, bedre selvfølelse, mer optimisme for fremtiden, bedre humør, bedre fysisk og psykisk form. Et viktig funn er at:

- deltakerne som trives med å delta i Aktiv på Dagtid har mye høyere mestringstiltro, enn de som ikke trives
- opplevelsen av at Aktiv på Dagtid er et effektivt tiltak i deltakernes liv og har en positiv sammenheng både med tilfredshet med livet og med mestringstiltro.

Dette, sammen med fokusgruppeintervjuene kan tyde på at deltakerne gradvis opplever mestringsfølelse gjennom aktiviteter i tiltaket, og dermed får større mestringsforventning, for noen i form av håp om tilbakevending til arbeid. Det er i den forbindelse interessant at det ikke er signifikante forskjeller i mestringstiltro, livstilfredshet og å ønske om å komme tilbake til arbeid i forhold til hvor lenge vedkommende hadde trent/deltatt på aktivitetene i regi av Aktiv på Dagtid. Dette tyder på at det ikke er kvantitet (hvor mye) men kvalitet (hvor gode) aktivitetene er som bestemmer hvor godt deltakerne mestrer eller trives med livet. Opplevelsen av aktivitetene og hvordan disse er organisert skåres veldig høyt av deltakerne. APD er en frivillig tiltaksaktør og skylder seg at fra andre helsetiltak – dette er ikke terapeuter, men aktivitetsledere. Her rettes det fokus på aktivitet, ikke på sykdom.

Banduras teori om mestringstiltro baserer seg på prinsipper fra sosial kognitiv læringsteori som er opptatt av hvordan individer kan håndtere og kontrollere handlinger og situasjoner i ønsket retning (Bandura 1997; Imsen 1998). Tillit til egen mestringstiltro kan defineres som individets vurderinger av egen kapasitet til å utføre en bestemt atferd tilknyttet et bestemt resultat. Bandura hevder at mestringstiltro i seg selv påvirker atferd. Forventninger om at en er i stand til å utføre en bestemt oppgave påvirker sannsynligheten for at en faktisk greier det.

Relativt høy skår på mestringstiltro i vår studie, tilsier god tro på seg selv til å kunne mestre vanskelige krav i livet. Mestringsforventning, eller mestringstiltro, er betydningsfull i forhold til å endre helseatferd for å oppnå helsemessige gevinster (e.g. Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2013). Høyere nivå av mestringsforventning kan bidra blant annet til at deltakelse i forskjellige APD aktiviteter blir prioritert, og at man etterfølger anbefalinger og råd fra behandlere eller NAV. I fokusgruppene fremkommer det at i løpet av APD hadde flere engasjert seg i frivillig sektor for eksempel som støttekontakt, som hjelpere ved idrettsarrangementer som håndballkamper og som instruktører ved APD. Noen ønsker seg faktisk et enda mer variert aktivitetstilbud. Dette tyder på at deltakerne opplever en positiv utvikling av mestring og mestringstiltro (self-efficacy).

Mestringsforventning kan forstås som en persons opplevelse av i hvilken grad en evner å kontrollere og påvirke handlinger og situasjoner i ønsket retning (Madsen, 2008). Høy grad av tillit til egen mestringsevne leder til følelsen av kontroll og forutsigbarhet, og derved trygghet og velvære. En sterk forventning om at man kan mestre vanskeligheter som kommer, kan gjøre det enklere å håndtere senere utfordringer. Lav grad av mestringsforventning knyttes ofte til apati og hjelpeløshet ettersom en opplever at en har liten eller ingen mulighet til å påvirke hendelser som inntreffer og derved blir prisgitt omgivelsene (Bandura, 1997). I sosiologisk sammenheng er det viktig å ikke se at forventet mestring har en sammenheng med tidligere og nåværende mestring. Mestring må forstås i et utvidet tidsperspektiv.

Tidligere forskning viser at det er en positiv sammenheng mellom mestring og god psykisk helse. Det er bredt dokumentert at forventning til egen mestring er en beskyttelsesfaktor mot psykiske vansker. En forventning om at man kan mestre vanskeligheter som kommer, kan gjøre at senere belastninger får mindre utslag på psykisk helse (Bandura, 1977; Jerusalem & Schwarzer, 1992; Wood, 2015). Studier viser også at hensiktsmessige mestringsstrategier er viktig i forebyggingen av psykiske vansker og bekrefter at det er forbindelser mellom ulike typer mestring og psykisk helse, men sammenhengene er ikke enkle (Compas et al., 2011).

En del av virkningen av APD later til å være at tiltaket bidrar til at deltakerne bygger sosiale nettverk der opplevelse av å være sammen med andre deltakerne skåres veldig høyt. Fokusgruppene indikerer at det å kunne komme og se kjente ansikter og ha et sosialt nettverk later til å ha en positiv effekt på mestringsforventning. Gode sosiale ferdigheter er av stor betydning for mestringsforventning (Bandura, 1997; 2006a). Det sosiale miljøet rundt oss har stor betydning for utviklingen av sosiale ferdigheter (Imsen, 1998; Mead, 2005; Mathiesen et al., 2007). Tidligere forskning har også vist at samarbeidsbaserte mestringsstrategier kan gi individer tilgang til et bredt spekter av mestringsressurser

(Wong, 2001; Guribye et al., 2011). Dette kan involvere både emosjonell støtte og mer praktisk orientert støtte som felles transport og tilgang til relevant informasjon.

Manglende energi, lite kjennskap til tilbudene og mangel på tid var blant faktorer som, ifølge deltakerne, har bidratt til å hindre deltakelse i APD. For å få ut mer informasjon om APD bør fastlegene informeres bla via brosjyrer på legekontorer og ved direkte henvendelser. Dette kan også være vesentlig for kunne sette inn tidlige innsats i et sykdomsforløp. En del av deltakerne hadde også utfordringer med transport eller trengte noen å gå sammen med. Disse funnene sammenfaller godt med APDs egne tilbakemeldinger fra deltakerne, og har blant annet medført at man undersøker på hvilke måter digitale virkemidler som apper kan bidra til å løse disse utfordringene. I samarbeidsprosjektet «Fortet SMS» i Arendal har man blant annet vurderer å ta i bruk en app basert på et kalendersystem der deltakere melder inn hvilke aktiviteter de kunne tenke seg å delta i. Dette fører til at meldinger automatisk skal gå ut til frivillige sjåførere med vandelsattest, som kan akseptere transportoppdraget og bidra på den måten.

4 Konklusjon

Aktiv på Dagtid «virker». Deltakerne er begeistret og sier at det gir dem ønske om å bli aktiv i eget liv og i samfunnet. Til tross for langvarig sykdom og dårlig helsestatus bidrar aktivitetene på Aktiv på Dagtid til å øke mestringsevnen og livskvalitet til deltakerne. Ikke alle deltakerne har som et mål å komme tilbake til arbeidslivet, til tross for deltakelse på aktivitetene. Likevel kan deltakelse ha stor nytte både for personene det gjelder, for familien deres og økonomisk for samfunnet. Som en av dem formulerte det: «*Tenk hva jeg ville koste samfunnet dersom jeg skulle være pleiepasient på et sykehjem?*».

Programmet APD har uten tvil en høy samfunnsøkonomisk verdi slik at deltakere med vesentlige helseutfordringer utvikler evner til å ta vare på seg selv og minsker behovet for offentlige ressurser. Samtidig viser

resultatene at APD har et klar potensial til å tilbakeføre deltakere til arbeidet ved å øke deres mestringsevne. APD må være et tilbud til NAV brukere i en så tidlig fase som mulig for å oppnå en ønsket effekt om tilbakeføring til jobb.

APD er samtidig et tilbud som er i stadig utvikling, ikke minst gjennom det nære samarbeidet med Med hjerte for Arendal og både kommune og ulike frivillige organisasjoner der. Det er i senere tid arbeidet med tilbud til innvandrere, innsatte i fengselet (Yoga i fengsel) og samarbeid med miljøverntiltak som strandrydding (såkalt *plogging* - plukking og jogging har blitt en slags trend på det området), og utvidelser av aktivitetstilbud i samarbeid med hunde- og hestemiljøer. Dette vitner om en vilje til nyskaping og samskaping der mange aktører går sammen for å finne nye løsninger på felles utfordringer.

5 Litteraturliste

1. Antonovsky A. The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 1985;22(4):273-80.
2. Antonovsky A. The fluctuating fortunes of the behavioral sciences. *Isr J Med Sci.* 1987;23(9-10):1022-6.
3. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control.* New York: Freeman; 1997.
4. Batt-Rawden K, Tellnes G. How music may promote healthy behaviour. *Scand J Public Health.* 2011;39(2):113-20.
5. Batt-Rawden KB, Tellnes G. Nature-culture-health activities as a method of rehabilitation: an evaluation of participants' health, quality of life and function. *Int J Rehabil Res.* 2005;28(2):175-80.
6. Berget B, Braastad BO. Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders. *Ann Ist Super Sanita.* 2011;47(4):384-90.
7. Berget B, Ekeberg O, Braastad BO. Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: effects on self-efficacy, coping ability and quality of life, a randomized controlled trial. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2008; 4:9.
8. Bonsaksen T, Solveig Fagermoen M, Lerdal A. Trajectories of Self-Efficacy in Persons with Chronic Illness: An Explorative Longitudinal Study. *Psychology & Health.* 2013;29(3):1-28.
9. Chiu FP, Tsang HW. Validation of the Chinese general self-efficacy scale among individuals with schizophrenia in Hong Kong. *Int J Rehabil Res.* 2004;27(2):159-61.
10. Compas BE, Forehand R, Thigpen JC, Keller G, Hardcastle EJ, Cole DA, et al. Family Group Cognitive-Behavioral Preventive Intervention for Families of Depressed Parents: 18- and 24-Month Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2011;79(4):488-99.
11. Dalgard OS, Bøen H. *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder.* Oslo: Folkehelseinstituttet; 2007.
12. Diener E, Larsen RJ, Levine S, Emmons RA, Hogan R. Intensity and Frequency: Dimensions Underlying Positive and Negative Affect. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1985;48(5):1253-65.
13. Folkehelseinstituttet. *Folkehelse rapporten: Helstilstanden i Norge.* 2014.

14. Gonzalez MT, Hartig T, Patil GG, Martinsen EW, Kirkevold M. Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components. *J Adv Nurs*. 2010;66(9):2002-13.
15. Gonzalez MT, Hartig T, Patil GG, Martinsen EW, Kirkevold M. A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression. *Int J Ment Health Nurs*. 2011;20(2):119-29.
16. Grut L. Friluftsliv som et ledd i forebyggende og helsefremmende arbeid for personer med kroniske lidelser. Oslo: SINTEF HELSE; 2005.
17. Guribye E. MotKommune 3.0? Modeller for samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor: Med hjerte for Arendal.: Agderforskning; 2016.
18. Guribye E, Sandal GM, Oppedal B. Communal proactive coping strategies among Tamil refugees in Norway: A case study in a naturalistic setting. (Case study) (Report). *International Journal of Mental Health Systems*. 2011; 5:9.
19. Hopsu L, Louhevaara V, Korhonen O, M. M, M. K, Huikko K, et al. Feasibility and effects of the intervention for developing work organization on stress and strain in professional cleaning. Helsinki: Rakennushallitus; 1994.
20. Horgen ER. Personer på velferdsytelser utenfor arbeidslivet. 2014.
21. Imsen G. Læring og utvikling i skolen: [1]. Tromsø: UNIKOM; 1998.
22. Johansen K. Hvordan oppleves Aktiv på Dagtid i Aust Agder?: Norges Idrettsforbund; 2015.
23. Kulturdepartementet. St.,eld.nr 39 Frivillighet for alle. 2006-2007.
24. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2006;62(2):212-9.
25. Langeland E, Robinson HS, Moum T, Larsen MH, Wahl AK. Mental health among people with psoriasis undergoing patient education in climate therapy. *Scand J Psychol*. 2013;54(6):508-14.
26. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Hanestad BR. Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. *Issues Ment Health Nurs*. 2007;28(3):275-95.

27. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Nortvedt MW, Hanestad BR. Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living residents in the community with mental health problems: a 1-year follow-up study. *Qual Life Res.* 2007;16(6):939-46.
28. Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, Nortvedt MW, Hanestad BR. Quality of life among Norwegians with chronic mental health problems living in the community versus the general population. *Community Ment Health J.* 2007;43(4):321-39.
29. Lindstrom B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(6):440-2.
30. Madsen H, Neergaard H, Ulhøi JP. Factors influencing the establishment of knowledge-intensive ventures. *International Journal of Entrepreneurial Behaviour & Research.* 2008;14(2):70-84.
31. Mathiesen KS. Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2007.
32. Mead GH. *Sindet, selvet og samfundet : fra et socialbehavioristisk standpunkt.* København: Akademisk Forl.; 2005.
33. Meland E, Maeland JG, Laerum E. The importance of self-efficacy in cardiovascular risk factor change. *Scand J Public Health.* 1999;27(1):11-7.
34. Mouanoutoua VL, Brown LG. Hopkins Symptom Checklist-25, Hmong Version: A Screening Instrument for Psychological Distress. *Journal of Personality Assessment.* 1995;64(2):376-83.
35. Noack RH. Wither? Public health in a changing Europe. *Eur J Public Health.* 2005;15(5):442.
36. Nordenfelt L. *On the nature of health: an action-theoretic approach.* 2nd ed. ed. Dordrecht; Boston: Kluwer; 1995.
37. Olsen TS, Kvåle, G., Jentoft, N. Mellom trygd og arbeid. Motivasjon og risiko i uføres betraktninger om å gå tilbake til arbeidslivet.: Agderforskning; 2005.
38. Olsen TS, Jentoft, N., Jensen, H.C. Et liv jeg ikke valgte. Om unge uføre i fire fylker.: Agderforskning; 2009.
39. Olsen TS, Jentoft, N. En vanskelig start. Om tidlig innsats og tverretattlig samarbeid for å forebygge ung uførhet.: Agderforskning; 2013.
40. omsorgsdepartament H-o. Meld.St.39 Innovasjon i Omsorg. 2006-2007.

41. omsorgsdepartamentet H-o. Morgedagens omsorg Meld.St.nr 29. 2012-2013.
42. omsorgsdepartamentet H-o. Meld.St.19: Folkehelsemeldingen Oslo.; 2014-2015.
43. omsorgsdepartamentet H-o. Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022). 2017.
44. Pedersen I, Nordaunet T, Martinsen EW, Berget B, Braastad BO. Farm animal-assisted intervention: relationship between work and contact with farm animals and change in depression, anxiety, and self-efficacy among persons with clinical depression. *Issues Ment Health Nurs.* 2011;32(8):493-500.
45. Ramboll. SurveyXact.
46. Schwarzer R, Satow L. Online intervention engagement predicts smoking cessation. *Preventive Medicine.* 2012;55(3):233-6.
47. St.16 M. Fra utenforskap til ny sjanse. Samordnet innsats for voksnes læring.; 2015-2016.
48. Strand AH, Bråthen, M. og Grønningsæter, A.B. NAV kontorenes oppfølging av unge brukere. 2015.
49. Strandbu ÅoS, Ø. Aktiv på Dagtid i OSlo. En undersøkelse av deltakernes erfaringer. 2011.
50. Sævareid HI. Om “menneskearbeid” og “ekspertarbeid” i veiledning.Til den andres beste: en bok om veiledningens etikk. . Oslo: Gyldendal akademisk; 2008.
51. Tellnes G. How can nature and culture promote health? *Scand J Public Health.* 2009;37(6):559-61.
52. Vittersø J. Satisfaction WithLife Scale. *Tidsskrift for Norsk psykologforening.* 2009;46(8):757-8.
53. Wong G, Picot WG. Working Time in Comparative Perspective, Volume I: Patterns, Trends and the Policy Implications for Earnings Inequality and Unemployment. Kalamazoo: W. E. Upjohn Institute for Employment Research; 2001.
54. Wong PTP. Meaning therapy: assessments and interventions. (Essay). *Existential Analysis.* 2015;26(1):154.
55. Wood JL, Newman CB, Harris F, III. Self-efficacy as a determinant of academic integration: an examination of first-year Black males in the community college. (Report). 2015;39(1):3.

Fou informasjon

Tittel	Aktiv på Dagtid. Fra å overleve til å leve igjen....
Prosjektleder	Migle Helmersen
Forfattere	Migle Helmersen, Bente Berget, Euge-Guribye
Oppdragsgiver	Aust-Agder Utviklings- og Kompetansefond
Rapport type	PDF
Rapport nr	Prosjekt / FoU-rapport nr. 2/2018
ISSN-nummer	978-82-7602-270-4
Tilgjengelighet til rapporten	
4 emneord	Mestringsforventning, Tilfredshet med livet, Arbeidslivet, Helsefremmende

Agderforskning AS

Post- og besøksadresse:

Kristiansand:
Universitetsveien 19
4630 Kristiansand, Norway

Tel: +47 480 10 520
Epost: post@agderforskning.no

<http://www.agderforskning.no>

