

## DEMOGRAFI OG RESULTATER

### Fordeling kjønn og alder - og program-data

	2018*	2019
Antall oppstart	90 stk	135 stk
Prosent kvinner	56 %	73 %
Gj.snitt alder	43,7 (min; 24, max; 63)	41,7 (min; 18, max; 66)
Antall avsluttede	15 stk	137 stk
Gj.snitt - antall beh.	5,2 (SD:2,5)	11,9 (SD:4,6)
Median - antall beh.	5	12
Gj.snitt – beh.periode	13 uker	22 uker
Andel ikke-inkluderte	2 %	5 %
Andel program-dropout	2 %	15 %

\*Ny avtale med gradvis oppstart fra mai-18

### Arbeidsstatus ved ankomst

	2018	2019
Stillingsstørrelse	80,8 % (SD:28,2)	88,9 % (SD:28,2)
Sykemeldingsgrad	39 % (SD:44,5)	56 % (SD:44,5)
Arbeidsevne (0-10) <sup>5</sup>	5,7 (SD:2,7)	4,8 (SD:2,7)
Ift Fysiske krav (1-5) <sup>5</sup>	3,6 (SD:0,8)	3,6 (SD:0,8)
Ift Psykiske krav (1-5) <sup>5</sup>	3,1 (SD:1,1)	2,8 (SD:1,1)
Returtro jobben (1-5) <sup>6</sup>	4,1 (SD:1,0)	3,8 (SD:1,0)
Returtro arb.liv (1-5) <sup>7</sup>	4,4 (SD:0,9)	4,5 (SD:0,9)

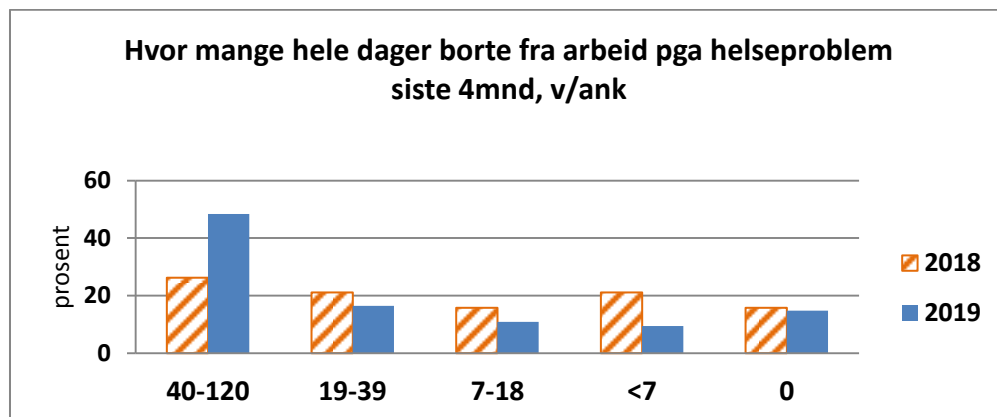
<sup>5</sup> Gj.snitt score på spørsmålet "Hvor mange poeng vil du gi din nåværende arbeidsevne?"

0-10 skala – «helt uten evne til å arbeide» til «arbeidsevne på sitt beste»

Og i forhold til fysiske krav 1-5 skala, og i forhold til psykiske krav 1-5 skala

<sup>6</sup> Gj.snitt score på spørsmålet "Hvor stor tro har du på at du vil komme tilbake til/ bli i din nåværende jobb?" 1-5 skala – «svært dårlig» til «svært god»

<sup>7</sup> Gj.snitt score på spørsmålet "Hvor stor tro har du på at du vil komme tilbake til/ bli i arbeidslivet?" 1-5 skala – «svært dårlig» til «svært god»



	2018	2019	Referanse verdier	
			NORGE	VERDEN
Helse i dag (0-100) <sup>1</sup>	43,3	55,9	82,8 <sup>2</sup>	78,7
EQ-Index (0-1) <sup>1</sup>	0,70	0,66	0,86 <sup>2</sup>	0,86
Livskvalitet (0-100) <sup>2</sup>	54,2	53,5		
Angst (0-21) <sup>3</sup>	94 %	75 %	15 %	-
	11,6	10,4		
Depresjon (0-21) <sup>3</sup>	44 %	51 %	10 %	-
	7,3	7,6		
Somatisering (1-4) <sup>4</sup>	81 %	79 %	-	-
	2,13	2,16		

<sup>1</sup> Gj.snitt score fra EQ-VAS (0-100 skala – den dårligste til den beste helse helse du kan tenke deg) og EQ-Index via EQ-5D-5L skjema (0-1 skala – død til perfekt helse)

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation  
 Referanseverdier hentet fra – og for Norske data så bruker vi normative nivåer og Indeks-beregning fra Storbritannia:  
 Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D  
 ISBN 978-94-007-7595-4 ISBN 978-94-007-7596-1(eBook) DOI 10.1007/978-94-007-7596-1  
 Springer Dordrecht Heidelberg New York London

<sup>2</sup> Gj.snitt score fra Global Life Quality Scale – skjema, Livskvalitet (0-100 skala)

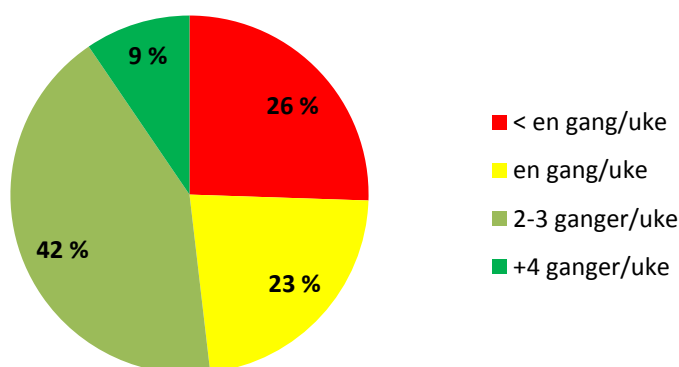
<sup>3</sup> Andel med symptomer på henholdsvis angst og depresjon (> 8 score (0-21 skala)) på HAD-skjema (Hospital Anxiety Depression Scale) og gjennomsnittsverdi

Referanseverdier hentet fra: Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag (HUNT2 – 1995-97)

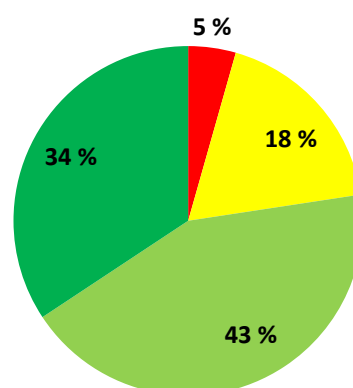
<sup>4</sup> Andel med score over cut-off for risiko for å bli – eller være etablert – storforbruker av helsetjenester (>1,75 (0-4 skala)) på HSCL-25 skjema (Hopkins Symptom CheckList – 25 item) og gjennomsnittsverdi

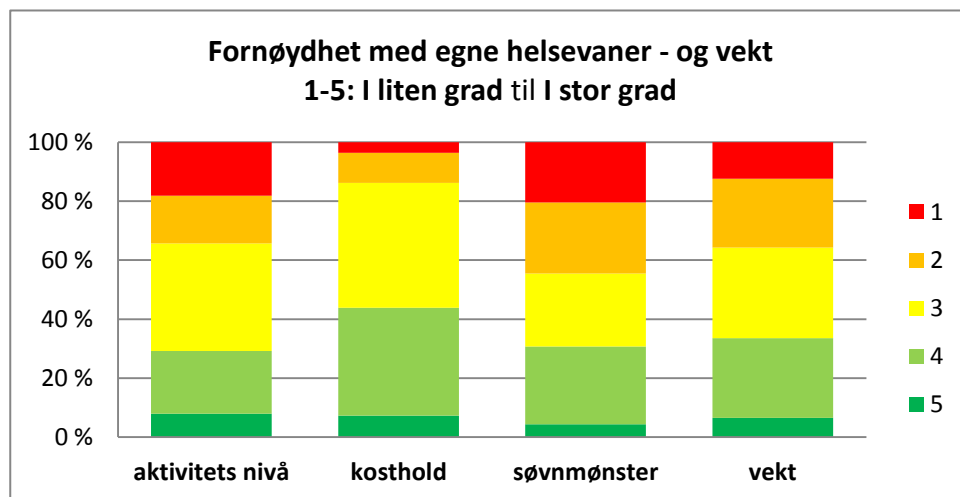
## Faktorer ift helsevaner 2019 v/ankomst

trim (svett/andpusten) - frekvens



fysisk aktiv (= +30min) - frekvens





**45 %** mente at det var **viktig å ta fatt på sine helsevaner for å bedre arbeidsevnen**  
**25 %** mente at det **kanskje** var det  
**30 %** mente at det **ikke** var det  
**15 %** var **røykere** ved ankomst

N=135

Andel svar på påstandene "Jeg er fornøyd med mitt aktivitetsnivå- / ...kosthold- / ...søvnmønster- /...min vekt" 1 til 5 skala: «I liten grad» til «I stor grad»

### Kommentar til demografi for 2019

Programmet var i 2019 oppe i full drift etter gradvis oppstart i løpet av 2018. Andel kvinner har økt tydelig siden 2018 (3 av 4 i 2019) og grad av arbeidsfravær og symptomtrykk er også økt i 2019-populasjonen. Dette samtidig med noe lavere andel som ankommer med over cut-off verdier – noe som indikerer større andel enkeltpersoner med store problemer. Betydelig økning i antall konsultasjoner før avslutning har trolig også sin forklaring i det.

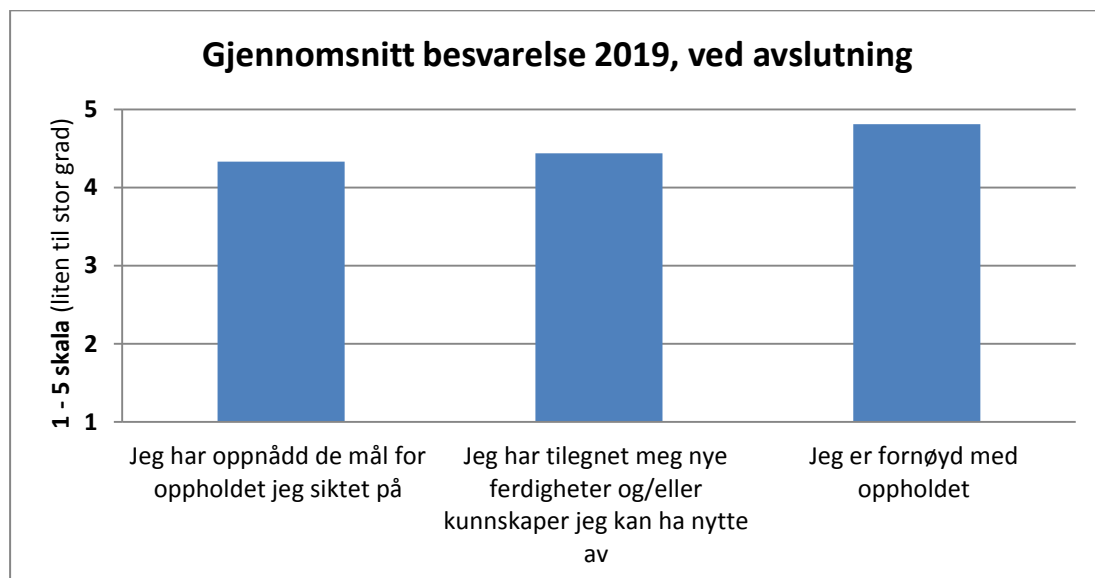
Også andel henviste som ikke ble inkludert grunnet for velfungerende utgangspunkt har økt i 2019. Dropout fra programmet har også økt i andel fra 2018 – 15 % av de som startet i 2019 valgte selv å avslutte uten avsluttende konsultasjon (hver fjerde av disse anga dog som grunn at de ikke trengte mer behandling)

Hva gjelder helsevaner var ankomstpopulasjonen blandet ift faktisk aktivitetsnivå, og også ift fornøydhetsgrad med eget nivå – minst fornøyde var de med eget søvnmønster.

Halvdelen mente dog det trolig var viktig å ta fatt på helsevanene sine for å bedre arbeidskapasiteten sin.

Opplevd livskvalitet var i gjennomsnitt også i 2019 over 50 på 0-100 skala.

## RESULTATER – FRA BEHANDLINGSSTART TIL AVSLUTNING



N=110

### Andel som krysset grensen for somatisering v/HCSL-25 score fra ankomst til avslutning: **60 %**

88 (av 105 = 84 %) hadde ankomst-score > 1,75 (1-4 skala) som indikerer grense for risiko til å bli, eller allerede være godt etablert storforbruker av helse-tjenester.

53 av disse hadde ved avslutning krysset grensen, til score under 1,76 = 60%

### Andel som krysset 7-grensen for egenopplevd arbeidskapasitet fra ankomst til avslutning: **56 %**

73 (av 107 = 68 %) hadde lavere egenopplevd arbeidskapasitet enn 7 (på 0-10 skala) ved ankomst.

Erfaring innenfor norsk arbeidsrettet rehabilitering er at oddsen for vellykket retur til arbeidslivet er betydelig mindre gode ved nivå lavere enn 7, enn fra og med 7 og oppover.

41 av disse hadde ved avslutning krysset grensen, til minst 7 på skalen = 56%

**Forandring fra behandlingsstart til avslutning**

	START (mean)	SLUTT (mean)	forandring	% forandring	Effect size (Cohens d)	Signifikans (p<0,05)
Stillings-% (0-100+)	89,5	83,8	5,6	6 % reduksjon	0,2 – liten	JA
Sykemeldingsgrad, i % (0-100)	55,8	28,4	27,4	49 % bedring	0,7 – moderat	JA
Returratio, i stillings-% (0-100) <sup>1</sup>	51,7	23,0	28,7	56 % bedring	0,8 – stor	JA
Arbeidsevne (0-10) <sup>2</sup>	4,8	7,0	2,2	46 % bedring	0,9 – stor	JA
Arbeidsevne–fysisk (1-5) <sup>3</sup>	3,6	4,0	0,4	12 % bedring	0,4 – liten	JA/JA *
Arbeidsevne–psykisk (1-5) <sup>4</sup>	2,8	3,8	1,0	36 % bedring	1,1 – stor	JA/JA *
Returtro jobben (1-5) <sup>5</sup>	3,8	4,0	0,2	6 % bedring	-	NEI/NEI*
Returtro arb.liv (1-5) <sup>6</sup>	4,5	4,7	0,2	3 % bedring	0,2 – liten	JA/JA *
HAD score (0-42) <sup>7</sup>	18,2	10,6	7,6	41 % bedring	1,2 – stor	JA
HAD score-angst (0-21) <sup>8</sup>	10,6	6,8	3,8	36 % bedring	1,0 – stor	JA
HAD score-depresjon (0-21) <sup>9</sup>	7,7	3,8	3,9	50 % bedring	1,1 – stor	JA
AAQ-II score (7-70) <sup>10</sup>	43,1	50,4	7,3	17 % bedring	0,7 – moderat	JA
ORS score (0-40) <sup>11</sup>	19,9	29,6	9,7	48 % bedring	1,2 – stor	JA
Somatisering (1-4) <sup>12</sup>	2,18	1,65	0,53	24 % bedring	1,2 – stor	JA
Depresjon (1-4) <sup>13</sup>	2,27	1,69	0,58	25 % bedring	1,2 – stor	JA
Livskvalitet (0-100) <sup>14</sup>	53,8	70,5	16,7	31 % bedring	1,0 – stor	JA
Helse i dag (0-100) <sup>15</sup>	55,6	72,3	16,7	30 % bedring	1,0 – stor	JA
EQ-Index (0-1) <sup>16</sup>	0,65	0,78	0,13	20 % bedring	0,7 – moderat	JA

<sup>1</sup>Returratio – andel av opprinnelig arbeids-stilling som brukes til fravær. I stillings-%

**N=98-108**

**Delspørsmål fra Arbeidsevne Index - skjema**

<sup>2</sup>Gj.snitt score på spørsmålet: "Hvor mange poeng vil du gi din nåværende arbeidsevne?"

0-10 skala (ikke i stand til å arbeide – arbeidsevne på sitt beste)

<sup>3</sup>Gj.snitt score på spørsmålet: "Hvordan vurderer du din egen arbeidsevne i forhold til fysiske krav ved jobben?" 1-5 skala (meget dårlig – meget god)

<sup>4</sup>Gj.snitt score på spørsmålet: "Hvordan vurderer du din egen arbeidsevne i forhold til psykiske krav ved jobben?" 1-5 skala (meget dårlig – meget god)

**Returtro**

<sup>5</sup>Gj.snitt score på spørsmålet "Hvor stor tro har du på at du vil komme tilbake til/ bli i din nåværende jobb?" 1-5 skala – «svært dårlig» til «svært god»

<sup>6</sup>Gj.snitt score på spørsmålet "Hvor stor tro har du på at du vil komme tilbake til/ bli i arbeidslivet?" 1-5 skala – «svært dårlig» til «svært god»

**Hospital Anxiety & Depression Scale (HAD) – skjema**

<sup>7</sup>HAD Total score (0-42 skala)

<sup>8</sup>HAD del A – symptom-trykk Angst, score (0-21 skala)

<sup>9</sup>HAD del D – symptom-trykk Depresjon, score (0-21 skala)

**Acceptance and Action Questionnaire 2 (AAQ-II) – skjema**

<sup>10</sup>AAQ-II- Psykologisk fleksibilitet (7-70 skala)

**Outcome Rating Scale (ORS) – skjema**

<sup>11</sup>ORS – Endringsvurdering for voksne (0-40 skala)

**Hopkins Symptom Checklist 25 item – skjema**

<sup>12</sup>Somatisering og <sup>13</sup>Depresjon (1-4 skala)

**Global Life Quality Scale – skjema**

<sup>14</sup>Livskvalitet (0-100 skala)

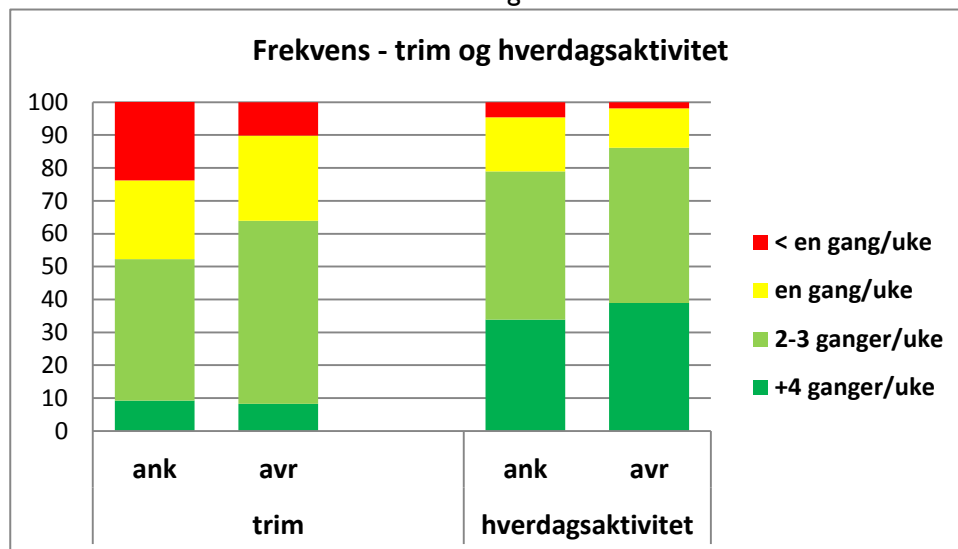
**EQ-5D-5L – skjema** © EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation

<sup>15</sup>Daghelse (0-100 skala)

<sup>16</sup>EQ-Index (0-1 skala), som mål på helse relatert livskvalitet utifra normativ befolkningspopulasjon

\* Kategorisk variabel med Likert-skala.  
 Resultatvisning i tabell som ser på gj.snitt er kun for enkelt å gi et inntrykk av endringsgrad. Også en statistisk signifikant endring av gj.snitt er følgelig ikke mer å regne enn som en tendens, for disse.  
 Signifikans av median endring vises derfor i tillegg som tydeliggjøring  
 (v/Wilcoxon signed rank test – og p<0,05)

**Faktorer ift helsevaner – ved avslutning**

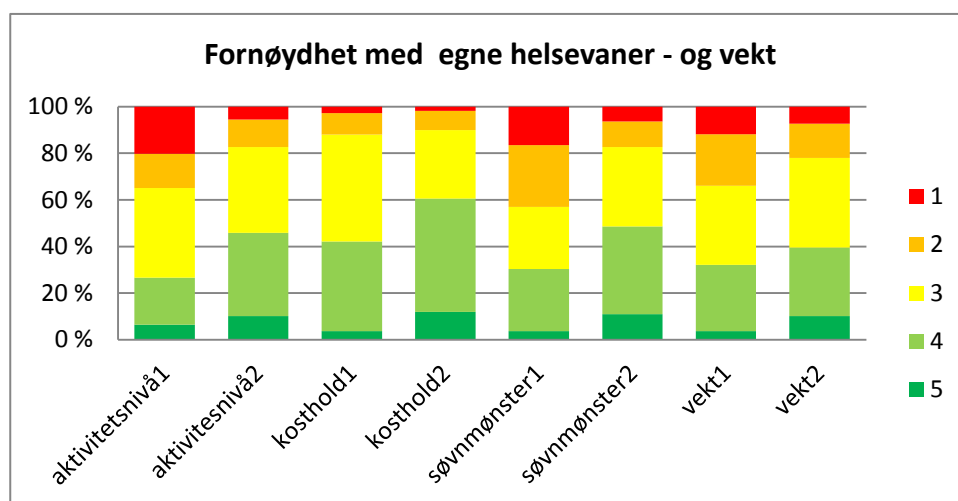


Det er signifikant endring av median-verdier hva gjelder frekvens av trim, men ikke av hverdagsaktivitet, fra ankomst til avslutning. 31 % har økt, og 14 % har redusert sin trimfrekvens 24 % har økt, og 16 % har redusert sin frekvens av hverdagsaktivitet

N = 109

Trim = "Hvor ofte har du vanligvis i løpet av de siste måneder mosjonert/trent så mye at du har blitt andpusten/svett?:"

Hverdagsaktivitet = "Hvor ofte har du vanligvis i løpet av de siste måneder vært fysisk aktiv i mer enn 30 min? (eks gåturer, hagearbeid, snømåking)"

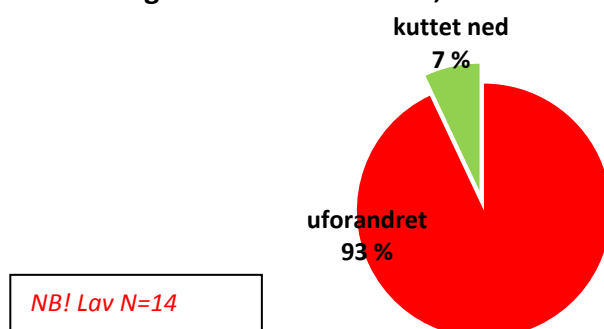


Det er signifikant bedring av median-verdier hva gjelder alle disse faktorer, fra ankomst til avslutning

N = 109

Andel svar på påstandene "Jeg er fornøyd med mitt aktivitetsnivå- / ...mitt kosthold- / ...mitt søvmønster- / ... min vekt" 1 til 5 skala: «I liten grad» til «I stor grad»

**Røykevaner ved avslutning i forhold til ankomst, for de som røyket ved ankomst**



NB! Lav N=14

### **Kommentar til resultatene fra oppstart til avslutning - 2019**

2019 resultatene preges av meget fornøyde pasienter som har opplevd drastisk bedring på de fleste faktorer. Arbeidsdeltakelsen er økt med tilsvarende 28,7 % stilling – altså nesten 11 timer per uke i gjennomsnitt, som før ga trygdeutbetaling blir nå brukt til inntektsgivende (og skattebetalende) arbeid!

Egenopplevd arbeidsevne er også økt tilsvarende – og gjennomsnittet er nå oppe på det ARR-sentrale 7-nivået (0-10 skala).

Psykometriske faktorer oppviser også statistisk signifikant bedring av primært stor effektstørrelse over hele linjen. 60 % av de som ved ankomst var over somatiseringsgrensen (>1,75 på HSCL-score) var under den grensen ved avslutning.

Opplevd livskvalitet er ved avslutning over 70 (0-100 skala) og også helserelatert livskvalitet (EQ-Index via EQ-5D skjema) er tilsvarende høy.

Også fornøydhet med egne helsevaner (og egen vekt) er statistisk signifikant bedret – og det samme med økning av trimfrekvens.

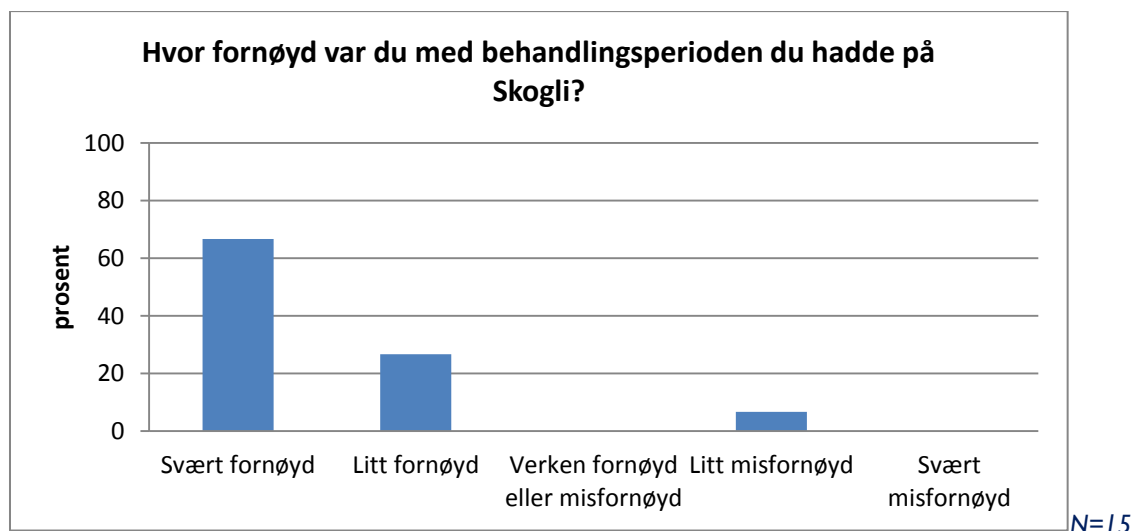
Alt dette på i gjennomsnitt 11,9 konsultasjonstimer!

## RESULTATER 20 UKER ETTER AVSLUTNING

Frivillig besvarelse av spørreskjema utsendt til de som har samtykket, med behandlingsavslutning i perioden juli 2018 til august 2019

Compliance: 20 av 81 = 25 %

**NB! Lav N – Resultatene er følgelig kun preliminaire tendenser for programmet**



93 % vil anbefale noen i samme situasjon som de var i ved behandlingsstart om å søke seg til Skogli  
 0 % svarer KANSKJE og 7 % svarer NEI (N=15)

67 % ga Skogli "æren" for livsstilsendringer de gjennomført etter hjemkomst (Noe – Svært mye, N=15)

47 % anga oppstart av en eller flere nye regelmessige mosjonsaktiviteter etter hjemkomst (N=15)

### Forandring fra ankomst til 20 uker etter behandlingsavslutning

	ankomst (mean)	20 uker (mean)	forandring	% forandring	effect size (Cohens d)	Signifikans (p<0,05)
Jobbretur ratio <sup>1</sup> i % (0-100)	59,3	12,4	46,9	79 % bedring	1,3 – stor	<b>JA</b>
Stillings-% (0-100+)	84,7	88,3	3,6	4 % bedring	0,2 – liten	NEI
Sykemeldingsgrad, i % (0-100)	65,3	13,1	52,2	80 % bedring	1,4 – stor	<b>JA</b>
Arbeidsevne <sup>2</sup> (0-10)	5,3	7,7	2,4	45 % bedring	1,1 – stor	<b>JA</b>
Arbeidsevne–fysisk (1-5) <sup>3</sup>	3,7	4,1	0,4	12 % bedring	0,5 – moderat	NEI/NEI *
Arbeidsevne–psykisk (1-5) <sup>4</sup>	3,1	3,9	0,8	29 % bedring	1,2 – stor	<b>JA/JA *</b>

<sup>1</sup>Returratio – andel av opprinnelig arbeids-stilling som brukes til fravær. I stillings-%

**N=15-19**

#### Delspørsmål fra Arbeidsevne Index - skjema

<sup>2</sup>Gj.snitt score på spørsmålet: "Hvor mange poeng vil du gi din nåværende arbeidsevne?"

0-10 skala (ikke i stand til å arbeide – arbeidsevne på sitt beste)

<sup>3</sup>Gj.snitt score på spørsmålet: "Hvordan vurderer du din egen arbeidsevne i forhold til fysiske krav ved jobben?" 1-5 skala (meget dårlig – meget god)

<sup>4</sup>Gj.snitt score på spørsmålet: "Hvordan vurderer du din egen arbeidsevne i forhold til psykiske krav ved jobben?" 1-5 skala (meget dårlig – meget god)

\* Kategorisk variabel med Likert-skala. Resultatvisning i tabell som ser på gj.snitt er kun for enkelt å gi et inntrykk av endringsgrad. Også en statistisk signifikant endring av gj.snitt er følgelig ikke mer å regne enn som en tendens, for disse. Signifikans av median endring vises derfor i tillegg som tydeliggjøring (v/Wilcoxon signed rank test – og p<0,05)



### Jobbreturtro og forhold til jobbretur

Det er signifikant omvendt korrelasjon mellom grad av jobbreturtro ved behandlingsperiodens slutt og størrelse på jobbreturratio 20 uker etter behandlingsavslutning

Jo større tro på retur til – eller til å bli værende i - sitt arbeid, desto mindre fravær fra jobb 20 uker senere!

(moderat korrelasjonsstørrelse(0,54))

Det er ikke signifikant korrelasjon ift returtro ved ankomst

### Forandring fra ankomst til 20 uker etter avslutning

	ankomst (mean)	20 uker (mean)	forandring	% forandring	effect size (Cohens d)	Signifikans (p<0,05)
HAD score <sup>7</sup> <sub>(0-42)</sub>	17,0	6,8	10,2	60 % bedring	2,1 – stor	<b>JA</b>
HAD score-angst <sup>8</sup> <sub>(0-21)</sub>	10,1	5,1	5,0	49 % bedring	1,7 – stor	<b>JA</b>
HAD score-depresjon <sup>9</sup> <sub>(0-21)</sub>	7,0	2,2	4,8	68 % bedring	1,8 – stor	<b>JA</b>
AAQ-II score <sup>10</sup> <sub>(7-70)</sub>	44,1	51,9	7,8	18 % bedring	0,8 – stor	<b>JA</b>
ORS score <sup>11</sup> <sub>(0-40)</sub>	18,6	29,1	10,5	56 % bedring	1,9 – stor	<b>JA</b>
Somatisering <sup>12</sup> <sub>(1-4)</sub>	2,16	1,52	0,64	30 % bedring	1,9 – stor	<b>JA</b>
Depresjon <sup>13</sup> <sub>(1-4)</sub>	2,30	1,59	0,71	31 % bedring	1,7 – stor	<b>JA</b>
Livskvalitet <sup>14</sup> <sub>(0-100)</sub>	54,5	72,1	17,6	30 % bedring	1,1 – stor	<b>JA</b>
Helse i dag <sup>15</sup> <sub>(0-100)</sub>	59,1	76,6	17,5	30 % bedring	1,1 – stor	<b>JA</b>
EQ-Index <sup>16</sup> <sub>(0-1)</sub>	0,73	0,84	0,11	18 % bedring	1,0 – stor	<b>JA</b>

N=18-20

### Hospital Anxiety & Depression Scale (HAD) – skjema

<sup>7</sup>HAD Total score (0-42 skala)

<sup>8</sup>HAD del A – symptom-trykk Angst, score (0-21 skala)

<sup>9</sup>HAD del D – symptom-trykk Depresjon, score (0-21 skala)

### Acceptance and Action Questionnaire 2 (AAQ-II) – skjema

<sup>10</sup>AAQ-II- Psykologisk fleksibilitet (7-70 skala)

### Outcome Rating Scale (ORS) – skjema

<sup>11</sup>ORS – Endringsvurdering for voksne (0-40 skala)

### Hopkins Symptom Checklist 25 item – skjema

<sup>12</sup>Somatisering og <sup>13</sup>Depresjon (1-4 skala)

### Global Life Quality Scale – skjema

<sup>14</sup>Livskvalitet (0-100 skala)

**EQ-5D-5L – skjema** © EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation

<sup>15</sup>Dagshelse (0-100 skala)

<sup>16</sup>EQ-Index (0-1 skala), som mål på helse relatert livskvalitet utifra normativ befolkningspopulasjon

### Andel som krysset grensen for somatisering v/HCSL-25 score fra ankomst til 20 uker etter avslutning: **72 %**

18 (av 20 = 90 %) hadde ankomst-score > 1,75 (1-4 skala) som indikerer grense for risiko til å bli, eller allerede være godt etablert storforbruker av helse-tjenester.

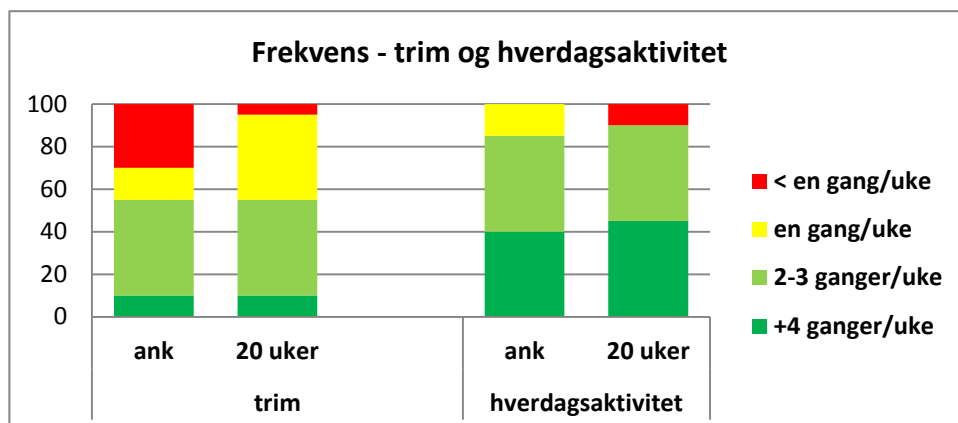
13 av disse hadde ved 20 uker etter avslutning krysset grensen, til score under 1,76 = 72%

### Andel som krysset 7-grensen for egenopplevd arbeidskapasitet fra ankomst til 20 uker etter avslutning: **73 %**

11 (av 19 = 58 %) hadde lavere egenopplevd arbeidskapasitet enn 7 (på 0-10 skala) ved ankomst. Erfaring innenfor norsk arbeidsrettet rehabilitering er at oddsen for vellykket retur til arbeidslivet er betydelig mindre gode ved nivå lavere enn 7, enn fra og med 7 og oppover.

8 av disse hadde ved 20 uker etter avslutning krysset grensen, til minst 7 på skalen = 73%

**Faktorer ift helsevaner – 20 uker etter avslutning**

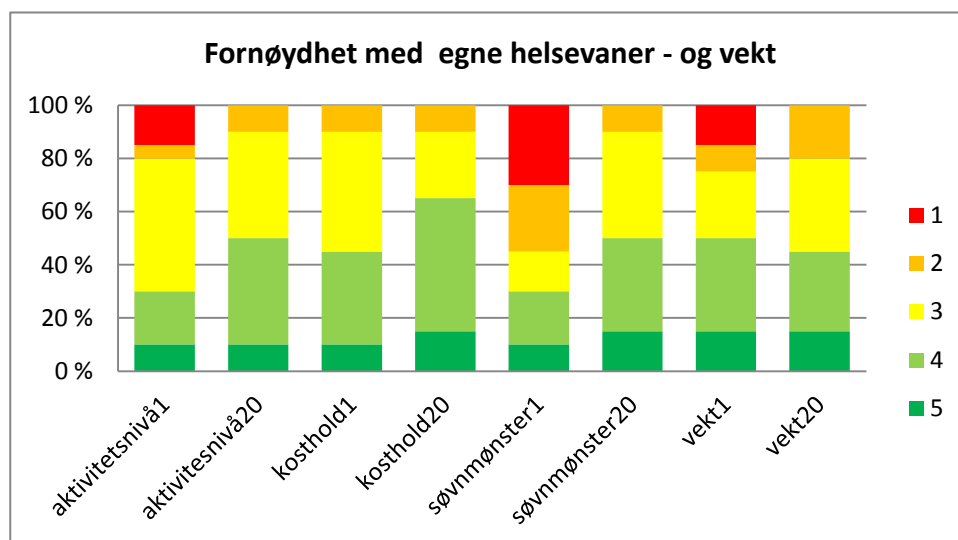


Det er ikke signifikant endring av median-verdier fra ankomst til 20 uker etter avslutning

N = 20

*Trim = "Hvor ofte har du vanligvis i løpet av de siste måneder mosjonert/trent så mye at du har blitt andpusten/svett?:"*

*Hverdagsaktivitet = "Hvor ofte har du vanligvis i løpet av de siste måneder vært fysisk aktiv i mer enn 30 min? (eks gåturer, hagearbeid, snømåking)"*



Det er signifikant bedring av median-verdier hva gjelder fornøydhet med eget aktivitetsnivå og søvnmonster, fra ankomst til 20 uker etter avslutning

N = 20

*Andel svar på påstandene "Jeg er fornøyd med mitt aktivitetsnivå- / ...mitt kosthold- / ...mitt søvnmonster- / ... min vekt" 1 til 5 skala: «I liten grad» til «I stor grad»*

### Resultat 20 uker etter avslutning - kommentar per 2019

Med så langt kun 20 besvarelser på langtidsoppfølging er selvfølgelig grunnlaget noe begrenset for å konkludere langtidseffekt for selve programmet. For de 20 som har besvart er dog resultatene så gode som de foreligger – og til tross for at det er data fra relativt få personer, så oppvises statistisk signifikant bedring av stor effektstørrelse på de aller fleste faktorer!

Også 20 uker etter avslutning er de aller fleste godt fornøyde med sin behandlingsperiode på Skogli. Over 90 % vil anbefale andre i samme situasjon om å søke seg til programmet.

Arbeidsdeltakelsen i denne populasjon er økt med tilsvarende 46,9 % stilling fra ankomstnivå – altså over 17 timer per uke i gjennomsnitt, som før behandlingsstart ga trygdeutbetaling blir nå brukt til inntektsgivende (og skattebetalende) arbeid!

Egenopplevd arbeidsevne er også økt markant – og gjennomsnittet er nå t.o.m. over det ARR-sentrale 7-nivået (0-10 skala) og 3 av 4 av de som var under den grensen ved ankomst er 20 uker etter avslutning over!

Psykometriske faktorer oppviser også statistisk signifikant bedring av stor effektstørrelse over hele linjen. 72 % av de som ved ankomst var over somatiseringsgrensen (>1,75 på HSCL-score) var under den grensen 20 uker etter avslutning.

Opplevd livskvalitet er også 20 uker etter avslutning over 70 (0-100 skala) og helserelatert livskvalitet (EQ-Index via EQ-5D skjema) er mer enn tilsvarende høy.

Også fornøydhet med eget aktivitetsnivå og eget søvnmønster er statistisk signifikant bedret. Faktisk fysisk aktivitet har dog ikke endret seg statistisk signifikant

Preliminær kalkyle på hvorvidt programmet er samfunnsøkonomisk nyttig kan gjøres via EQ-Index resultater opp mot behandlingstkostnad = kostnad per kvalitetsjustert leveår (kostnaden blir her multiplisert med 2,6 for at «leveår» skal bli tidssone på 52 uker og ikke kun 20 uker som er det vi har data på)

**Skogli sitt program for «poliklinikk – arbeidsrettet behandling, angst og depresjon» har (preliminært) en kostnad per kvalitetsjustert leveår som kun er på 46 % av pristaket for kostnadseffektiv helsebehandling satt av Helsedirektoratet.**

Og dette til tross for at behandlingseffekten i regnestykket er beregnet som at effekten kun holdt i 20 uker... Samfunnsøkonomisk nytte i kroner og øre av den drastisk økte arbeidsdeltakelsen er i denne setting ikke beregnet, men innlysende er at bare med det har populasjonen etterbetalt kostnaden for egen behandling med god margin.

Alt dette på i gjennomsnitt 9,4 (SD: 4,1) konsultasjonstimer for denne populasjon!

*20 ukers populasjonen hadde behov for noe færre konsultasjonstimer enn totalpopulasjonen. Sammenlikner man ankomstverdier hadde også totalpopulasjonen jevnt over noe «dårligere» utgangspunkt. Siden det statistisk er enklere tydelig å bedre et dårligere utgangspunkt enn et godt, så er det ekstra imponerende at den lille og altså noe «friskere» 20 ukers populasjonen hadde statistisk signifikant bedring stort sett på alle faktorer!*