

DEMOGRAFI OG RESULTATER

Fordeling kjønn og alder - og program-data

	2018*	2019	2020	trend
Antall oppstart	90 stk	135 stk	136 stk	
Prosent kvinner	56 %	73 %	77 %	+
Gj.snitt alder	43,7 (min; 24, max; 63)	41,7 (min; 18, max; 66)	39,9 (min; 18, max; 58)	-
Antall avsluttede	15 stk	137 stk	126 stk	
Gj.snitt - antall beh.	5,2 (SD:2,5)	11,9 (SD:4,6)	12,1 (SD:3,9)	
Median - antall beh.	5	12	13	+
Gj.snitt – beh.periode	13 uker	22 uker	28 uker	+
Andel ikke-inkluderte	2 %	5 %	5 %	
Andel program-dropout	2 %	15 %	23 %	+
Andel telemedisin- konsultasjoner (f.o.m april-20)	-	-	26 %	

*Ny avtale med gradvis oppstart fra mai-18

Arbeidsstatus ved ankomst

	2018	2019	2020	trend
Stillingsstørrelse	80,8% (SD:28,2)	88,8 (SD:28,2)	93,2 % (SD:15,3)	+
Sykemeldingsgrad	39 % (SD:44,5)	56 % (SD:44,5)	54 % (SD:41,6)	
Arbeidsevne (0-10) ⁵	5,7 (SD:2,7)	4,8 (SD:2,7)	4,5 (SD:2,7)	-
Ift Fysiske krav (1-5) ⁵	3,6 (SD:0,8)	3,6 (SD:0,8)	3,6 (SD:1,2)	
Ift Psykiske krav (1-5) ⁵	3,1 (SD:1,1)	2,8 (SD:1,1)	2,8 (SD:0,9)	
Returtro jobben (1-5) ⁶	4,1 (SD:1,0)	3,8 (SD:1,0)	3,8 (SD:1,2)	
Returtro arb.liv (1-5) ⁷	4,4 (SD:0,9)	4,5 (SD:0,9)	4,5 (SD:0,8)	

⁵Gj.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

⁶Gj.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»

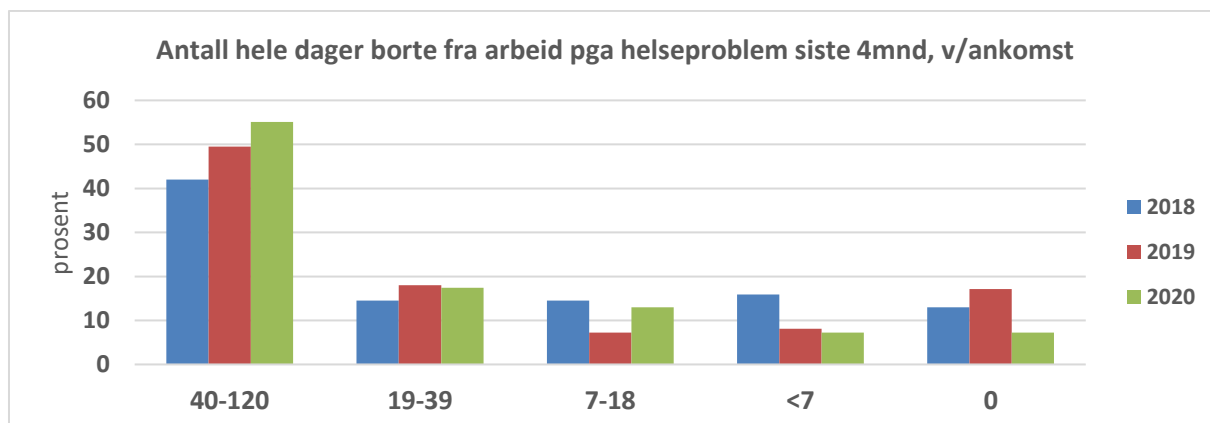
⁷Gj.snitt score på spørsmålet "Hvor stor tro har du på at du vil komme tilbake til/ bli i arbeidslivet?" 1-5 skala – «svært dårlig» til «svært god»

Andel **uten** sykefravær (og som følgelig ikke har returpotensiale)

2018	2019	2020	trend
40 %	27 %	29 %	

Andel som angir sin arbeidskapasitet som **NULL**:

2018	2019	2020	trend
7 %	6 %	7 %	



Helsestatus ved ankomst

Referanse verdier

	2018	2019	2020	NORGE	VERDEN
Helse i dag (0-100) ¹	43,3	55,9	56,8	82,8 ²	78,7
EQ-Index (0-1) ¹	0,70	0,66	0,66	0,86 ²	0,86
Livskvalitet (0-100) ²	54,2	53,5	52,6	-	-
Angst (0-21) ³	94 %	75 %	72 %	15 %	-
Depresjon (0-21) ³	11,6	10,4	10,5		
	44 %	51 %	49 %	10 %	-
Somatisering (1-4) ⁴	7,3	7,6	8,2		
	81 %	79 %	88 %	-	-
	2,13	2,16	2,24		

¹ 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

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

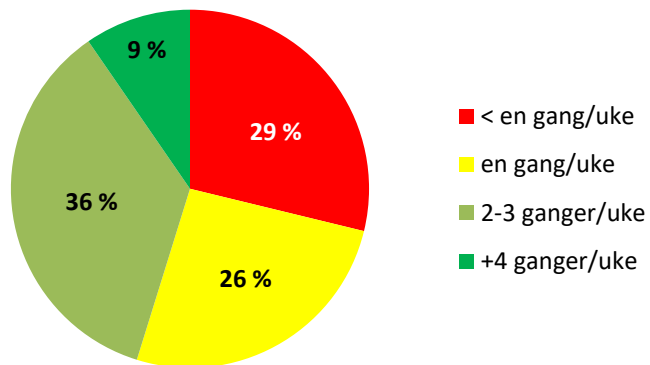
³ Andel med symptomer på henholdsvis angst og depresjon (> 8 score (0-21 skala)) på HAD-skjema (Hospital Anxiety Depression Scale) og gjennomsnittsverdi

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

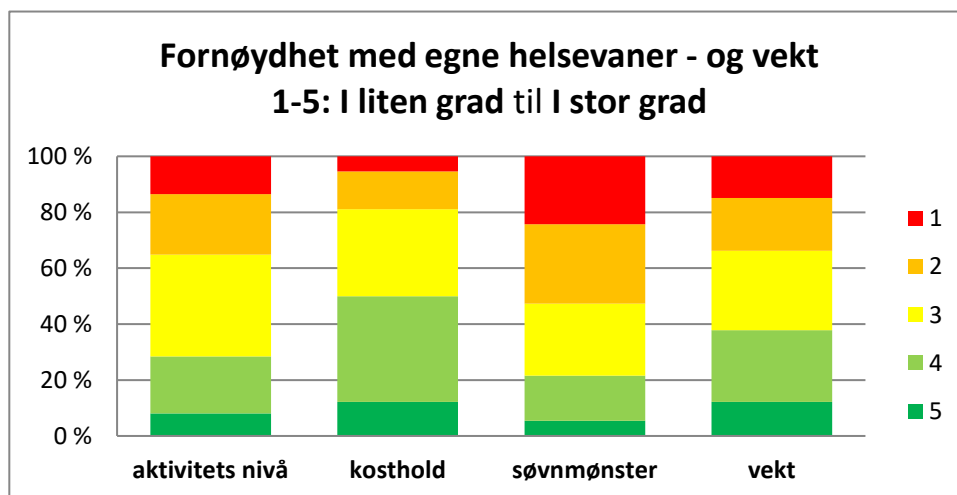
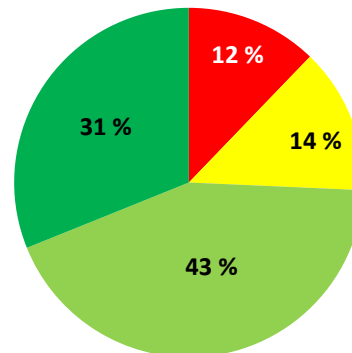
⁴ Andel med score over cut-off for risiko for å bli – eller være etablert – storforbruker av helsetjenester (>1,75 (0-4 skala)) på HSCL-25 skjema (Hopkins Symptom CheckList – 25 item) og gjennomsnittsverdi

Faktorer i.f.t. helsevaner 2020 v/ankomst

trim (svett/andpusten)-frekvens



fysisk aktiv (= +30min) - frekvens



38 % mente at det var **viktig å ta fatt på sine helsevaner for å bedre arbeidsevnen**
37 % mente at det **kanskje** var det
25 % mente at det **ikke** var det
15 % var **røykere** ved ankomst

N=135

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

Kommentar til demografi for 2020

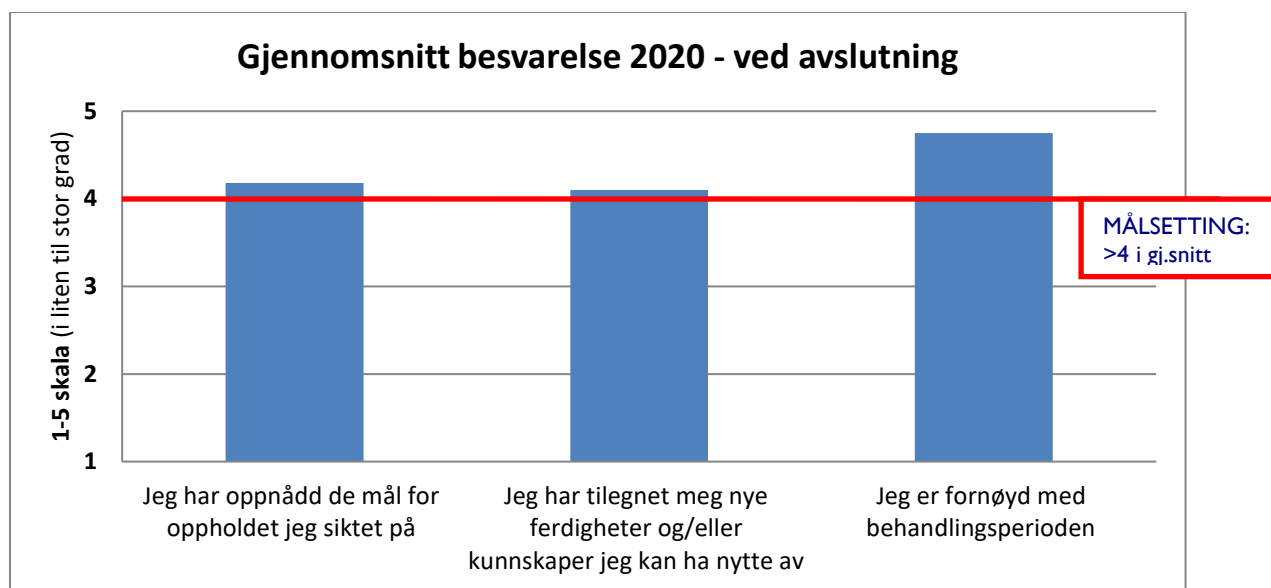
Demografisk ligner 2020 om 2019 – også med forsterket trend om stadig økende andel kvinner og synkende gj.snitts alder. Til tross for også fortsatt trend med økende stillings-størrelse samtidig med tilnærmet identisk sykmeldingsgrad v/oppstart, så har trenden i.f.t. egenopplevd arbeidsevne allikevel fortsatt å synke. Andel med minst 40 dager sykefravær de siste 4 mnd. før oppstart viser også en økende trend. Allikevel var tiltroen også i 2020 relativt høy (på 1-5 skala) i.f.t. til å kunne komme tilbake til jobben (3,8), eller spesielt i.f.t å komme tilbake til arbeidslivet (4,5).

Grunnet pandemisituasjonen så ble 2020 året da konsultasjoner via video/telefon ble et naturlig alternativ til fysisk oppmøte – f.o.m. april var 26% av konsultasjonene telemedisin-konsultasjoner. Andel henviste som ikke ble inkludert grunnet for velfungerende utgangspunkt var det samme som i 2019 – 5%. Andel program-dropout økte dog markant i 2020 – primært i form av telemedisin-pasienter som ikke returnerte tilsendt skjematikk ved avslutning av behandling, og om enn de deltok i behandlingsopplegget fullt ut ellers så ble følgelig det individuelle kliniske evaluerings-grunnlaget tynnere for dem i journal/epikrise. Disse inngår da selvfølgelig ikke heller i effektevaluering på gruppenivå i denne rapporten.

Hva gjelder helsevaner var ankomstpopulasjonen også i 2020 blandet i.f.t. faktisk aktivitetsnivå, og også ift fornøydhetsnivå – minst fornøyde var de med eget søvnmønster. Kun ¼ mente det ikke var viktig å ta fatt på helsevanene sine for å bedre arbeidskapasiteten sin.

Også i 2020 var opplevd livskvalitet i gjennomsnitt over 50 på 0-100 skala.

RESULTATER – FRA BEHANDLINGSSTART TIL AVSLUTNING



N=49

Andel som krysset grensen for somatisering v/HCSL-25 score fra ankomst til avslutning: **58%**

MÅLSETTING: >50 %

67 (av 73 = 92 %) 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.

37 av disse hadde ved avslutning krysset grensen, til score under 1,76 = 58%

Andel som krysset 7-grensen for egenopplevd arbeidskapasitet fra ankomst til avslutning: **61 %**

56 (av 75 = 75 %) 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.

34 av disse hadde ved avslutning krysset grensen, til minst 7 på skalen = 61%

Fortsatt uten sykefravær

Andel av de uten arbeidsfravær v/oppstart som ved avslutning fortsatt ikke har arbeidsfravær: **40%**

Forandring fra behandlingsstart til avslutning

	START (mean)	SLUTT (mean)	forandring	% forandring	Effect size (Cohens d)	Signifikans (p<0,05)
Stillings-% (0-100+)	92,1	88,0	4,1	4 % reduksjon	0,2 – liten	NEI
Sykemeldingsgrad, i % (0-100)	55,3	23,7	31,6	57 % bedring	0,8 – stor	JA
Returratio, i stillings-% (0-100) ¹	69,7	24,0	45,7	65 % bedring	1,6 – stor	JA
Arbeidsevne (0-10) ²	4,6	6,9	2,3	50 % bedring	1,0 – stor	JA
Arbeidsevne–fysisk (1-5) ³	3,6	4,1	0,5	14 % bedring	0,5 – moderat	JA/JA *
Arbeidsevne–psykisk (1-5) ⁴	2,8	3,9	1,1	39 % bedring	1,2 – stor	JA/JA *
Returtro jobben (1-5) ⁵	4,0	4,0	-	-	-	
Returtro arb.liv (1-5) ⁶	4,6	4,5	0,1	2 % reduksjon	-	NEI/NEI*
HAD score (0-42) ⁷	18,9	11,6	7,3	38 % bedring	1,0 – stor	JA
HAD score-angst (0-21) ⁸	10,7	7,5	3,2	30 % bedring	0,8 – stor	JA
HAD score-depresjon (0-21) ⁹	8,3	4,3	4,0	48 % bedring	0,9 – stor	JA
AAQ-II score (7-70) ¹⁰	42,5	49,8	7,3	17 % bedring	0,7 – moderat	JA
ORS score (0-40) ¹¹	19,6	27,1	7,5	38 % bedring	0,9 – stor	JA
Somatisering (1-4) ¹²	2,27	1,66	0,61	27 % bedring	1,2 – stor	JA
Depresjon (1-4) ¹³	2,39	1,73	0,66	28 % bedring	1,2 – stor	JA
Livskvalitet (0-100) ¹⁴	52,5	68,7	16,2	31 % bedring	1,0 – stor	JA
Helse i dag (0-100) ¹⁵	56,7	69,5	12,8	23 % bedring	0,8 – stor	JA
EQ-Index (0-1) ¹⁶	0,67	0,80	0,13	19 % bedring	0,9 – stor	JA

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

N=43-50

Delspørsmål fra Arbeidsevne Index - skjema

²Gj.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)

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

⁴Gj.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

⁵ 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»

⁶ 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

⁷HAD Total score (0-42 skala)

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

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

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

¹⁰AAQ-II- Psykologisk fleksibilitet (7-70 skala)

Outcome Rating Scale (ORS) – skjema

¹¹ORS – Endringsvurdering for voksne (0-40 skala)

Hopkins Symptom Checklist 25 item – skjema

¹²Somatisering og ¹³Depresjon (1-4 skala)

Global Life Quality Scale – skjema

¹⁴Livskvalitet (0-100 skala)

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

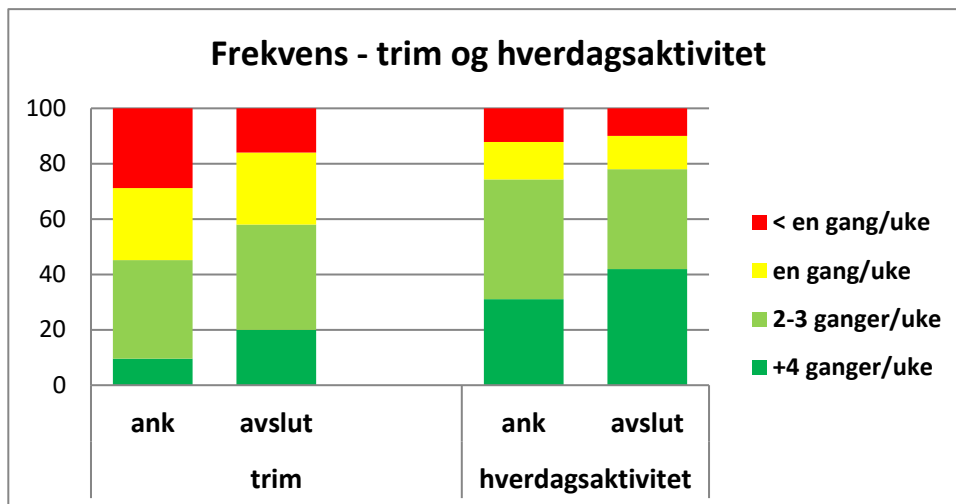
¹⁵Daghelse (0-100 skala)

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

MÅLSETTING:
 >25 % bedring på alle faktorer (foruten stilling%)

* 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 i.f.t. helsevaner – ved avslutning



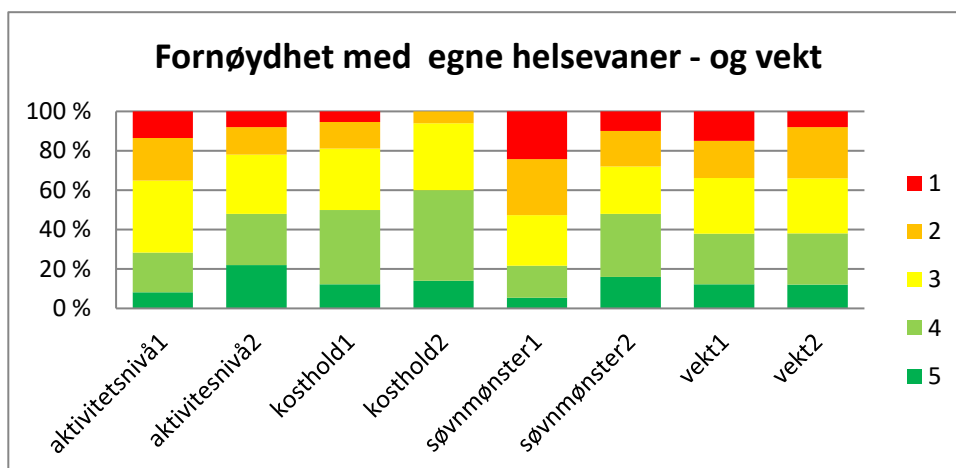
Det er signifikant endring av medianverdier hva gjelder frekvens av trim, men ikke av hverdagsaktivitet, fra ankomst til avslutning. 33 % har økt, og ingen har redusert sin trimfrekvens 8 % har økt, og 2 % har redusert sin frekvens av hverdagsaktivitet

N = 50

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)"

MÅLSETTING:
 Minst 2-3ggr/uke for 90 %

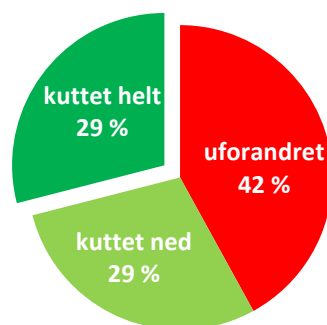


Det er signifikant bedring av medianverdier hva gjelder alle disse faktorer foruten i.f.t. vekt, fra ankomst til avslutning

N = 50

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=7

Kommentar til resultatene fra oppstart til avslutning - 2020

2020 resultatene preges av meget fornøyde pasienter som har opplevd drastisk bedring på de fleste faktorer. Arbeidsdeltakelsen er økt med tilsvarende 45,7 % stilling. Det er over 17 timer per uke i gjennomsnitt - som før ga utbetaling av sykelønn - som nå blir brukt til inntektsgivende (og skattebetalende) arbeid! 40 % av de som ved oppstart ikke var sykmeldt i det hele tatt, har ikke heller ved avslutning noe arbeidsfravær.

Egenopplevd arbeidsevne er også økt tilsvarende – og gjennomsnittet er nå nesten oppe på det ARR-sentrale 7-nivået (0-10 skala) – og 61% av de som var under den grensen ved oppstart var over den ved avslutning.

En av de tilsynelatende viktigste faktorer i.f.t. fremgang ved arbeidsrettet rehabilitering er pasientens tiltro til å kunne komme tilbake til – eller å bli værende i - jobben, eller i hvert fall til/i arbeidslivet. 2020 populasjonen vi har avslutningsdata på hadde enda høyere oppstartsnivå med dette enn total hva totalen oppviste ved oppstart - og har til tross for markant økt arbeidsdeltakelse ikke forandret tiltroen til å bli værende (eller kommer tilbake til) jobben/arbeidslivet(?)

Utvikling av psykisk helse viser også statistisk signifikant bedring av primært stor effektstørrelse over hele linjen. 58 % av de som ved ankomst var over somatiseringsgrensen (>1,75 på HSCL-score) var under den grensen ved avslutning.

Opplevd livskvalitet er ved avslutning 68% (0-100 skala) og også helserelatert livskvalitet (EQ-Index via EQ-5D skjema) er enda høyere (0,8 på 0-1 skala)

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

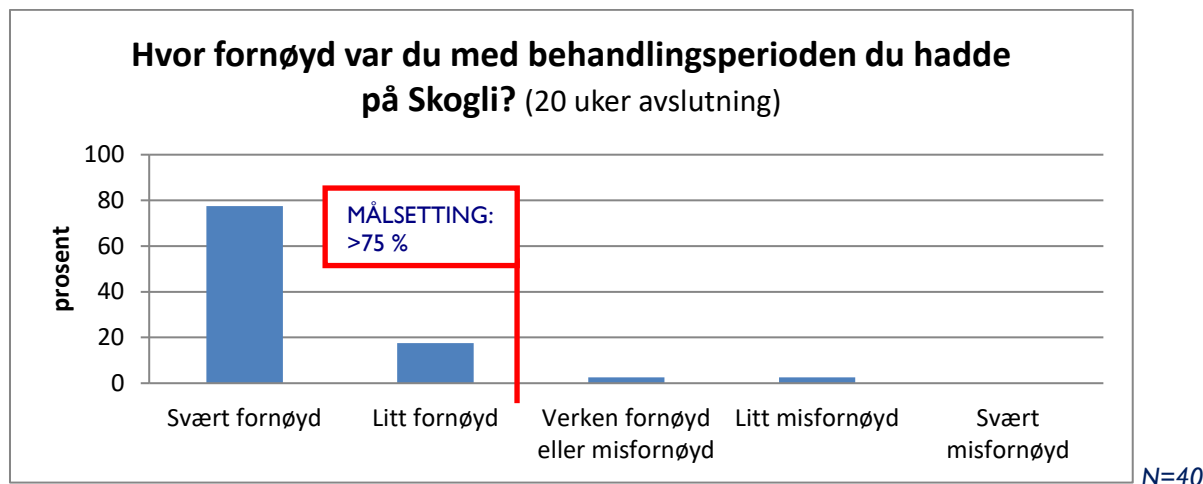
Alt dette på i gjennomsnitt 12,1 konsultasjonstimer!

Programmets (høye) resultatmålsetting stort sett innfridd med margin.

RESULTATER 20 UKER ETTER AVSLUTNING

Frivillig besvarelse av spørreskjema utsendt til de som har samtykket, med behandlingsavslutning i perioden juli 2018 til august 2020

Compliance: 40 av 177 = 23 %



95 % vil anbefale noen i samme situasjon som de var i ved behandlingsstart om å søke seg til Skogli
 2 % svarer KANSKJE og 3 % svarer NEI (N=40)

82 % ga Skogli "æren" for livsstilsendringer de gjennomført etter hjemkomst (Noe – Svært mye, N=40)

40 % angav oppstart av en eller flere nye regelmessige mosjonsaktiviteter etter hjemkomst (N=40)

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 ¹ i % (0-100)	84,3	18,7	65,6	78 % bedring	2,2 – stor	JA
Stillings-% (0-100+)	90,8	93,0	2,2	2 % bedring	0,2 – liten	NEI
Sykemeldingsgrad, i % (0-100)	61,9	14,4	47,5	77 % bedring	1,2 – stor	JA
Arbeidsevne ² (0-10)	4,5	7,4	2,9	64 % bedring	1,1 – stor	JA
Arbeidsevne–fysisk (1-5) ³	3,7	4,2	0,5	14 % bedring	0,5 – moderat	JA/JA *
Arbeidsevne–psykisk (1-5) ⁴	2,8	3,9	1,1	41 % bedring	1,2 – stor	JA/JA *

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

Delspørsmål fra Arbeidsevne Index - skjema

²Gj.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)

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

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

N=22-40

MÅLSETTING:
 >50 % bedring på alle faktorer (foruten stilling%)

* 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)

Fortsatt uten sykefravær

Andel av de uten arbeidsfravær v/ank* som 20 uker etterpå fortsatt ikke har arbeidsfravær: 80%
 og følgelig ikke heller v/20 uker er sykmeldt i det hele tatt

* 31% av 20 ukers populasjonen

MÅLSETTING:
>50 %

Jobbreturtro og forhold til jobbretur

Det er signifikant omvendt korrelasjon mellom grad av jobbreturtro ved behandlingsperiodens start 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(0,40))

Det er ikke signifikant korrelasjon ift returtro ved avslutning

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 (0-42) ⁷	18,6	9,1	9,5	51 % bedring	1,5 – stor	JA
HAD score-angst (0-21) ⁸	11,0	6,0	5,0	45 % bedring	1,3 – stor	JA
HAD score-depresjon (0-21) ⁹	7,6	3,4	4,2	56 % bedring	1,2 – stor	JA
AAQ-II score (7-70) ¹⁰	42,2	51,3	9,1	22 % bedring	0,5 – moderat	JA
ORS score (0-40) ¹¹	19,6	28,6	9,0	46 % bedring	1,3 – stor	JA
Somatisering (1-4) ¹²	2,26	1,63	0,63	28 % bedring	1,3 – stor	JA
Depresjon (1-4) ¹³	2,34	1,69	0,65	28 % bedring	1,2 – stor	JA
Livskvalitet (0-100) ¹⁴	50,8	69,7	18,9	37 % bedring	1,1 – stor	JA
Helse i dag (0-100) ¹⁵	53,7	70,0	16,3	30 % bedring	0,8 – stor	JA
EQ-Index (0-1) ¹⁶	0,66	0,77	0,11	17 % bedring	0,5 – moderat	JA

N=18-20

Hospital Anxiety & Depression Scale (HAD) – skjema

⁷HAD Total score (0-42 skala)

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

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

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

¹⁰AAQ-II- Psykologisk fleksibilitet (7-70 skala)

Outcome Rating Scale (ORS) – skjema

¹¹ORS – Endringsvurdering for voksne (0-40 skala)

Hopkins Symptom Checklist 25 item – skjema

¹²Somatisering og ¹³Depresjon (1-4 skala)

Global Life Quality Scale – skjema

¹⁴Livskvalitet (0-100 skala)

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

¹⁵Dagshelse (0-100 skala)

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

MÅLSETTING:
>35 %

Andel som krysset grensen for somatisering v/HCSL-25 score fra ankomst til 20 uker etter avslutning: 61%

MÅLSETTING:
 >50 %

36 (av 40 = 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.

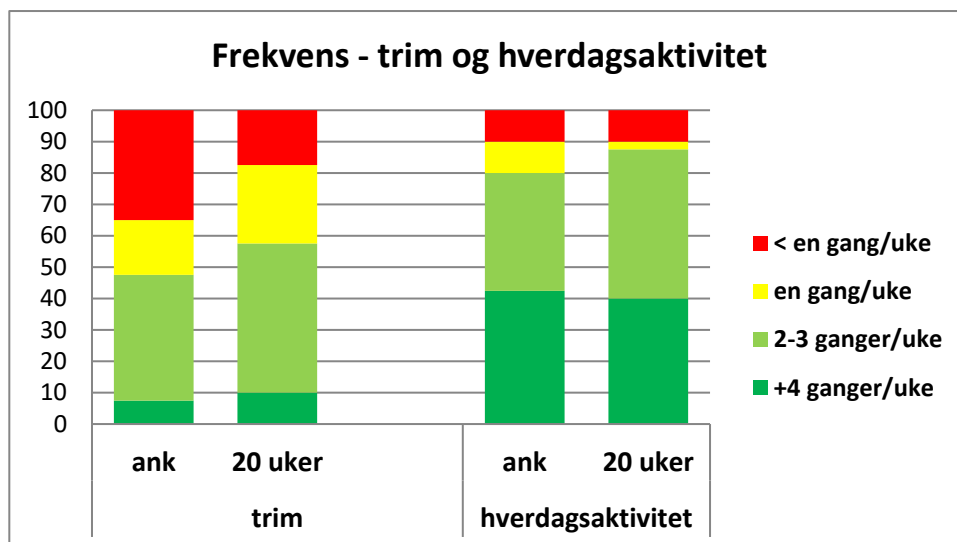
22 av disse hadde ved 20 uker etter avslutning krysset grensen, til score under 1,76 = 61%

Andel som krysset 7-grensen for egenopplevd arbeidskapasitet fra ankomst til 20 uker etter avslutning: 71 %

28 (av 39 = 72 %) hadde lavere egenopplevd arbeidskapasitet enn 7 (på 0-10 skala) ved ankomst. Erfaring innenfor norsk arbeidsrettet rehabilitering er at oddsene for vellykket retur til arbeidslivet er betydelig mindre gode ved nivå lavere enn 7, enn fra og med 7 og oppover.

20 av disse hadde ved 20 uker etter avslutning krysset grensen, til minst 7 på skalen = 71%

Faktorer i.f.t. helsevaner – 20 uker etter avslutning



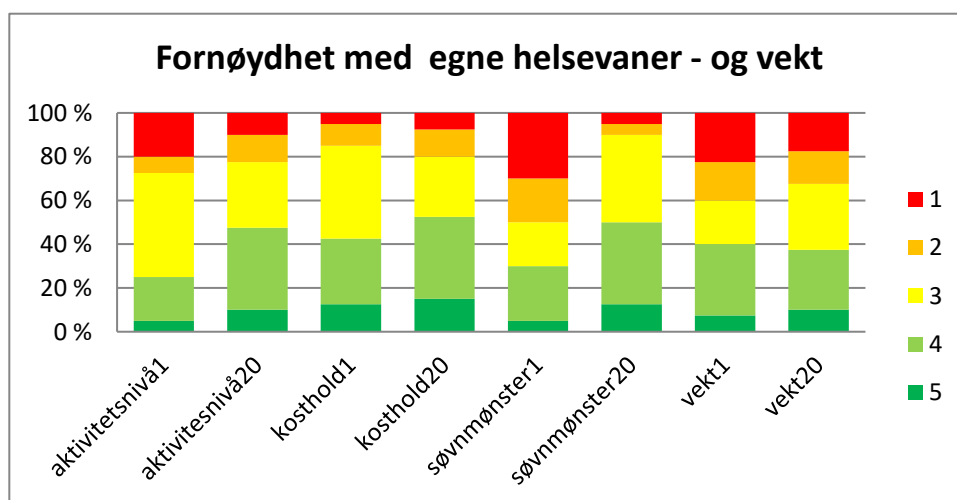
Det er signifikant endring av medianverdier hva gjelder frekvens av trim, men ikke av hverdagsaktivitet, fra ankomst til avslutning.

32 % har økt, og 15 % har redusert sin trimfrekvens
 25 % har økt, og 22 % har redusert sin frekvens av hverdagsaktivitet
 N = 40

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)"

MÅLSETTING:
 Minst 2-3ggr/uke for 90 %



Det er signifikant bedring av medianverdier hva gjelder fornøydhet med eget aktivitetsnivå og søvn, fra ankomst til 20 uker etter avslutning

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

N = 40

Resultat 20 uker etter avslutning - kommentar per 2020

Også 20 uker etter avslutning er de aller fleste godt fornøyde med sin behandlingsperiode på Skogli. 95 % vil anbefale andre i samme situasjon om å søke seg til programmet.

Arbeidsdeltakelsen i denne populasjon er økt med tilsvarende 65,6 % stilling fra ankomstnivå. Det er over 24 timer per uke i gjennomsnitt - som før ga utbetaling av sykelønn - som nå blir brukt til inntektsgivende (og skattebetalende) arbeid! 80 % av de som ved oppstart ikke var sykmeldt i det hele tatt, har ikke heller ved avslutning noe arbeidsfravær.

Egenopplevd arbeidsevne er også økt markant – og gjennomsnittet er nå t.o.m. over det ARR-sentrale 7-nivået (0-10 skala) og 71 % av de som var under den grensen ved ankomst er 20 uker etter avslutning over!

En av de tilsynelatende viktigste faktorer i.f.t. fremgang ved arbeidsrettet rehabilitering er pasientens tiltro til å kunne komme tilbake til – eller å bli værende i - jobben, eller i hvert fall til/i arbeidslivet. For 20-ukers populasjonen er det en signifikant omvendt korrelasjon mellom grad av jobbreturtro ved behandlingsperiodens start 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!

Psykisk helse viser også statistisk signifikant bedring over hele linjen – og nesten alt av stor effektstørrelse. 61 % 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 nesten 70 (0-100 skala) og helserelatert livskvalitet (EQ-Index via EQ-5D skjema) er mer enn tilsvarende høy.

Også tilfredshet med eget aktivitetsnivå og eget søvnmønster er statistisk signifikant bedret. Det samme gjelder økning av trimfrekvens.

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 22 % 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 10,9 (SD: 4,5) konsultasjonstimer for denne populasjon!

Programmets (høye) resultatmålsetting stort sett innfridd med margin.

[☒] med hypotetisk kontrollgruppe som ikke koster helsekroner når de i programmet er til behandling, og ellers at begge grupper koster like mange evt. helsekroner og/eller har samme grad av jobbretur og andre former for samfunnsbesparelser i året som følger.