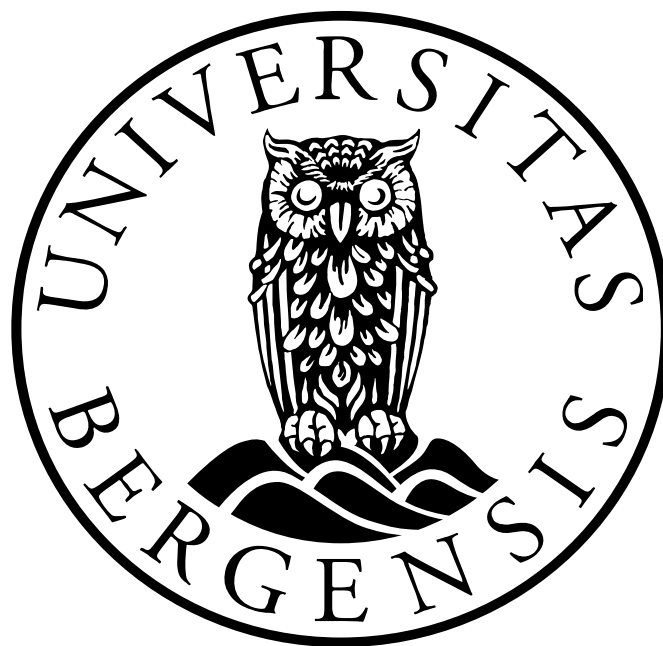


# Unge voksne i fare for tidlig uførhet.

Sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager, samt betydningen av mestringsforventning og ulike former for sosial støtte som moderatorer.



Siri Bremnes

Masteroppgave

Masterprogram i helsefremmende arbeid og helsepsykologi

HEMIL-senteret, Det psykologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Vår 2018

## FORORD

Da var straks to lærerike år ved HEMIL-senteret forbi. Å gå tilbake til skolebenken etter å endelig ha fått fotfeste i arbeidslivet var ingen lett avgjørelse. Overgangen fra en sosial jobb preget av høyt tempo, til en studiehverdag med betydelig grad av selvstendighet har føltes spesielt stor i arbeidet med masteroppgaven. Å omsider få vite omverdenen hva jeg har arbeidet med det siste året oppleves derfor godt. Jeg er glad jeg begynte å studere igjen, og jeg er stolt av sluttproduktet jeg nå har i hendene.

Det er flere som fortjener en takk for at denne oppgaven nå kan presenteres som en masteroppgave. Uni Research Helse skal takkes for tilgang til SEED-studien, og ekspertise i form av min hovedveileder Vigdis Sveinsdottir. Hun har vært helt uunnværlig, og bidratt med gode råd gjennom hele prosessen. Tusen takk, Vigdis. Takk også til min biveileder Anette Harris som har bidratt med kloke innspill. Takk til forskjellige stipendiater, statistikere og forskere ved Uni Research, Institutt for Samfunnspsykologi og HEMIL-senteret som har ofret litt av sin tid til å besvare mine henvendelser.

Takk til gjengen på lesesalen for godt selskap, latter og delt frustrasjon. Takk for faglige og ikke fullt så faglige diskusjoner.

Takk til familie og venner for oppmuntring, og for å ha vist interesse for hva jeg har studert de siste årene. Til sist vil jeg takke min kjære mann, Ørjan, for tålmodighet og støtte gjennom hele skriveprosessen. Det hadde vært vanskelig å fullføre denne mastergraden uten deg.

Siri Bremnes

Bergen, mai 2018.

# INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD .....	
SAMMENDRAG .....	
ABSTRACT .....	
<b>1.0 INTRODUKSJON .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for studien .....	1
1.2 Studiens formål .....	3
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK OG RELEVANT FORSKNING.....</b>	<b>5</b>
2.1 Litteratursøk .....	5
2.2 Helse og helsefremmende arbeid.....	6
2.2.1 <i>Sosiale ulikheter i helse</i> .....	6
2.2.2 <i>Arbeid og helse</i> .....	8
2.3 Psykisk helse .....	9
2.3.1 <i>Psykiske lidelser og helseplager</i> .....	9
2.3.2 <i>Psykisk helse i folkehelsearbeidet</i> .....	11
2.3.3 <i>Psykisk helse og utførhet</i> .....	12
2.4 Mobbing.....	13
2.5 Sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager.....	14
2.6 Stress.....	16
2.6.1 <i>Kognitiv aktiveringsteori om stress</i> .....	17
2.7 Mestring .....	19
2.7.1 <i>Mestringsforventning som en modererende faktor</i> .....	21
2.8 Sosial støtte .....	23
2.8.1 <i>Opplevelse av sosial støtte som en modererende faktor</i> .....	24
<b>3.0 FORSKNINGSSPØRSMÅL.....</b>	<b>27</b>
3.1.1 <i>Oppgavens relevans</i> .....	28
<b>4.0 MATERIALE OG METODE .....</b>	<b>29</b>
4.1 Vitenskapsteoretisk bakgrunn .....	29
4.2 Forskningsdesign.....	29
4.2.1 <i>SEED-studien</i> .....	29
4.3 Utvalg .....	30
4.3.1 <i>Datainnsamling</i> .....	30
4.3.2 <i>Inklusjon og eksklusjon</i> .....	31
4.3.3 <i>Svarprosent</i> .....	31
4.4 Spørreskjema.....	31

4.4.1	<i>Psykiske helseplager</i> .....	32
4.4.2	<i>Mobbing</i> .....	32
4.4.3	<i>Mestringsforventning</i> .....	33
4.4.4	<i>Sosial støtte</i> .....	33
4.5	Etiske betraktninger.....	34
4.6	Statistiske prosedyrer.....	35
4.6.1	<i>Preliminære analyser</i> .....	35
4.6.2	<i>Hovedanalyser</i> .....	37
<b>5.0</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>39</b>
5.1	Deskriptiv statistikk.....	39
5.2	Uavhengig <i>t</i> -test.....	40
5.3	Moderatoranalyse med mestringsforventning.....	40
5.4	Moderatoranalyse med ikke-dirigerende og dirigerende sosial støtte, samt kjønn.....	42
5.4.1	<i>Ikke-dirigerende sosial støtte</i> .....	42
5.4.2	<i>Dirigerende sosial støtte</i> .....	44
<b>6.0</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>46</b>
6.1	Oppsummering av hovedfunn.....	46
6.2	Forekomst av psykiske helseplager.....	46
6.3	Forekomst av mobbing.....	47
6.4	Sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager.....	50
6.5	Betydningen av mestringsforventning som en modererende faktor.....	54
6.6	Betydningen av sosial støtte som en modererende faktor.....	57
6.6.1	<i>Ikke-dirigerende sosial støtte</i> .....	58
6.6.2	<i>Dirigerende sosial støtte</i> .....	60
6.6.3	<i>Betydningen av kjønn</i> .....	62
6.7	Metodiske betraktninger.....	63
6.7.1	<i>Spørreskjema</i> .....	65
6.7.2	<i>Analyser</i> .....	67
6.7.3	<i>Avsluttende metodiske refleksjoner</i> .....	68
6.8	Implikasjoner.....	68
6.8.1	<i>Videre forskning</i> .....	70
<b>7.0</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>72</b>
<b>8.0</b>	<b>REFERANSER</b> .....	<b>73</b>
<b>VEDLEGG I</b> .....		<b>83</b>
<b>VEDLEGG II</b> .....		<b>86</b>
<b>VEDLEGG III</b> .....		<b>87</b>



## SAMMENDRAG

**Bakgrunn.** Høy sysselsetting anses som et viktig mål innen helsefremmende arbeid, og den økende andelen unge uføre i Norge utgjør en viktig utfordring. Hovedårsaken til ung uførhet er psykiske lidelser og helseplager. Vi vet derimot ingenting om bakgrunnen for dette, og kunnskap om grupper som står i fare for tidlig uførhet er generelt mangelfull.

**Hensikt.** Denne studien undersøker om det eksisterer en sammenheng mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager blant unge voksne i fare for tidlig uførhet, samt hvorvidt mestringsforventning og ulike former for sosial støtte modererer dette forholdet.

**Metode.** Studien har et kvantitativt design, basert på tverrsnittsdata fra SEED-studien ved Uni Research Helse. Utvalget besto av 96 respondenter (67.7 % menn) i Hordaland, som ble vurdert til å være i risiko for tidlig uførhet. Sammenhengen mellom mobbing og psykiske helseplager ble undersøkt ved en uavhengig *t*-test, og potensielle moderatoreffekter ble undersøkt ved regresjonsanalyser.

**Resultat.** De som ble mobbet rapporterte om høyere grad av psykiske helseplager enn de som ikke ble mobbet. Verken mestringsforventning, ikke-dirigerende eller dirigerende sosial støtte modererte forholdet. Kjønn påvirket ikke den potensielle modererende effekten av sosial støtte.

**Konklusjon.** Det eksisterer en sammenheng mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager blant unge voksne i fare for tidlig uførhet. Det diskuteres hvilke implikasjoner dette kan ha for det helsefremmende arbeidet med å fremme arbeidsdeltakelse blant denne gruppen. Metodiske utfordringer vanskeliggjør klare konklusjoner omkring effekten av de potensielle modererende faktorene, hvilket fordrer et behov for flere studier på dette feltet.

**Nøkkelord.** NEETs. Ung uførhet. Mobbing. Psykiske helseplager. Mestringsforventning. Sosial støtte.

## ABSTRACT

**Background.** A high employment rate is considered an important goal in health promotion, and the increasing share of young Norwegian adults receiving disability benefits poses an important challenge. Mental health problems are the main cause, but little is known of the underlying reasons, and there is a general lack of knowledge about groups at risk of early disability.

**Purpose.** This study examines if there is an association between bullying and mental health problems among young adults at risk of early disability and explores possible moderating effects of coping expectancies and different forms of social support in this relationship.

**Method.** The study has a quantitative design, based on cross-sectional data from the SEED-trial at Uni Research Health. The sample consisted of 96 respondents (67.7 % men) in Hordaland, who were considered to be at risk of early disability. The relationship between bullying and mental health were investigated using an independent *t*-test, and potential moderating effects were estimated using regression analyses.

**Results.** Respondents who had been bullied reported higher levels of mental health problems compared to those who had not been bullied. Coping expectancies, nondirective and directive social support did not moderate the relationship. Gender did not influence the potential moderating role of social support.

**Conclusion.** There is an association between bully victimization and mental health problems among young adults at risk of early disability. Possible implications of this on health promotion efforts to promote labour participation are discussed. Several methodical issues make it difficult to conclude regarding the effect of the potential moderating factors, which establishes a need for further research.

**Keywords.** NEETs. Early disability. Bullying. Mental health. Coping expectancies. Social Support.

# 1.0 INTRODUKSJON

## 1.1 Bakgrunn for studien

Arbeid er viktig for helse og velvære (Waddell & Burton, 2006), og høy arbeidsdeltakelse utgjør et viktig mål innen helsefremmende arbeid (Dahl, Bergsli, & van der Wel, 2014; Folkehelseinstituttet, 2018). Unge voksne som havner utenfor arbeid og utdanning er en problemstilling som har fått spesielt økt oppmerksomhet nasjonalt så vel som internasjonalt de siste årene (Eurofound, 2016; Statsministerens Kontor, 2018). I 2015 var nesten 14 millioner europeere mellom 15 og 29 år verken i arbeid, under utdanning eller i opplæring. Dette utgjorde 14,8 % av aldersgruppen i EU-landene (Eurofound, 2016). Internasjonalt betegnes gruppen som NEET (young people Not in Employment, Education or Training) (Eurofound, 2012). I 2014 representerte NEETs i Norge omtrent 71 000 mennesker mellom 15 og 29 år, hvilket utgjorde 7 % av aldersgruppen (Bø & Vigran, 2015). Til tross for at dette er markant lavere enn i EU-landene samlet, er det på nivå med våre naboland (Eurofound, 2016) og må sees i sammenheng med den norske konteksten som er kjennetegnet av generelt høy sysselsetting (OECD, 2017). Studier av unge voksne nordmenn har i tillegg vist en generell økning i risikoen for å tilhøre denne populasjonen (Widding-Havnerås, 2016).

NEET er en heterogen gruppe som består av mennesker i ulike livsfaser, hvor man skiller mellom sårbare og ikke-sårbare grupper (Eurofound, 2012). Mens noen har valgt å ta et friår og således er frivillig utenfor arbeid og utdanning i en kort periode, er det andre som av ulike årsaker har vedvarende utfordringer med å etablere seg i arbeidsmarkedet. Hver femte NEET i Norge er i samme situasjon fem år sammenhengende, og av disse mottar rundt halvparten helserelaterte ytelser, som sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd (Bø & Vigran, 2015). Videre er det indikasjoner på at andelen NEET som mottar slike ytelser fortsetter å øke (Grødem, Nielsen, & Strand, 2014). Helserelaterte utfordringer kan således være en årsak til at unge voksne ufrivillig står utenfor arbeid og utdanning over lengre tid (Bø & Vigran, 2015). Av de ulike helserelaterte ytelsene er det spesielt omfanget av uføretrygd blant unge voksne som skaper bekymring (Grødem et al., 2014). I en kronikk i Stavanger Aftenblad trekker nåværende Statsminister Erna Solberg frem at regjeringen tar unge uføre på alvor, og har et betydelig fokus på å fremme arbeidsdeltakelse blant dem som er utenfor arbeidslivet (E. Solberg, 2017) Dette følges opp i den politiske plattformen vedtatt av regjeringen i 2018,

Jeløya-plattformen, hvor det blant annet er økt oppmerksomhet rundt personer med «hull i CV'en» og unge som står utenfor arbeid og utdanning (Statsministerens Kontor, 2018).

Uføretrygd er en helserelatert ytelse som erstatter tapt inntektsevne med minst halvparten på grunn av varig sykdom eller skade (Arbeids- og velferdsdirektoratet [NAV], 2017a). Tall fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (2018b) viser at 329 400 personer mottar uføretrygd i Norge i 2018, og dermed står utenfor arbeidslivet. Dette utgjør 9,7 % av befolkningen mellom 18 og 67 år – en økning på 2,5 % i forhold til samme tidspunkt i fjor. Til tross for økningen har utviklingen av personer på uføretrygd i Norge jevnt over vært stabil de siste 10 årene. Derimot øker andelen av dem som er unge uføre, definert som aldersgruppen mellom 18 og 29 år (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018b). Den ferskeste rapporten fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (2018b) forteller at det ved utgangen av mars 2018 var omkring 16 300 mottakere av uføretrygd i denne aldersgruppen, hvilket utgjør 1,9 % av befolkningen. Dette er en økning på 10,7 % det siste året. I følge Brage og Thune (2015) har antallet unge mottakere av uføretrygd økt vesentlig over tid, også dersom man tar høyde for befolkningsveksten i denne gruppen. Diagnosefordelingen blant unge uføre viser at psykiske lidelser (62 %) utgjør hovedårsaken til uførhet, etterfulgt av medfødte misdannelser og kromosomavvik (12,7 %) og sykdommer i nervesystemet (10,7 %). Andelen uføretrygdede med psykiske lidelser har vært økende over tid, og økningen har vært spesielt sterk blant unge (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2017b; Bragstad & Brage, 2011). Dette gjenspeiler trenden blant unge mottakere av arbeidsavklaringspenger hvor 70 % av mottakerne hadde psykiske lidelser per mars 2018, hvor angst og depressive lidelser utgjør hovedårsaken (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018a). En betydelig andel av disse forventes å søke om uføretrygd etter hvert (Brage & Thune, 2015).

Økningen av unge uføre kan derimot ha flere forklaringer enn dårligere helse i seg selv. Brage og Thune (2015) drøfter hvordan mer presis utredning og diagnostikk i helsevesenet og bedret medisinsk behandling for enkelte diagnoser, som for eksempel Downs syndrom eller andre former for kromosomavvik eller psykisk utviklingshemming, trolig har medvirket til økningen ettersom levetiden blant personer med slike diagnoser har blitt forbedret. Videre har uføretrygderatene blitt styrket, noe som kan ha gjort det mer attraktivt å søke uføretrygd. Dette kan også ses i sammenheng med en overgang fra familiær til økt offentlig forsørgelse av dem som er utenfor arbeid (Brage & Thune, 2015). Som en følge av at mange ufaglærte jobber forsvinner, stiller arbeidslivet større krav til fleksibilitet, sosial kompetanse og kognitive

ferdigheter – krav som kan være vanskelig å innfri for personer med psykiske plager og lidelser (Brage & Thune, 2015). Samtidig kan ikke disse momentene forklare hele økningen blant unge uføre, ettersom den medisinske utviklingen også har ført til bedre behandling, oppfølging og tilrettelegging. Det hersker dermed usikkerhet omkring hvorvidt enkelte grupper som kan ha utbytte av arbeidsrehabilitering uføretrygdes for tidlig (Brage & Thune, 2015). For å ha krav på uføretrygd må man være mellom 18 og 67 år, og ha vært medlem av folketrygden de siste tre årene før sykdommen eller skaden oppsto. I tillegg må hensiktsmessig behandling og arbeidsrettede tiltak være gjennomført (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2017a).

Til tross for at unge uføre er en gruppe i vekst er kunnskapen om unge uføre og unge som står i fare for å bli uføre mangelfull (Brage & Thune, 2015; Bragstad & Brage, 2011; Sveinsdottir et al., 2016). SEED-studien (Supported Employment and preventing Early Disability) ved Uni Research Helse ønsker å bidra på dette feltet. Det forskes her på unge mennesker som står i fare for tidlig uførhet. Målet er få mer kunnskap om ulike arbeidstiltak som kan forebygge uførhet og øke arbeidsdeltakelse blant mennesker som risikerer å havne permanent utenfor arbeidsmarkedet i ung alder (Sveinsdottir et al., 2016).

## **1.2 Studiens formål**

Med bakgrunn i SEED-studien er hensikten med gjeldende studie å øke kunnskapen om unge som står i fare tidlig uførhet. Psykiske lidelser kjennetegner flertallet av unge på arbeidsavklaringspenger (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018a) og unge uføre (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018b). Vi vet derimot lite om bakgrunnen for denne økende trenden.

I en kvalitativ studie av unge uføre i Norge, utført av Olsen, Jentoft, og Jensen (2009), påpeker flere av informantene at deres psykiske problemer kan henge sammen med vanskelige oppvekstvilkår. Mobbing i barndom og ung voksen alder blir utpekt som én av årsakene til psykiske helseplager blant denne gruppen (Olsen et al., 2009). Tidligere studier bekrefter at det eksisterer en sterk forbindelse mellom mobbing og psykisk helse (Fosse, 2006; Ttofi, Farrington, Lösel, & Loeber, 2011), men det er ikke utført studier som undersøker slike sammenhenger blant unge i fare for tidlig uførhet. Til tross for omfattende forskning på konsekvenser av mobbing, er det tilsynelatende overraskende lite kunnskap om elementer som virker modererende i denne relasjonen. Ikke alle utvikler psykiske helseplager som følge av mobbing, hvilket impliserer at det eksisterer faktorer som påvirker dette forholdet (Breivik et al., 2017). Både genetikk og tilstedeværelsen av ulike miljøfaktorer kan påvirke

motstandsevnen mot utvikling av psykiske helseplager, hvorav mestringsfølelse og sosial støtte blir ansett som de viktigste elementene (Mykletun, Knudsen, & Mathisen, 2009). Hvorfor ulike mennesker håndterer utfordringer ulikt kan videre forklares med bakgrunn i kognitiv stressteori, hvor nettopp mestring er essensielt (Ursin & Eriksen, 2004). I lys av et helsefremmende perspektiv er det interessant å studere faktorer som kan moderere sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager. Individets forventning om å mestre utfordringer, samt opplevelse av mottatt sosial støtte fra omgivelsene, kan tenkes å påvirke den effekten som eksponering for mobbing kan ha på psykiske helseplager.

Det overordnede målet med studien er således å øke kunnskapen omkring unge som er i risiko for uførhet i ung alder, med spesielt fokus på mobbing og eventuelle sammenhenger med psykiske helseplager, samt hvorvidt mestringsforventning og opplevelse av sosial støtte virker modererende i denne relasjonen.

## 2.0 TEORETISK RAMMEVERK OG RELEVANT FORSKNING

### 2.1 Litteratursøk

For å identifisere relevant litteratur fulgte søkestrategien i stor grad Aveyard (2014) sine anbefalinger som beskrevet i boken «Doing a literature review in Health and Social Care». Det ble gjennomført eksplorerende søk i Oria og Google Scholar for å danne en oversikt over temaet, i tillegg til at hjemmesidene til Verdens Helseorganisasjon, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Psykisk Helse Norge ble utforsket med tanke på aktuelle litteraturhenvisninger. I tillegg ble systematiske oversikter og meta-studier gjennomgått for relevant litteratur, og det ble undersøkt hvilke nøkkelord andre forfattere benyttet i tematisk lignende studier. Med denne bakgrunn ble det utviklet søkeord og ulike kombinasjoner av disse. Søket inkluderte både norske og internasjonale studier, og det ble brukt både norske og engelske søkeord. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble dannet i tråd med studiens tema og problemstilling. Innledende søk gav derimot få funn, og inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble derfor endret underveis til å inkludere større mengder av tematisk nærliggende studier. Blant annet var det problematisk å avdekke studier med lignende utvalg, hvilket førte til at studier med samme tema, men ikke-sammenlignbart utvalg, ble inkludert. Hovedsøkene foregikk i databasene PubMed (Medline), PsycInfo og Web of Science.

Litteratursøket avdekket ingen direkte sammenlignbare studier verken nasjonalt eller internasjonalt. Det ble ikke funnet noen studier med tilsvarende utvalg av unge voksne i fare for uførhet. Noen få studier med likhetstrekk til gjeldende studie ble derimot avdekket, samt mengder av forskning på tematisk nærliggende undersøkelser. Sammenhengen mellom mobbing og psykisk helse var som ventet grundig utforsket i en rekke studier, men ikke blant gruppen av unge voksne i fare for uføretrygd. Videre eksisterte det noe forskning på sosial støtte og ulike former for mestring som moderatorer i denne sammenhengen, men heller ikke denne litteraturen hadde sammenlignbart utvalg.

Ettersom det tilsynelatende ikke finnes direkte sammenlignbare studier vil tematisk lignende forskning nevnes i sammenheng med teori- og begrepsavklaring der hvor dette anses naturlig.

## 2.2 Helse og helsefremmende arbeid

Helse er et komplekst begrep og et omdiskutert fenomen. Definisjonen avhenger av hvilken fagtradisjon man representerer, og kan ha stor betydning for arbeidet innenfor dette feltet. Lenge har den biomedisinske modellen rådet, hvor helse anses som fravær av sykdom (Green, Tones, Cross, & Woodall, 2015). Gjeldende studie tar derimot utgangspunkt i Verdens Helseorganisasjon sin definisjon av helse som ”en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lidelse” (World Health Organization, 1946, s. 1). Denne definisjonen har riktignok vært anklaget for å være utopisk ved å beskrive et uoppnåelig helsebegrep der helse innebærer fullkommet velbefinnende til enhver tid (Blaxter, 2010). Samtidig fremheves helse som noe mer enn bare fravær av sykdom, hvilket gjør det til et viktig bidrag til det holistiske synet på helse, hvor alle aspekter ved menneskets helse betraktes (Green et al., 2015).

Innenfor dette helseperspektivet kalles arbeidet med å fremme helse i befolkningen for *helsefremmende arbeid* – en prosess som bidrar til at individer mestrer livets utfordringer og samtidig har overskudd til å oppleve helse og velvære (World Health Organization, 1986). Helsefremmende arbeid har ingen overordnet teoretisk forankring, men kan sies å være preget av en salutogen tilnærming til helse, hvilket innebærer en ressurstilnærming til begrepet (Antonovsky, 1996). Fokuset i helsefremmende arbeid blir således å avdekke og fremme faktorer som skaper helse (Antonovsky, 1996). Den salutogene tilnærmingen innebærer videre en anerkjennelse av at helse opererer på et kontinuum. Det er ikke noe man har eller ikke har, men noe man opplever i ulik grad i løpet av livet. Kaos og forstyrrelser er en unngåelig del av livet, og mennesker er derfor bedre tjent med å lære hvordan å håndtere utfordringer i stedet for å behandle konsekvensene av dem. Helse og sykdom anses ikke nødvendigvis som to motsetninger, men som sameksisterende (Antonovsky, 1996). Man kan tenkes å oppleve god helse til tross for eksempelvis kronisk sykdom eller funksjonshemming. Dette kan ses i sammenheng med begrepet *empowerment*, en essensiell del av helsefremmende arbeid, hvor det å oppleve kontroll og myndighet i livet er vesentlig både for oppnåelsen og opplevelsen av helse (Green et al., 2015; World Health Organization, 1986).

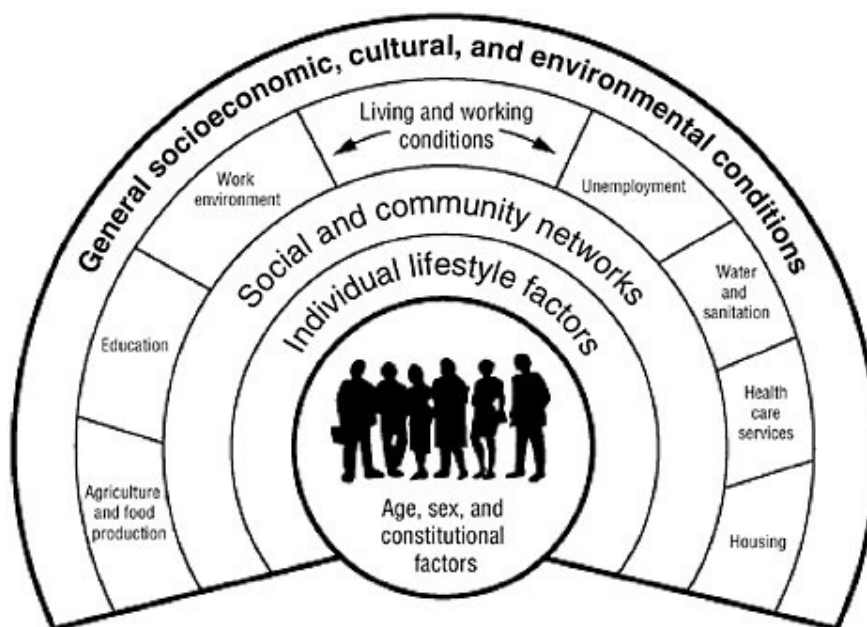
### 2.2.1 Sosiale ulikheter i helse

En viktig del av det helsefremmende arbeidet er å utjevne sosiale ulikheter i helse (Folkehelseinstituttet, 2018). I Norge eksisterer det en sosial gradient innen helseforskjeller, hvilket innebærer at helse systematisk bedres eller forverres etter individets posisjon i det



sosioøkonomiske hierarkiet, herunder utdanning, yrke og/eller inntekt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Gradientutfordringen gir et signal om at befolkningens helsetilstand styres av faktorer som påvirker alle, men i ulik grad (Giæver & Torgersen, 2014).

For å forstå hvilke forhold som kan lede til sosiale ulikheter i helse er det avgjørende å kjenne til elementer som bidrar til den sosiale gradienten man ser i Norge. Dahlgren og Whitehead (1991) omtaler disse faktorene som determinanter, og grupperer elementene i fem overordnede hovedgrupper med gjensidig påvirkning. Denne inndelingen benevnes ofte som *den sosiale helsemodellen*, og illustreres i figur 1. I tillegg til biologiske faktorer, utgjør hver halvsirkel et lag av helsedeterminanter som påvirker individets helse. Individuelle livsstilsfaktorer, sosial- og miljøfaktorer, leve- og arbeidsforhold og generelle sosioøkonomiske, samt kulturelle og miljømessige forhold har betydning for helsen (Dahlgren & Whitehead, 1991). Utgangspunktet er altså at sosiale helseforskjeller hovedsakelig skyldes forhold i samfunnet, som dermed kan påvirkes (Dahl et al., 2014). Ettersom helsedeterminantene har gjensidig påvirkning (Dahlgren & Whitehead, 1991), bør innsatsen mot å utjevne helseforskjeller være tverrsektorielle (Dahl et al., 2014).



Figur 1. Bakenforliggende faktorer som kan fremme helse, eller øke risiko for sykdom. Den sosiale helsemodellen (Dahlgren & Whitehead, 1991).

I tråd med at sosiale ulikheter i helse er viktig innen det helsefremmende arbeidet, er utjevning forskjellene et av hovedmålene i folkehelsearbeidet i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018; Helse-

og omsorgsdepartementet, 2011). Leve- og arbeidsforhold er en av determinantene, og de sosiale ulikhetene i helse observeres også mellom sysselsatte og ikke-sysselsatte mennesker, hvor særlig forekomsten av psykiske helseplager er høyere blant de som ikke er i arbeid sammenlignet med de som er yrkesaktive (Dahl et al., 2014). Dette understreker hvor betydningsfullt arbeid er for helsen.

### 2.2.2 *Arbeid og helse*

I tråd med at helse er en ressurs som skapes i *hverdagslivets kontekst*, dannes helse utenfor helsesektoren (World Health Organization, 1986). Gjeldende studie tar utgangspunkt i at det å være i arbeid er viktig for helsen, hvilket bekreftes i flere internasjonale studier (Waddell & Burton, 2006). Waddell og Burton (2006) finner i sin systematiske gjennomgang av tidligere forskning at det eksisterer et solid vitenskapelig grunnlag for å hevde at det finnes en positiv sammenheng mellom arbeidsdeltakelse og helse, spesielt psykisk helse, forutsatt at arbeidet innebærer trygge og gode arbeidsforhold (Waddell & Burton, 2006). Relasjonen mellom arbeid og helse kan derimot forstås på ulike måter, og det eksisterer en diskusjon omkring påvirkningsmekanismer kontra seleksjonsmekanismer. I følge påvirkningsmekanismen kan det være slik at arbeidsdeltakelse påvirker helsen positivt eller negativt, og i følge seleksjonsmekanismen kan relasjonen oppstå som følge av at mennesker med god helse sorteres inn i arbeidslivet, mens mennesker med dårlig helse selekteres bort (Dahl et al., 2014; Waddell & Burton, 2006). Mens litteraturen viser at slike seleksjonsmekanismer eksisterer i relasjonen mellom arbeid og helse, ser påvirkningsmekanismen ut til å ha en like stor, eller muligens større rolle (McKee-Ryan, Song, Wanberg, Kinicki, & Zedeck, 2005; G. Murphy & Athanasou, 1999; Paul & Moser, 2009; van Der Noordt, Ijzelenberg, Droomers, & Proper, 2014).

Ettersom høy sysselsetting er forbundet med god helse i befolkningen anses tiltak for å beholde og få folk i jobb som viktige virkemidler i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller (Dahl et al., 2014; Folkehelseinstituttet, 2018). Betydningen av helsefremmende arbeid i relasjonen mellom arbeid og helse understrekes videre i Arbeidsmiljøloven (2005, §1-1), som skal sikre en helsefremmende og meningsfull arbeidssituasjon for dem som er en del av arbeidslivet. I følge Dahl, van der Wel, og Harsløf (2010) er det en tendens til at helsegradienten også følger avstanden til arbeidsmarkedet, hvor aktive jobbsøkere har færre helseproblemer enn uføretrygdete som har betydelig lengre vei til lønnet arbeid. Ettersom uføretrygd er en helserelatert ytelse er det derimot ikke unaturlig at denne gruppen rapporterer om flere helseplager, men den store andelen av langtidsmottakere av sosialhjelp som også rapporterer

om betydelige helseplager indikerer også at avstanden til arbeidsmarkedet har sammenheng med helse (Dahl et al., 2014; Dahl et al., 2010). Behovet for mer kunnskap om den økende gruppen av unge voksne i fare for tidlig uførhet er derfor vesentlig i arbeidet for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Det er videre hensiktsmessig at studier av denne gruppen tar høyde for hovedårsaken til uførhet, hvilket for unge voksne under 30 år er psykiske lidelser og helseplager (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018b).

## 2.3 Psykisk helse

Verdens Helseorganisasjon (1946) sin definisjon av helse som mer enn bare fravær av sykdom innebærer at psykisk helse er mer enn fravær av psykiske problemer. Psykisk helse er i dette perspektivet et positivt begrep som danner grunnlaget for livstilfredshet (World Health Organization, 2004). Denne positivistiske og romslige oppfatningen har ført til en tredeling av hovedaspektene innenfor psykisk helse: trivsel og livskvalitet; psykiske plager; og psykiske lidelser (Breivik et al., 2017). Det første aspektet fokuserer på psykisk helse som en personlig ressurs som bidrar til individets livskvalitet (World Health Organization, 2004). Dersom man opplever symptomer som gjør daglige gjøremål utfordrende, som problemer med læring og samvær med andre, benevnes dette som *psykiske plager*. Ofte brukes spørreskjema for å måle forekomsten. *Psykiske lidelser* er derimot diagnoser som oppfyller bestemte kriterier, og symptomene blir gjerne ansett som mer alvorlige enn ved psykiske plager. Utredning og diagnostikk skjer i helsesektoren (Breivik et al., 2017). I følge Bragstad og Brage (2011) betyr ikke dette at psykiske plager ikke er hemmende i hverdagen, men kan være mindre gjennomgripende enn psykiske lidelser. Gjeldende studie fokuserer på respondentenes selvrapporterte psykiske helseplager.

### 2.3.1 Psykiske lidelser og helseplager

Psykiske lidelser er et bredt begrep som omfatter alt fra alvorlige tilstander som schizofreni til milde fobier (Folkehelseinstituttet, 2015). Uavhengig av alvorlighetsgrad påvirker slike lidelser og helseplager individets evne til å sosialisere med andre mennesker, samt tanker, følelser og atferd. Angst og depresjon er de vanligste lidelsene i Norge (Mykletun et al., 2009) og opptrer ofte i kombinasjon med til dels felles symptomer (Folkehelseinstituttet, 2015). Psykiske helseplager dreier seg også i stor grad om symptomer knyttet til angst og depresjon, som vedvarende bekymringer og nedstemthet (Mykletun et al., 2009). I en del studier, inkludert gjeldende studie, måles derfor symptomer på angst og depresjon samlet og betegnes som

psykiske helseplager fordi det kan være vanskelig for måleinstrumenter å skille mellom de to fenomenene (Skogen, Overland, Smith, & Aaro, 2017). Det er likevel vesentlig å påpeke at angst og depresjon, til tross for enkelte likheter, ikke er samme fenomen.

Det finnes mange ulike former for angstlidelser, hvorav spesifikke fobier og sosiale fobier er de vanligste. Felles for alle er en følelse av frykt eller sterkt ubehag. Mange har en blanding av ulike angst-typer (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2015; Rådet for psykisk helse, 2015). Depresjon kjennetegnes derimot av en generell nedstemthet, vanskeligheter med å finne gleder i livet og en følelse av dårlig samvittighet eller lav selvtillit. Forstyrret søvnmønster, vanskeligheter med å konsentrere seg og manglende appetitt er også vanlige symptomer (World Health Organization, 2017). Verdens Helseorganisasjon (2017) anslår at depresjon er den enkelt diagnosen som er mest hemmende for livstilfredshet, og forårsaker størst tap av friske leveår for den vestlige befolkningen. Helseplagene knyttet til depresjon kan være kortvarige eller kroniske, og i sin mest alvorlige grad kan depresjon føre til selvmord (World Health Organization, 2017).

Rundt halvparten av den voksne befolkningen i Norge vil oppleve psykiske lidelser eller helseplager i løpet av livet, hvilket er sammenlignbart med andre vestlige land. Forekomsten har trolig holdt seg stabil de siste tiår, til tross for mer åpenhet rundt temaet (Mykletun et al., 2009). Kvinner er i større grad rammet av psykiske lidelser og helseplager enn menn, deriblant angst og depresjon (Folkehelseinstituttet, 2015; World Health Organization, 2017). I følge den nyeste rapporten fra Ungdata-undersøkelsen (2017) har også mange unge utfordringer i hverdagen på grunn av ulike psykiske helseplager (Bakken, 2017). Mykletun et al. (2009) anslår at dette gjelder omkring hvert femte barn og ungdom. Ungdatarapporten (2017) viser at angst- og depresjonssymptomer forekommer hyppigere enn andre symptomer også blant ungdom. Så mye som 20 % av jentene og 6 % av guttene rapporterer om et høyt nivå av depressive symptomer. Rett under halvparten av ungdommene på videregående trinn opplever å ha vært ganske eller veldig mye plaget av å bekymre seg for mye om ting. I likhet med den voksne befolkningen er jenter ofte mer plaget enn gutter, men det har vært en gradvis økning for begge kjønn i løpet av de siste årene. For mange unge er plagene forbigående, men for enkelte blir plagene med dem inn i voksenlivet (Bakken, 2017). Dette kan ses i sammenheng med den økende andelen unge voksne nordmenn som innvilges uføretrygd på bakgrunn av angst- og depresjonslidelser (Bakken, 2017; Brage & Thune, 2015).

Hvorvidt man utvikler psykiske helseplager eller lidelser som angst og depresjon, samt hvor alvorlige konsekvenser dette får, kan avhenge av faktorer som genetikk, tilstedeværelsen av ulike miljøfaktorer, og individets generelle mestringsfølelse. Ofte er gener viktig for om det oppstår en lidelse, mens livshendelser og andre miljøfaktorer i større grad er avgjørende for om det eventuelt utvikles en angst- eller depresjonslidelse (Mykletun et al., 2009). Dette er elementer som i stor grad kan adresseres av myndighetene gjennom det helsefremmende og forebyggende arbeidet i befolkningen (Dalgard et al., 2011).

### *2.3.2 Psykisk helse i folkehelsearbeidet*

I Norge er psykiske lidelser og helseplager en av de store helse- og samfunnsutfordringene, hvilket innebærer at arbeidet med psykisk helse er en vesentlig del av folkehelsearbeidet (Folkehelseinstituttet, 2018; Helsedirektoratet, 2014). Også Verdens Helseorganisasjon (2017) anerkjenner viktigheten av å fremme den psykiske helsen i befolkningen for å skape fremgang i den generelle folkehelsen. I følge Dalgard et al. (2011) er kunnskap om hvilke helse-determinanter som øker eller reduserer forekomsten av psykiske lidelser eller helseplager fundamentalt. I et helsefremmende perspektiv er spesielt faktorer som både reduserer risikoen for psykisk sykdom, men også fremmer trivsel og livsglede vesentlige (Dalgard et al., 2011). Helsedirektoratet (2014) påpeker nødvendigheten av å utvikle kunnskap spesielt om hvilke miljø- og samfunnsfaktorer som har betydning for psykisk helse. Kjennskap til elementer som påvirker tidlig i årsakskjeden er avgjørende for å adressere utfordringene samfunnet opplever. Stress, sosial støtte og opplevelse av mestring er sentrale temaer i folkehelsearbeidet, og Helsedirektoratet (2014) oppfordrer til mer forskning på disse fenomenene i sammenheng med psykisk helse. Dette er områder som kan videreutvikles, og må brukes i den langsiktige samfunnsplanleggingen (Helsedirektoratet, 2014).

I og med at helse skapes i hverdagslivets kontekst, er det avgjørende å se utover helsevesenet for å fremme den psykiske helsen i befolkningen (Dalgard et al., 2011; World Health Organization, 1986). Som beskrevet under punkt 2.2.2, er det å være i arbeid viktig for helsen. Arbeidsplassen kan blant annet være kilde til helsefremmende faktorer som mestring og sosial støtte, som sammen med økonomisk sikkerhet kan føre til bedre levekår. Å komme tilbake i arbeidslivet etter å ha vært utenfor har videre vist å ha de samme positive effektene på psykisk helse (Waddell & Burton, 2006). Motsatt kan det å stå å stå utenfor arbeidsmarkedet ha negative konsekvenser for den psykiske helsen på grunn av økonomisk ustabilitet, tap av sosial status og mulighet for selvrealisering, samt svekkelse av sosiale nettverk (Dalgard et al., 2011; Waddell

& Burton, 2006). I tillegg kan manglende tilknytning til arbeidslivet være spesielt lite hensiktsmessig for personer med psykiske helseplager, ettersom opplevelsen av sosial isolasjon kan forsterke symptomene ytterligere. Å fremme arbeidsdeltakelse og unngå uførestatus er dermed en særdeles viktig del av folkehelsearbeidet, spesielt for dem med psykiske helseplager (Mykletun et al., 2009).

### *2.3.3 Psykisk helse og uførhet*

Til tross for at forekomsten av psykiske lidelser og helseplager trolig er stabil i Norge, er det en økende andel som uføretrygdes på bakgrunn av psykiske lidelser (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2017b; Mykletun et al., 2009). NAV og ulike undersøkelser bekrefter at psykiske lidelser utgjør én av hovedårsakene til uførhet i Norge, spesielt blant unge under 30 år hvor rundt to tredjedeler er uføretrygdet på bakgrunn av psykiske lidelser og helseplager (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018b; Brage & Thune, 2015; Bragstad & Brage, 2011). Med tanke på resultatene fra Ungdataundersøkelsen hvor det rapporteres at mange norske ungdommer plages av angst- og depresjonssymptomer (Bakken, 2017), samt den svært høye andelen med psykiske lidelser blant mottakere av arbeidsavklaringspenger (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018a), ser det ikke ut til at psykiske helseplager som årsak til uførestatus reduseres med det første. I tillegg innvilges uføretrygd tidligere for dem med psykiske helseplager sammenlignet med dem som har somatiske lidelser (Mykletun et al., 2009).

I Norge er det lettere psykiske lidelser som angst og depresjon som er de vanligste lidelsene blant unge som leder til uførhet (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2017b, 2018b; Mykletun et al., 2009). I en kohortstudie fra 2006 fant Mykletun et al. (2006) at angst og depresjon predikerer uførestatus selv når en somatisk lidelse er angitt som hoveddiagnosen for uføretrygd. Dette gjaldt spesielt blant yngre personer i alderen fra 20 til 44 år. I følge forfatterne kan resultatet indikere et mulig overforbruk av somatiske diagnoser og underrapportering av psykiske lidelser som årsak til uførhet. Det kan derfor spekuleres i om det eksisterer mørketall i uførestatistikken med tanke på andelen som har utfordringer knyttet til psykisk helse (Mykletun et al., 2006). I så tilfelle kan psykiske lidelser og helseplager utgjøre et enda større folkehelseproblem enn antatt.

Som nevnt påpeker Helsedirektoratet (2014) behovet for kunnskap om hvilke miljø- og samfunnsfaktorer som har betydning for psykisk helse. For å fremme arbeidsdeltakelse blant personer som er uføre eller står i fare for å bli det på grunn av psykiske lidelser eller plager er

det vesentlig å kjenne til bakgrunnen for plagene. I en kvalitativ studie av Olsen et al. (2009) peker flere av informantene på mobbing under oppvekst som en mulig årsak til deres psykiske utfordringer. Flere tidligere studier konstaterer også en sammenheng mellom mobbing og psykisk helse (Ttofi et al., 2011), hvilket er tema for gjeldende studie.

## 2.4 Mobbing

Det eksisterer ulike syn på hva mobbing innebærer. Det er derimot en generell enighet om definisjonen utviklet av Olweus (1992) som beskriver mobbing som *bevisste negative handlinger* fra en eller flere personer som retter seg mot en person som har *vanskelig for å forsvare seg*. Negative handlinger kjennetegnes av et ønske om å skade eller skape ubehag for mottakeren. For at det skal kalles mobbing er det en forutsetning at handlingene har en *tendens til å gjenta seg* (Olweus, 1992). Mobbing kan utarte seg på ulike måter. Ofte skiller man mellom fysisk og verbal mobbing. Fysisk mobbing kan være slag, spark og annen fysisk tvang, mens verbal mobbing ofte bærer preg av utfrysning, isolering og verbale virkemidler som ondsinnet erting (Olweus, 1992; Roland, 2014). I tråd med den teknologiske utviklingen har en tredje type mobbing blitt mer aktuell de siste årene: digital mobbing. Dagens sosiale medier åpner for en ny type anonym mobbing, som inkluderer krenkende uttalelser og sjikane både i det offentlige forum og i den private sfære gjennom personlige medieprofiler (Bakken, 2017). Mobbing kan videre være direkte, hvor tegnene er åpenlyse og tydelige, eller indirekte, hvor mobbingen kamufleres i skjulte og tvetydige tegn (Olweus, 1992).

Til tross for stor enighet blant både nasjonale og internasjonale forskere omkring Olweus (1992) sin definisjon, eksisterer det betydelige inkonsekvenser i mobbestudier med tanke på målemetode og datakilder. Enkelte studier presenterer ikke en mobbedefinisjon for respondentene sammen med spørreskjemaet, og det kan dermed oppstå uklarheter omkring hva mobbebegrepet inneholder. Det finnes også studier som benytter seg av en bredere definisjon av mobbing ved å inkludere eksempelvis generell aggresjon og negative hendelser (Breivik et al., 2017). Gjeldende studie tar utgangspunkt i definisjonen av mobbing som beskrevet ovenfor av Olweus (1992).

Mobbing er mest utbredt i barneskolealder og avtar i løpet av ungdomsårene (Bakken, 2017). Forekomsten av mobbing varierer noe, men det anslås at omtrent 50 000 barn og unge mobbes regelmessig i Norge (Breivik et al., 2017). I følge den nyeste rapporten fra Ungdata (2017) rapporterer 8 % av elever på ungdomstrinnet og 5 % av elever på videregående å bli utsatt for



plaging, trusler eller utfrysning fra jevnaldrende på skole eller i fritiden minst hver 14. dag. Henholdsvis 6 % og 4 % opplever dette ukentlig (Bakken, 2017). Tallene varierer internasjonalt, men Norge sammen med andre nordiske land rapporterer om færre tilfeller av mobbing enn andre. Dette skyldes trolig den mangeårige innsatsen med å stoppe og forebygge mobbing i de nordiske landene (Breivik et al., 2017). Norge har siden 2002 hatt et forpliktende samarbeid, *Manifest mot mobbing*, mellom regjeringen og representanter fra barnehage- og utdanningssektoren om å forebygge, avdekke og stoppe mobbing blant barn og unge. Manifest mot mobbing ble i 2016 etterfulgt av *Partnerskap mot mobbing*, hvilket inkluderer flere partnere i samarbeidet som videreføres til 2021 (Statsministerens Kontor, 2016). Bakgrunnen for det betydelige fokuset på mobbing er forståelsen for at både de som mobber og de som opplever mobbing anses som risikoutsatte grupper, hvor spesielt mobbeofre er utsatt for psykiske helseplager og andre negative konsekvenser senere i livet (Breivik et al., 2017). Gjeldende studie fokuserer på dem som har opplevd mobbing i relasjon til psykiske helseplager.

## **2.5 Sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager**

Mobbing kan ha alvorlige konsekvenser, og er en sterk risikofaktor for utvikling av både fysiske og psykiske plager og lidelser. Dette er godt dokumentert i flere nasjonale og internasjonale studier (Breivik et al., 2017; Fosse, 2006; Lereya, Copeland, Costello, & Wolke, 2015; Reijntjes, Kamphuis, Prinzie, & Telch, 2010; Takizawa, Maughan, & Arseneault, 2014; Ttofi et al., 2011).

I en meta-analyse av 28 longitudinelle studier som undersøkte sammenhenger mellom mobbing i barndom og depresjon som voksen ble det funnet at det var omtrent dobbel så stor sannsynlighet for å utvikle depresjon senere i livet dersom man ble mobbet under oppveksten (Ttofi et al., 2011). Studien kontrollerte for andre alvorlige risikofaktorer i barndommen, hvilket indikerer at mobbing er en unik risikofaktor for utvikling av depresjon (Ttofi et al., 2011). Lereya et al. (2015) konkluderer med det samme i en kohortstudie av sammenhengen mellom omsorgssvikt, opplevd mobbing og psykiske helseplager. De fant at barn som var utsatt for omsorgssvikt ikke hadde økt risiko for psykiske plager som voksen, sammenlignet med gruppen som ikke opplevde verken omsorgssvikt eller mobbing. De som opplevde *både* mobbing og omsorgssvikt var derimot utsatt for psykiske plager i voksen alder. Barna som utelukkende ble mobbet hadde dertil høyere risiko for å utvikle psykiske helseplager enn barna som utelukkende opplevde omsorgssvikt (Lereya et al., 2015). Resultatet impliserer at opplevd mobbing i barndom har mer alvorlige langtidseffekter enn omsorgssvikt, og støtter således opp



om Ttofi et al. (2011) sine resultater om mobbing som en unik risikofaktor for psykiske helseplager senere i livet. Dette indikerer at følgene av mobbing i ung alder kan vedvare og få alvorlige konsekvenser for individet også i voksen alder, hvilket Fosse (2006) bekrefter i sin doktoravhandling hvor nesten halvparten av voksne pasienter ved psykiatriske poliklinikker i Norge hadde vært utsatt for mobbing i skolealder. Grad av opplevd mobbing som barn hang sammen med grad av symptomer på angst og depresjon som voksen (Fosse, 2006). Det ble funnet lignende resultater i en longitudinell kohortstudie i Storbritannia, hvor ofre for hyppig mobbing i 7- og 11-års alder rapporterte om høyere grad av angst, depresjon og suicidal atferd ved 23- og 50-års alder, sammenlignet med dem som ikke ble mobbet i barndommen (Takizawa et al., 2014).

Til tross for at mobbing ofte avtar i løpet av ungdomsårene (Bakken, 2017), opplever enkelte mobbing også i voksen alder. Nielsen, Emberland, og Knardahl (2017) fastslår at det å bli mobbet på arbeidsplassen er en risikofaktor for sykemelding og senere uførhet, hvilket viser at mobbing i voksen alder kan få sosiale, så vel som psykiske konsekvenser. Videre fant studien at kvinner i større grad enn menn så ut til å bli påvirket av opplevd mobbing i arbeidslivet (Nielsen, Emberland, et al., 2017). Unge som blir uføre er derimot sjeldent sykemeldt i forkant av uførestatus, ettersom kun et fåtall er i arbeid lenge nok til å opparbeide krav på sykepenger og mange har en marginal tilknytning til arbeidslivet (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018b). Funnet til Nielsen, Emberland, et al. (2017) er likevel interessant ettersom det kan eksistere lignende sammenhenger blant unge som står i fare for å bli uføre i gjeldende studie.

Strøm (2014) har i sin doktoravhandling fra Universitetet i Oslo undersøkt relasjonen mellom voldseksposering i ungdomsskolen og arbeidsmarginalisering i ung voksen alder. Voldseksposering ble målt ved fysisk vold, seksuell mishandling og mobbing, mens arbeidsmarginalisering ble målt ved mottakelse av sosial- og helserelevante ytelser. Ved bruk av spørreskjema-data fra Folkehelseinstituttets Helseundersøkelse (1999-2004) og registerdata ble 15-årige ungdomsskoleelever fulgt flere år frem i tid til 26 års alder. Resultatene viste at individer som var utsatt for voldseksposering hadde større risiko for å motta sosial- og helserelevante ytelser åtte år senere enn dem som ikke var eksponert for disse risikofaktorene. Det å ha vært utsatt for voldseksposering i ungdomstiden økte altså faren for å havne utenfor arbeidslivet som ung voksen (Strøm, 2014). Til tross for at foreliggende studie opererer med psykiske helseplager som utfallsmål, ikke arbeidsmarginalisering, samt utelukkende ser på mobbing, og ikke annen voldseksposering, er funnet likevel interessant. Resultatet kan antyde

at utvalget i gjeldende studie, som består av unge voksne utenfor arbeidslivet, kan ha opplevd voldseksponering i form av blant annet mobbing tidligere i livet, hvilket i følge Strøm (2014) sine resultater kan ha hatt innvirkning på den nåværende situasjonen de befinner seg i.

Breivik et al. (2017) påpeker at det er mulig å forestille seg en motsatt årsakssammenheng mellom mobbing og psykiske plager: at barn som opplever psykiske helseplager er mer utsatt for mobbing. Reijntjes et al. (2010) undersøkte dette ved å gjennomgå 18 longitudinelle studier som så på sammenhengen mellom mobbing og emosjonelle helseplager, som angst og depresjon. Meta-analysen fant empirisk støtte for en gjensidig sammenheng mellom mobbing og emosjonelle helseplager, og oppdaget samtidig at det over tid var en økning i emosjonelle problemer hos dem som ble mobbet. Barn med slike helseplager er dermed mer utsatt for mobbing, samtidig som helseplagene øker dersom mobbing oppleves (Reijntjes et al., 2010). Mobbeofre kan således havne i en ond sirkel (Breivik et al., 2017).

Gjennomgangen ovenfor bekrefter at å være utsatt for mobbing kan få alvorlige konsekvenser for individers psykiske helse. Det er derimot ikke alle individer som utvikler like store plager, hvilket indikerer at det eksisterer elementer som påvirker denne heterogeniteten (Breivik et al., 2017). I et helsefremmende perspektiv er det vesentlig å avdekke hvilke faktorer som ikke bare virker beskyttende for de potensielle konsekvensene av mobbing, men som også fremmer generell trivsel (Dalgard et al., 2011). Breivik et al. (2017) påpeker betydningen av å kjenne til slike modererende elementer for å utarbeide treffsikre individ- og miljørettede tiltak for mobbeofre. I tillegg vil kunnskap om generelle ressurser være verdifull, ettersom disse kan ha positiv innvirkning på helse og velvære uavhengig av eksponering for mobbing (Breivik et al., 2017). I følge Ursin og Eriksen (2004) opplever og håndterer ulike personer utfordringer ulikt på bakgrunn av individets tidligere erfaringer og tolkning av situasjonen. I deres kognitive aktiveringsteori om stress (Cognitive Activation Theory of Stress: CATS) vil forventninger til om man mestrer utfordringer kunne avgjøre hvorvidt man utvikler helseplager eller ikke (Ursin & Eriksen, 2004), og med bakgrunn i dette vil kognitiv stressteori benyttes for å belyse det potensielle forholdet mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager i gjeldende studie.

## 2.6 Stress

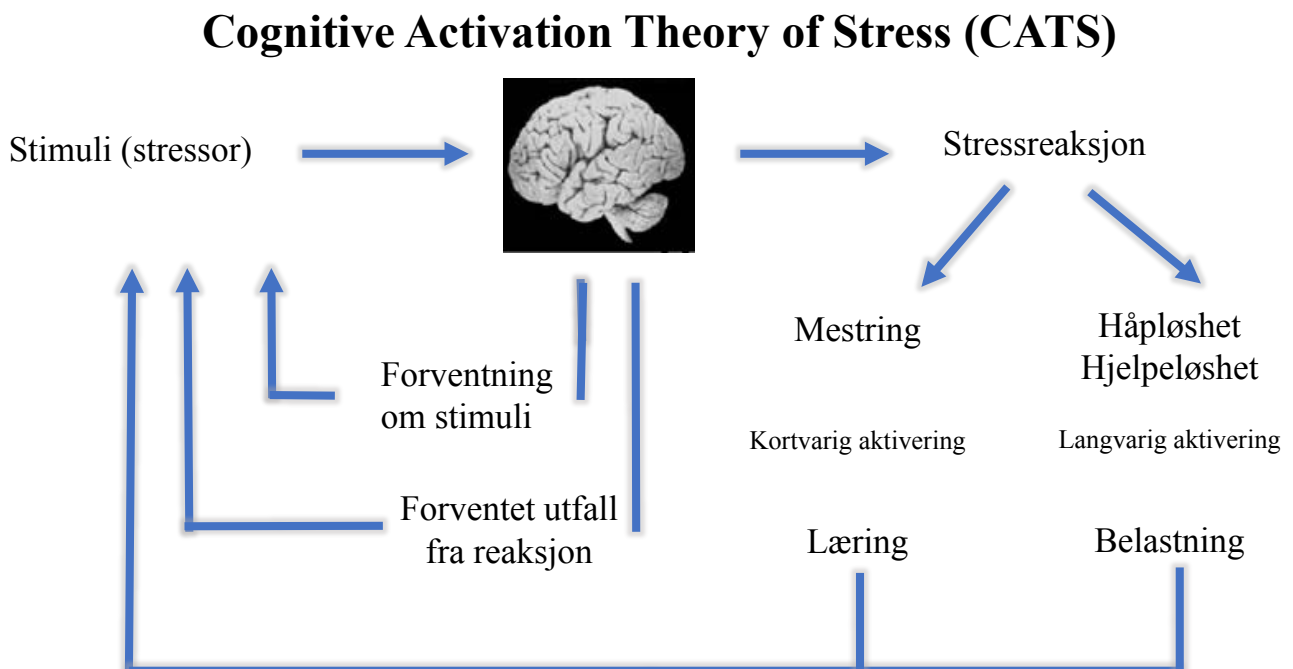
Stressbegrepet kan, i likhet med definisjonen på helse, være noe svevende og utydelig. Hans Selye (1975) anses som grunnleggeren av begrepet innen det medisinske fagfeltet og var en forkjemper for stressforskning. Han skilte mellom begrepene *stressor* og *stress*, hvilket representerer henholdsvis årsak og virkning. Virkning, eller reaksjon, omtales som en ikke-

spesifikk respons i kroppen – en naturlig del av individets adaptive system. I motsetning til hans tidligere oppfatninger om at stress utelukkende var skadelig og sykdomsfremkallende (*distress*), hevdet Selye (1975) i sitt senere arbeid at stress også kan være gunstig (*eustress*), og dannet således grunnlaget for ulike teorier innenfor stress. Nyere stressteorier, som for eksempel kognitiv aktiveringsteori om stress (Ursin & Eriksen, 2004), utvider begrepet ytterligere ved å inkludere både læringsteoretiske prinsipp og kognitive aspekter, altså tankene våre.

### 2.6.1 Kognitiv aktiveringsteori om stress

Kognitiv aktiveringsteori om stress er et resultat av mange års eksperimenter og teoriutvikling (Levine & Ursin, 1991). Stress forstås her som en kognitiv aktivering som inkluderer fire hovedaspekter, jamfør figur 2:

1. stimuli (stressor)
2. hjernens filtrering og tolkning av stimuli
3. stressresponsen (reaksjon)
4. tilbakemeldingen fra stressresponsen



Figur 2: Cognitive Activation Theory of Stress modell, modifisert etter Ursin & Eriksen (2004).

Sammenhengen mellom stimuli og respons er dermed ikke direkte, men foregår gjennom hjernens vurdering av hvorvidt situasjonen er håndterbar eller ikke. Når individer blir utsatt for stress-stimuli (en stressor), for eksempel mobbing, vil responsen dermed preges av tidligere erfaringer og hvorvidt individet forventer å mestre mobbesituasjonen eller ikke (Ursin & Eriksen, 2004).

Til tross for at CATS består av flere elementer, har forventningene knyttet til stressoren og utfallet av stressreaksjonen en sentral plass i teorien. Forventningene, i form av hjelpeløshet, håpløshet eller mestring, avgjør hvordan individet reagerer på stressoren og påvirker også håndteringen av fremtidige utfordrende situasjoner. Følelsen av *hjelpeløshet* oppstår dersom situasjonen føles ukontrollerbar. Dette kan skje dersom personen forventer at måten han eller hun håndterer stressoren på ikke har betydning for utfallet – altså *ingen responsforventning* (Ursin & Eriksen, 2004). Følelsen av *håpløshet* oppstår dersom personen forventer at måten han eller hun håndterer stressoren på vil føre til negativt utfall – altså *negativ responsforventning* (Ursin & Eriksen, 2004). Opplevelsen av å *mestre* karakteriseres derimot av en forventning om at ens handlinger vil føre til ønsket resultat – altså *positiv responsforventning*. Det er den subjektive forventningen om å mestre som er kjernen i CATS, og ikke den objektive reelle muligheten til å takle utfordringen (Ursin & Eriksen, 2004).

Dersom individet forventer å mestre en utfordring vil dette ifølge teorien føre til kortvarig aktivering, hvilket karakteriseres som den gunstige formen for stress. En forventning om å mestre en utfordrende situasjon knyttes til læring fremfor belastning, og øker individets generelle mestringsforventning. Manglende mestringsforventning hos individet i form av håpløshet eller hjelpeløshet kan derimot resultere i vedvarende aktivering, som utgjør en potensiell helserisiko på grunn av belastningen den vedvarende aktiveringen medfører. Både vedvarende manglende og negativ responsforventning er forbundet med skadelige helseutfall som blant annet kan påvirke psykisk helse (Ursin & Eriksen, 2004).

Opplevelsen som individet sitter igjen med etter et møte med en stressor vil kunne påvirke fremtidige stressreaksjoner. CATS-teorien er i så måte en generell mestringsteori, hvor positive erfaringer med å mestre ulike situasjoner vil kunne generaliseres og øke den generelle mestringsforventningen (Ursin & Eriksen, 2004).

Dersom en setter CATS (Ursin & Eriksen, 2004) inn i et mobbeperspektiv, vil mobbeofre som forventer at mobbingen vil vedvare uavhengig av om de forsøker å håndtere situasjonen eller ikke, kjenne på en opplevelse av hjelpeløshet, mens mobbeofre som forventer at situasjonen kun vil eskalere ytterligere og bli verre om en forsøker å gjøre noe kjennetegnes av håpløshet. Dersom individer som blir utsatt for mobbing forventer å kunne mestre situasjonen de befinner seg i vil dette imidlertid kunne bidra til å redusere aktiveringen og de potensielle negative konsekvensene av mobbing. Mestring, definert som positiv forventning til utfall av en situasjon, vil dermed kunne være en viktig beskyttelsesfaktor i forholdet mellom mobbing og psykiske helseplager.

## 2.7 Mestring

Mestring kan defineres på ulike måter avhengig av teoretisk bakgrunn, men generelt viser begrepet til hvordan individer håndterer hverdagslivets utfordringer (Skogstad & Harris, 2017). Således er mestring nært tilknyttet stressbegrepet, og individets møte med ulike stressorer. CATS utgjør det viktigste teoretiske rammeverket i gjeldende studie, og definerer som tidligere nevnt mestring som positiv responsutfallsforventning, altså individets forventning om at hans eller hennes handlinger vil føre til et positivt resultat (Ursin & Eriksen, 2004). Etersom forventningene om å mestre tar utgangspunkt i tidligere erfaringer, vil den kognitive vurderingen variere fra person til person, hvilket er årsaken til at individer reagerer ulikt til tross for at de blir utsatt for samme stimuli (Ursin & Eriksen, 2004). CATS kan dermed bidra til å forklare heterogeniteten som eksisterer blant mobbeofre, hvor ikke alle utvikler psykiske helseplager. Individets forventning om å mestre situasjonen er essensiell, og det forventes derfor at individer som opplever psykiske helseplager på bakgrunn av opplevd mobbing har lav mestringsforventning.

Det finnes en rekke ulike teorier om mestring. Bandura (1998) sin teori om *self-efficacy*, på norsk oversatt til *mestringstro*, har flere likhetstrekk med CATS. Teorien fokuserer på betydningen av individets tro på egen mestringsevne, definert som kapasiteten til å kontrollere hendelser som påvirker livet deres. Hvorvidt individet tror at en konkret situasjon kan løses med et godt resultat, påvirker hvordan individet håndterer utfordringen. Mestringstro varierer, og er knyttet til spesifikke handlinger i spesifikke situasjoner. Dette innebærer at individer kan oppleve høy grad av mestringstro i én bestemt situasjon, mens de ikke gjør det i en annen (Bandura, 1998). Med utgangspunkt i denne teorien kan det antas at individer som erfarer høy grad av mestring i situasjoner hvor man blir utsatt for mobbing, ikke nødvendigvis opplever

høy mestringstro i andre situasjoner. Denne spesifikke mestringsteorien skiller seg fra CATS, hvor forventningen om å mestre anses som en mer generell ressurs, hvilket gjør den overførbart til ulike situasjoner (Ursin & Eriksen, 2004). Andre forskere har derimot introdusert en bredere tolkning av mestringstro, *generalized self-efficacy*, som representerer en stabil og generell tro på egne evner til å håndtere ulike stressorer på en god måte (Jerusalem & Schwarzer, 1992). Mestringstro oppfattes dermed som en personlig ressurs i møtet med forskjellige stressorer, hvilket åpner for en mulig modererende effekt i relasjonen mellom stressorer og personlige utfall (Gemzøe Mikkelsen & Einarsen, 2002). Likhetsstrekkene til CATS blir således ytterligere forsterket ved tolkningen av mestringstro som en generell ressurs.

I motsetning til CATS og *self-efficacy*, hvor mestring defineres som henholdsvis forventning om positivt utfall (Ursin & Eriksen, 2004) og tro på egne evner (Bandura, 1998), fokuserer Lazarus og Folkman (1984) på strategier for mestring som et resultat av atferdsmessige, kognitive og emosjonelle tilpasningsmåter. Individet betrakter først trusselen (primærvurderingen), for deretter å vurdere egne evner for å håndtere stressoren (sekundærvurderingen). Dersom det dukker opp nye opplysninger fra omgivelsene endrer individet sin vurdering av trusselen (revurdering). Det skilles mellom problemfokuset og emosjonsfokuset mestring i møte med utfordrende situasjoner, hvor førstnevnte mestringsstil beskriver en aktiv og problemløsende atferd ved å adressere utfordringen direkte, mens sistnevnte mestringsstil i større grad handler om å endre følelsene som oppstår i reaksjonen, eksempelvis ved unnvikende atferd (Lazarus & Folkman, 1984). Mestring kan altså forstås på forskjellige måter avhengig av teoretisk bakgrunn. I kontrast til Lazarus og Folkman (1984) sitt fokus på mestringsstrategier, er det i følge CATS (Ursin & Eriksen, 2004) ikke avgjørende for den fysiologiske stressreaksjonen hvilke strategier som benyttes for å håndtere stressoren. Det som er av betydning er individets tanker og tro på utfallet av situasjonen (Skogstad & Harris, 2017). I tråd med CATS (Ursin & Eriksen, 2004) vil hvilken type strategi som benyttes for å mestre mobbing derfor være uten særlig relevans, siden det er hvilken forventning individet har til å håndtere mobbesituasjoner som er avgjørende for hvorvidt man utvikler psykiske helseplager som følge av mobbing.

Menn og kvinner benytter trolig ulike former for mestringsstrategier. Til tross for inkonsekvente funn, ser det ut til at menn ofte benytter problemfokusede mestringsstrategier, mens kvinner i større grad anvender hele spekteret av mestringsstiler. Kvinner bruker spesielt emosjonsfokuset mestring mer enn menn (Tamres, Janicki, & Helgeson, 2002). Ulike studier

definerer derimot de forskjellige mestringsstrategiene ulikt, hvilket problematiserer en generalisering av resultatene (Tamres et al., 2002). Som nevnt fokuserer derimot gjeldende studie på forventninger til mestring, og ikke på mestringsstrategier. Litteratursøket avdekket ingen tidligere studier som indikerer at kvinner og menn har ulik nytte av mestringsforventning, og denne problemstillingen vil derfor ikke behandles ytterligere i foreliggende studie.

### *2.7.1 Mestringsforventning som en modererende faktor*

Dersom mestringsforventning fungerer som en moderator, vil det si at styrken på sammenhengen mellom mobbing og psykiske helseplager endres avhengig av hvorvidt individet forventer å mestre situasjonen. Litteratursøket fant ingen studier som undersøkte mestringsforventning som en modererende faktor for negative effekter av mobbing, eller som moderator i andre sammenlignbare situasjoner.

Det eksisterer derimot forskning som indikerer at andre former for mestring kan fungere beskyttende i ulike sammenhenger. Yin et al. (2017) undersøkte sammenhengen mellom opplevd mobbing og depresjonssymptomer blant 14-årige kinesiske kostskoleelever. Aktiv mestring, definert som konstruktive mestringsstrategier med likhetstrekk til problemfokustert mestring, ble her funnet å moderere relasjonen mellom mobbing og depresjon. Jo høyere grad av mestring elevene som ble mobbet rapporterte, jo lavere grad av depresjon ble rapportert. Studien undersøkte også kjønnsforskjeller, uten å finne signifikante sammenhenger (Yin et al., 2017). En studie av Undheim, Wallander, og Sund (2016) undersøkte også moderatoreffekter i forbindelse med mobbing og depresjon, blant norske skoleelever med en gjennomsnittsalder på 14 år. Høy grad av emosjonsfokustert mestring predikerte depressive symptomer sterkere blant dem som hadde opplevd mobbing sammenliknet med dem som ikke hadde opplevd mobbing. Funnet indikerer at bruk av emosjonsfokustert mestring forsterker sammenhengen mellom det å oppleve mobbing og depressive symptomer (Undheim et al., 2016). I en retrospektiv studie av universitetsstudenter i Storbritannia, som undersøkte relasjonen mellom opplevd mobbing i barndom og nåværende sosial angst som voksen, fant Boulton (2013) at evnen til å se det positive ved negative opplevelser som mobbing reduserte risikoen for å utvikle angst i voksen alder. Å se læringspotensialet i en situasjon kan relateres til mestringsforventning ved kortvarig aktivering i CATS. Også Boulton (2013) undersøkte hvorvidt det eksisterte kjønnsforskjeller i moderatoreffektene, men gjorde i likhet med Yin et al. (2017) ingen signifikante funn.

En del av forskningsmaterialet på mestring som en mulig modererende faktor innenfor mobbing og dets konsekvenser er gjort i forbindelse med mobbing i arbeidslivet. Til tross for at utvalget i gjeldende studie trolig har lite arbeidserfaring (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018b) kan resultatene fra disse studiene likevel være interessante. I en kohortstudie av norske sykepleiere som var utsatt for mobbing på arbeidsplassen, definert som negative handlinger, fant Reknes et al. (2016) at en aktiv og målorientert mestringsstrategi modererte forholdet mellom opplevd mobbing og symptomer på angst ett år senere. Sammenhengen var derimot kun signifikant for sykepleierne som rapporterte om en *sterk* målorientert mestringsstil, og denne var bare virksom ved lettere grad av mobbing. Effekten avtok etterhvert som mobbingen ble mer intensiv og langvarig, og situasjonen ble mer ukontrollerbar for offeret. Studien viser dermed at høy grad av aktiv målorientert mestringsstil kan fungere som moderator ved lettere grad av mobbing, mens intensiv og vedvarende mobbing derimot fører til negative helsekonsekvenser uavhengig av hvor godt individet mestrer (Reknes et al., 2016). En annen studie av danske arbeidstakere, fant at generalisert self-efficacy så ut til å moderere forholdet mellom å bli utsatt for mobbelignende atferd på arbeidsplassen og psykiske helseplager. Det ble funnet at individer med høy grad av generalisert self-efficacy rapporterte om færre psykiske helseplager (Gemzøe Mikkelsen & Einarsen, 2002). Denne formen for mestring har sterke likehetstrekk med mestringsforventning i CATS, ettersom generalisert self-efficacy tenkes å være overførbart til flere situasjoner og representerer således en generell tro på egne mestringsevner.

De tidligere studiene som omtales ovenfor antyder at ulike former for mestring kan redusere de potensielle negative effektene ved å bli utsatt for stressorer som mobbing. Til tross for at det ikke er funnet forskningslitteratur som undersøker hvorvidt dette er tilfellet med *mestringsforventning*, vil også denne type mestring i følge CATS virke beskyttende i utfordrende situasjoner. Det synes derfor å være behov for å undersøke hvordan mestringsforventning kan påvirke sammenhenger mellom mobbing og psykiske plager.

Sosiale relasjoner blir ofte fremhevet i sammenheng med mestring, og i likhet med mestringsforventning kan sosial støtte fra omgivelsene være en viktig ressurs i møte med stressorer (House, 1981). Sosial støtte kan dermed ha betydning for hvorvidt man utvikler psykiske helseplager som følge av mobbing.



## 2.8 Sosial støtte

Sosial støtte er et intuitivt begrep som mange har egne idéer om hva innebærer. I de første leveår er foreldre som regel hovedkilden til sosial støtte, og senere i livet utvides kildene til øvrig familie, venner, medelever, arbeidskollegaer og så videre. Det er således heller ikke et nytt begrep, men har gjennom tidene hatt ulike navn som kjærlighet, vennskap og inkludering (House, 1981). I korte trekk handler sosial støtte om å oppleve styrkende handlinger fra dem man har rundt seg, som tenkes å være gunstig i hverdagen og i situasjoner hvor man blir utsatt for stressorer (House, 1981). Å få positiv oppmerksomhet og verdsettelse fra andre oppleves bra, og kan være spesielt viktig i utfordrende faser av livet (Green et al., 2015). Sosial støtte er kjent for å ha betydning for både den fysiske og psykiske helsen, hvilket gjør det til et viktig tema i folkehelsearbeidet i Norge (Helsedirektoratet, 2014).

Sosial støtte kan forstås og måles på flere ulike måter. Denne studien baseres på Fisher, La Greca, Greco, Arfken, og Schneiderman (1997) sin kategorisering av sosial støtte, som tar utgangspunkt i egenskapene i forholdet mellom støttepersonen og mottakeren. Det skilles mellom *dirigerende* og *ikke-dirigerende* sosial støtte. Dirigerende sosial støtte kjennetegnes av at støttepersonen gir konkrete instruksjoner og overtar ansvaret for å løse mottakerens utfordringer. Støtten innebærer at mottakeren blir fortalt hva man bør tenke, føle eller gjøre i ulike situasjoner. Ikke-dirigerende sosial støtte innebærer derimot i større grad samarbeid mellom de to partene, samt aksept av mottakerens tanker og beslutninger. Mottakeren av støtten er således mer deltakende ved ikke-dirigerende sosial støtte, og innehar større kontroll over situasjonen (Fisher et al., 2004; Fisher et al., 1997). Mens dirigerende støtte kan være nyttig i akutte situasjoner, eller når individer mangler erfaring eller ressurser til å takle stressoren alene, viser tidligere studier at ikke-dirigerende støtte er mer gunstig enn dirigerende støtte (Fisher et al., 1997; Harber, Schneider, Everard, & Fisher, 2005; Kowitt et al., 2017). Sistnevnte assosieres med sykdomsbeherskelse, håp og optimisme, mens dirigerende sosial støtte viser motsatte sammenhenger og relateres til depresjon og ensomhet (Fisher et al., 1997; Gabriele, Carpenter, Tate, & Fisher, 2011; Harber et al., 2005; Kowitt et al., 2017). Sosial støtte er dermed ikke nødvendigvis utelukkende positivt for helsen.

To ulike perspektiver dominerer i forskningen på effekten av sosial støtte (Skogstad & Harris, 2017). Sosial støtte kan ha en direkte effekt, eller fungere indirekte som en beskyttelsesfaktor i ulike situasjoner. I førstnevnte tilfelle opptrer sosial støtte som en universell ressurs, og kan være en kilde til velvære i seg selv. Denne formen for støtte virker positivt uavhengig av om

individet utsettes for stressorer eller ikke. I sistnevnte tilfelle fungerer derimot sosial støtte som en buffer, som reduserer eller motvirker potensielle negative konsekvenser av stressorer (House, 1981). Gjeldende studie fokuserer på sosial støtte som en modererende faktor i forholdet mellom å utsettes for mobbing og å utvikle psykiske helseplager, hvilket innebærer at sosial støtte anses som en buffer.

Videre er det meste av forskningen på sosial støtte, inkludert gjeldende studie, basert på måling av subjektiv sosial støtte. Her er respondentenes *opplevelse av mottatt støtte* utslagsgivende. Årsaken til dette er ikke bare at det er mest praktisk gjennomførbart å måle dette fenomenet slik, men at forskere i stor grad er enig om at det er selve oppfatningen av at man mottar sosial støtte som er gunstig i utfordrende situasjoner, ikke den objektive støtten som gis (House, 1981). Dette kan sees i sammenheng med mestring i CATS, hvor det er forventningen om å mestre, og ikke den reelle muligheten til å mestre, som er essensiell (Ursin & Eriksen, 2004). I foreliggende studie undersøkes det derfor hvorvidt opplevd ikke-dirigerende og dirigerende sosial støtte kan moderere potensielle negative følger av mobbing blant unge voksne i fare for tidlig uførhet.

### *2.8.1 Opplevelse av sosial støtte som en modererende faktor*

Dersom sosial støtte fungerer som en moderator, vil styrken på sammenhengen mellom mobbing og psykiske helseplager variere avhengig av hvorvidt individet opplever sosial støtte fra omgivelsene. Breivik et al. (2017) har gjennomgått tidligere forskning på potensielle faktorer som virker beskyttende for barn og unge som opplever mobbing eller annen form for aggresjon fra jevnaldrende. Til tross for at resultatene til dels er inkonsistente, eksisterer det noen klare tendenser i forskningslitteraturen hvor positive familierelasjoner og opplevd sosial støtte fra jevnaldrende ser ut til å redusere risikoen for at eksponering for mobbing fører til helseplager (Breivik et al., 2017).

Å søke sosial støtte, for eksempel ved å ta kontakt med voksne, kan tenkes å virke beskyttende mot mobbing blant barn og ungdom. Resultatene fra forskningen på området indikerer derimot at det ikke er så enkelt. Kochenderfer-Ladd og Skinner (2002) fant ingen sammenheng mellom å ha opplevd mobbing og angst/depresjon hos barneskoleelever i USA, men fant at det å søke sosial støtte reduserte sammenhengen mellom opplevd mobbing og sosiale problemer hos jenter. Dette er i tråd med tidligere forskning, som indikerer at kvinner ofte har tettere sosiale bånd til andre og i større grad søker etter sosial støtte enn det menn gjør (Belle, 1991;

Kochenderfer-Ladd & Skinner, 2002; Tamres et al., 2002). For gutter virket derimot søken etter sosial støtte negativt i form av synkende popularitet på skolen og økende grad av ensomhet. I følge forfatterne er én mulig årsak til dette at gutter som løser problemene selv viser stor selvtillit, hvilket resulterer i økt respekt i vennekretsen (Kochenderfer-Ladd & Skinner, 2002).

Å søke sosial støtte betyr ikke nødvendigvis at mobbeofrene får den støtten de har behov for, hvilket er årsaken til at gjeldende studie søker å avdekke hvorvidt *opplevd* sosial støtte kan virke beskyttende for psykiske helseplager i en mobbesituasjon. Yin et al. (2017) fant ikke støtte i sin hypotese om at opplevd sosial støtte ville virke beskyttende for psykiske helseplager hos kinesiske kostskoleelever som ble utsatt for mobbing. Betydningen av kjønn ble undersøkt, men til tross for at jentene rapporterte om større grad av opplevd sosial støtte sammenlignet med guttene, fant ikke forfatterne forskjeller i effekten av sosial støtte (Yin et al., 2017). Funnet er i tråd med Rothon, Head, Klineberg, og Stansfeld (2011) sin studie av britiske barne- og ungdomskoleelever, hvor verken opplevd sosial støtte fra venner eller familie hadde tilstrekkelig beskyttende effekt i relasjonen mellom opplevd mobbing og psykiske helseproblemer.

Strøm (2014) utforsket den potensielle beskyttende effekten av ulike former for sosial støtte i sin doktoravhandling, i relasjonen mellom voldseksposering (fysisk vold, seksuell mishandling og mobbing) og langtidsmottak av velferdsytelser. Resultatene indikerte at familiestøtte og gode elevrelasjoner førte til redusert risiko, mens lærerstøtte viste inkonsekvente funn. En finsk studie av barneskoleelever som undersøkte samspillet mellom ofre for mobbing og personer som forvarte dem, fant derimot at mobbeofre som hadde jevnaldrende som støttet, trøstet eller forsvarte dem, rapporterte om høyere selvfølelse enn dem som ikke opplevde denne formen for støtte (Sainio, Veenstra, Huitsing, & Salmivalli, 2011). Fridh, Lindström, og Rosvall (2015) finner lignende funn i en svensk studie av niendeklassinger, hvor sosial støtte fra foreldre og venner virket beskyttende mot emosjonelle plager ved eksponering for digital mobbing. Funnet var derimot kun signifikant for gutter. For jenter fungerte sosial støtte som en generell ressurs, men hadde ikke en spesifikk beskyttende effekt (Fridh et al., 2015). En fireårig longitudinell studie av Yeung Thompson og Leadbeater (2013) støtter opp under denne kjønnsforskjellen, hvor det ble funnet at sosial støtte fra venner virket mer beskyttende for gutter enn for jenter i relasjonen mellom opplevd aggresjon fra jevnaldrende og økning i emosjonelle plager (Yeung Thompson & Leadbeater, 2013).

Kjønn antas å ha en sterk relasjon til sosial støtte (Green et al., 2015). I en litteraturgjennomgang av kjønnsforskjeller innen sosiale moderatorer for stress, fant Belle (1991) støtte for at kvinner har bedre beskyttende effekt av sosiale bånd enn det menn har og at kvinner mobiliserer sosial støtte i større grad i stressende situasjoner. Samtidig kan det at kvinner i større grad har nytte av sosial støtte i forhold til menn, indikere at konsekvensene av mangel på sosial støtte blir mer utslagsgivende. Det er dermed mulig at kjønn kan påvirke hvorvidt sosial støtte fungerer som en moderator i forholdet mellom det å oppleve mobbing og psykiske helseplager. I følge Reevy og Maslach (2001) er det derimot ikke kjønn som er av betydning når det gjelder variasjoner i sosial støtte, men maskulinitet og femininitet. De viser til at individer med feminine kvaliteter (som omsorg og tilknytning) i større grad enn dem med maskuline kvaliteter (som uavhengighet og selvsikkerhet) har bedre nytte av sosial støtte ettersom de er bedre rustet til å tilby, søke og motta sosial støtte. Ettersom maskulinitet og femininitet finnes i varierende grad hos både kvinner og menn, hevder Reevy og Maslach (2001) at forskning på kjønn og sosial støtte bør ta utgangspunkt i slike kjennetegn i stedet for biologisk kjønn.

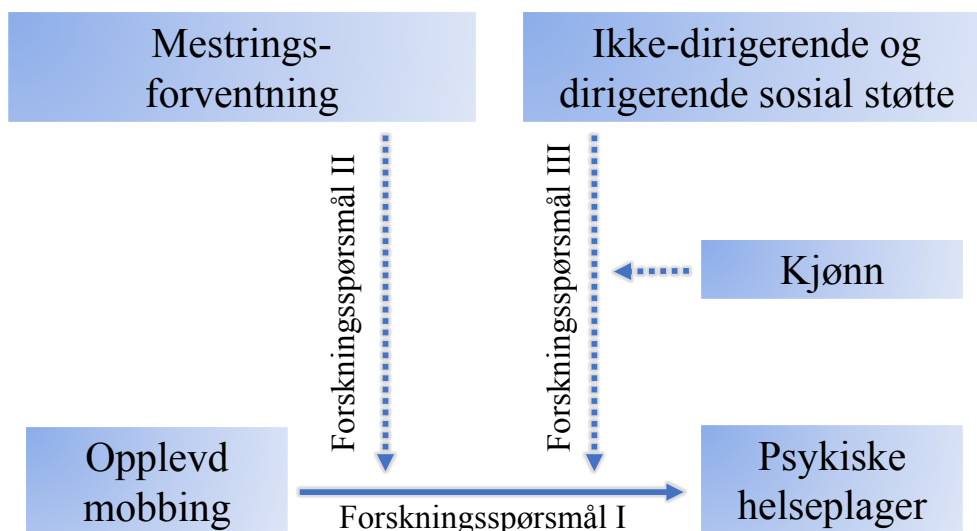
Gjennomgangen ovenfor viser ulike resultater med tanke på hvorvidt sosial støtte kan redusere de potensielle negative effektene ved å bli mobbet. Forskingen viser en tendens til at sosial støtte virker skjermende, men er inkonsekvent med tanke på hvorvidt sosial støtte fungerer som en generell ressurs eller som en spesifikk beskyttelsesfaktor for dem som opplever mobbing (Breivik et al., 2017). Videre eksisterer det betydelige ulikheter i hvordan sosial støtte måles, hvilket gjør sammenligning av funn problematisk. Studier som inkluderer kjønn viser videre at hvorvidt man er kvinne eller mann kan påvirke den potensielle beskyttende effekten av sosial støtte, men også her eksisterer det inkonsekvenser i forskningslitteraturen. Gjeldende studie søker derfor å tilføre mer kunnskap på dette temaet.

### 3.0 FORSKNINGSSPØRSMÅL

Med bakgrunn i presentert teori og empiri er studiens formål å øke kunnskapen om sammenhengen mellom mobbing og psykiske helseplager blant unge voksne som er i fare for tidlig uførhet. Det undersøkes hvorvidt mestringsforventning, ikke-dirigerende og dirigerende sosial støtte modererer dette forholdet. Ettersom tidligere forskning viser at kvinner og menn kan ha ulik nytte av sosial støtte, undersøkes det hvorvidt kjønn modererer den potensielle modererende effekten av sosial støtte. Studiens formål munner ut i følgende forskningsspørsmål:

- I.* Er det forskjell i grad av psykiske helseplager mellom dem som har blitt mobbet og dem som ikke har blitt mobbet, blant unge voksne som er i fare for tidlig uførhet?
- II.* Vil individets mestringsforventning moderere en eventuell sammenheng mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager?
- III.* Vil individets opplevelse av ikke-dirigerende og dirigerende sosial støtte moderere en eventuell sammenheng mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager, og vil kjønn moderere den potensielle modererende effekten av de ulike formene for opplevd sosial støtte?

Figur 3 gir en visuell fremstilling av forskningsspørsmålene. Det gjøres oppmerksom på at til tross for at forskningsspørsmålene illustreres i samme modell, er dette selvstendige problemstillinger som vil undersøkes uavhengig av hverandre. Potensielle moderatoreffekter angis med stiplet pil.



Figur 3: Visuell fremstilling av forskningsspørsmålene.

### 3.1.1 Oppgavens relevans

Enkelte forfattere har som nevnt påpekt et behov for mer kunnskap om unge som står i fare for å ekskluderes fra arbeidslivet og bli uføre i tidlig alder. Vi vet for lite om hva som kjennetegner gruppen, og dermed er det utfordrende både å fremme arbeidsdeltakelse og forhindre uførestatus (Brage & Thune, 2015; Bragstad & Brage, 2011; Sveinsdottir et al., 2016). Gjeldende studie vil bidra med ny kunnskap på ulike måter, og søker å imøtekomme etterspurte forskningsområder. For det første er det problematisk å rekruttere fra målgruppen av unge som anses å være i fare for tidlig uførhet, hvilket medfører at foreliggende studie er en sjelden forskningsmulighet. Uavhengig av utvalgsstørrelse vil ny forskning som øker kunnskapen om denne gruppen derfor være verdifull. I tillegg til å avdekke hvorvidt den kjente relasjonen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager er gjeldende også i dette utvalget, vil studien belyse potensielle modererende faktorer i dette forholdet. Kunnskap om slike faktorer er spesielt viktig i et helsefremmende perspektiv, og kan gi innsikt i hvilke elementer som potensielt kan redusere de kjente negative følgene av opplevd mobbing. Dette er opplysninger som kan bidra til å styrke beslutningsgrunnlaget for helsefremmende og forebyggende tiltak mot mobbing. Informasjonen fra gjeldende studie er således meget relevant både på individ- og samfunnsnivå, og utgjør et viktig bidrag til forskningen på dette feltet.

## 4.0 MATERIALE OG METODE

### 4.1 Vitenskapsteoretisk bakgrunn

Det eksisterer forskjellige vitenskapsteoretiske perspektiver som kan påvirke hvordan forskningsprosesser utføres fra start til slutt. Målet med foreliggende studie var å påvise forskjellige former av relasjoner mellom mobbing, psykiske helseplager, mestringsforventning, ulike varianter av sosial støtte og kjønn. Studien falt således innenfor det postpositivistiske perspektivet, som kjennetegnes av kunnskapsoppnåelse gjennom objektiv forklaring av fenomener. Perspektivet har en deterministisk filosofi, og karakteriseres av et behov for å identifisere og vurdere årsaks- og virkningsforhold (Creswell, 2014). Det postpositivistiske perspektivet har derfor preget studiens metodiske fremgangsmåte ved opprettholdelse av en strukturert planleggings- og gjennomføringsfase, hvilket anses som de mest avgjørende instrumentene for å oppnå sikker og objektiv kunnskap (Thomassen, 2006). Til tross for grundige metodiske vurderinger ble det videre anerkjent at forskning på menneskers atferd og handlinger alltid vil inneholde usikkerhetsmomenter som følge av menneskets natur (Creswell, 2014). Den objektive virkelighet kan sjeldent, om noen gang, fullstendig identifiseres (Thomassen, 2006). I lys av det postpositivistiske perspektivet var gjeldende studie videre preget av en deduktiv tilnærming, hvor holdbarheten til CATS og det øvrige teoretiske rammeverket ble testet i tråd med forskningsspørsmålene (Creswell, 2014).

### 4.2 Forskningsdesign

Gjeldende studie hadde et kvantitativt forskningsdesign, basert på spørreskjemadata fra første måletidspunkt i SEED-studien ved Uni Research Helse. SEED-studien er en pågående randomisert kontrollert studie (RCT) av arbeidstiltak for unge voksne mellom 18 og 29 år som har havnet utenfor arbeidslivet og står i fare for tidlig uførhet (Sveinsdottir et al., 2016). Til tross for at dataene er hentet fra en RCT-studie, er foreliggende studie dermed basert på tverrsnittsdata fra ett måletidspunkt.

#### 4.2.1 SEED-studien

Studien har tilhørighet ved Uni Research Helse, og gjennomføres i samarbeid med NAV og Fretex Vest-Norge. Den er finansiert av Norges Forskningsråd gjennom Program for sykefravær, arbeid og helse. Målet med SEED-studien er å sammenligne to arbeidstiltak med sikte på retur til arbeid: ordinær oppfølging med arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS),

som innebærer opplæring og forberedelse til arbeidsmarkedet i en attføringsbedrift, og Individuell jobbstøtte (IPS) basert på metoden Supported Employment (SE), som fokuserer på tett individuell oppfølging rettet mot ordinært lønnet arbeid. Deltakere ble tilfeldig fordelt til ett av disse tiltakene. SEED-studien er et pågående forskningsprosjekt, og endelige data vil foreligge i løpet av 2018 (Sveinsdottir et al., 2016). Flytskjemaet nedenfor illustrerer studiens planlagte gang (figur 4). Gjeldende studie tok utgangspunkt spørreskjemadata fra første målepunkt (baseline, målt ved inklusjon av deltakere), som vist med sirkel i skjemaet.



Figur 4: Flytskjema for SEED-studien (Sveinsdottir et al., 2016).

Det påpekes at gjeldende studie ikke vurderte effektene av arbeidstiltakene, men benyttet baselinedata for å besvare forskningsspørsmålene om mobbing, psykiske helseplager og moderatorer, jamfør kapittel 3.

### 4.3 Utvalg

Utvalget besto av 96 respondenter. Ettersom datamaterialet i aktuell studie baserte seg på informasjon fra første målepunkt kommenteres ikke innsamling av oppfølgingsdata.

#### 4.3.1 Datainnsamling

Rekrutteringsprosessen i SEED-studien gikk over 2 og ½ år, fra mai 2014 til og med desember 2016. Saksbehandlere og rådgivere i NAV hadde ansvaret for å henvise aktuelle deltakere til informasjons- og rekrutteringsmøter som pågikk kontinuerlig gjennom rekrutteringsperioden og ble organisert i fellesskap av NAV og Uni Research Helse. Ni ulike NAV-kontor i Hordaland



var inkludert i studien, og ble valgt på bakgrunn av at de ikke var involverte i andre pågående forskningsprosjekter. Det ble også arrangert informasjons- og rekrutteringsmøter for aktuelle kandidater på Betanien distriktpsikiatriske senter (DPS) i samarbeid med NAV saksbehandler. På møtene ble det gitt detaljert informasjon om studien, med påfølgende invitasjon til å delta. De som valgte å delta fylte ut spørreskjema på møtet, og fikk velge mellom å besvare i papirformat eller elektronisk ved hjelp av nettbrett (Sveinsdottir et al., 2016).

#### *4.3.2 Inklusjon og eksklusjon*

For å bli inkludert i studien måtte aktuelle kandidater være i aldersgruppen 18 til 29 år, eventuelt fylle 30 år inneværende år for inklusjon i studien. Deltakere måtte stå utenfor arbeid og utdanning, motta økonomiske ytelser fra NAV på grunn av ulike sosiale eller helserelaterede problemer, samt være tiltenkt det tradisjonelle arbeidstiltaket «Arbeidspraksis i skjermet virksomhet» (APS) av sin saksbehandler i NAV (Sveinsdottir et al., 2016). Deltakelse i APS tilsier relativt dårlig funksjonsnivå og stort innsatsbehov i form av tett oppfølging fra NAV (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2016). Unge voksne som kvalifiseres til APS representerer således den gruppen av NEETs i Norge med spesielt store utfordringer, vurdert til å være i stor risiko for å permanent havne utenfor arbeidslivet i ung alder. For å bli inkludert i studien måtte deltakerne videre uttrykke et ønske om hjelp til å komme i ordinært arbeid, samt ha tilstrekkelige norskkunnskaper til å forstå og besvare spørreskjemaene. Deltakere som ikke møtte disse kravene ble ikke invitert til å delta i studien (Sveinsdottir et al., 2016).

#### *4.3.3 Svarprosent*

Respondentene ble bedt om å fylle ut spørreskjema på inklusjonsmøtet, og det foreligger 100% responsrate på baselinedata.

### **4.4 Spørreskjema**

Spørreskjemapakken i SEED-studien inkluderte en rekke spørsmål og spørreskjema relatert til helse og velvære, inkludert mobbing, vold, rusmisbruk, mestringsfølelse, sykdomsforståelse, livskvalitet, funksjon, psykiske helseplager, subjektive helseplager og søvnproblemer (Sveinsdottir et al., 2016). For fullstendig oversikt vises det til spørreskjema i Vedlegg 3. Gjeldende studie benyttet bakgrunnsinformasjon om kjønn og fødselsår, og for å svare på forskningsspørsmålene beskrevet under kapittel 3 ble i tillegg følgende mål benyttet:

#### 4.4.1 Psykiske helseplager

Psykiske helseplager ble målt ved bruk av den standardiserte og validerte skalaen Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) (Strand, Dalgard, Tambs, & Rognerud, 2003; Winokur, Winokur, Rickels, & Cox, 1984). HSCL-25 består av 25 spørsmål om ulike plager de siste 14 dager, for å avdekke vanlige symptomer på angst og depresjon. Grad av plager rangeres på en 4-punkts Likert-skala fra *ikke i det hele tatt* (1) til *svært mye* (4). Høy skåre indikerer høy grad av psykiske helseplager. HSCL-25 ble opprinnelig utviklet med to subskalaer, hvor angst måles ved første 10 ledd, og depresjon ved de resterende 15 ledd, i tillegg til en totalskåre (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974; Winokur et al., 1984). Gjeldende studie benyttet totalskåren, i tråd med Skogen et al. (2017) sine anbefalinger i en norsk populasjon. Totalskåren er en gjennomsnittsskåre som rangerer fra 1-4, og cut-off for moderate til alvorlige symptomer på psykiske helseplager som krever behandling ble satt til  $\geq 1,75$ , basert på tidligere studier (Nettelbladt, Hansson, Stefansson, Borgquist, & Nordström, 1993; Strand et al., 2003; Winokur et al., 1984).

Reliabilitetstest i gjeldende studie viste høy intern konsistens, med Cronbach's  $\alpha = .93$ , hvilket var i tråd med nylige funn fra Skogen et al. (2017) som viser til samme resultat.

#### 4.4.2 Mobbing

Mobbing ble målt ved spørsmål utviklet unikt for SEED-studien, i samarbeid med mobbeforskere innenfor skole- og arbeidsfeltet. De nye spørsmålene ble utviklet på bakgrunn av at tidligere skalaer i hovedsak måler mobbing enten i skolen eller på arbeidsplassen, mens utvalget i SEED-studien faller utenfor begge disse kategoriene. Opplevd mobbing måles ved 5 spørsmål om mobbing på tre ulike arenaer; skole (2 ledd), arbeidsplass (2 ledd), og andre sosiale arenaer utenom skole og arbeidsliv (1 ledd). Det skilles mellom mobbing fra elever og lærere, samt kolleger og ledere, for henholdsvis mobbing i skolen og på arbeidsplassen. Respondentene bes ta stilling til hvor ofte de har opplevd mobbing på en 5-punkts skala, fra *aldri eller nesten aldri* (0), *i én kort periode (noen uker)* (1), *i flere korte perioder* (2), *i én lang periode (over flere måneder)* (3) til *i flere lengre perioder* (4). Respondentene ble bedt om å se bort fra spørsmålene tilknyttet arbeidsarenaen dersom de ikke hadde vært i arbeid tidligere.

For å sikre validitet ble respondentene innledningsvis presentert med en beskrivelse av hva mobbing innebærer, i tråd med Olweus (1992) sin definisjon av mobbing:

*”vi sier at en person blir mobbet når en eller flere andre sier eller gjør vonde eller ubehagelige ting mot denne personen. Ved mobbing skjer disse tingene vanligvis gjentatte ganger, og den som blir utsatt kan ha vanskelig for å forsvare seg. Det er også mobbing når en person med hensikt blir stengt ute fra venneflokket, eller når andre forteller løgner eller sprer falske rykter om ham eller henne. Om en person gjentatte ganger blir ertet på en ubehagelige og sårende måte, er dette også mobbing. Med det er ikke mobbing når noen blir ertet på en snill og vennskapelig måte, eller når to omtrent like sterke (jevnbyrdige) personer slåss eller krangler”.*

De fem spørsmålene om mobbing utgjør ikke en skala, og ble derfor ikke testet for reliabilitet.

#### *4.4.3 Mestringsforventning*

Mestring ble målt ved skalaen Theoretically Originated Measure of the Cognitive Activation Theory of Stress (TOMCATS) (Odéen et al., 2013), som måler mestringsforventning med bakgrunn i CATS (Ursin & Eriksen, 2004). TOMCATS består av 7 påstander, som måles på en 4-punkts skala fra *stemmer helt* (1) til *stemmer ikke i det hele tatt* (4). Spørsmålene utgjør tre subskalaer; mestring (1 ledd), hjelpeløshet (3 ledd) og håpløshet (3 ledd) (Odéen et al., 2013). Hjelpeløshet måles ved spørsmål som: *”de viktigste sakene i livet mitt har jeg ikke kontroll over”*, og håpløshet avdekkes ved spørsmål som: *”alle mine forsøk på å gjøre ting bedre gjør det egentlig bare verre”*. Høy skår indikerer lav grad av hjelpeløshet og håpløshet. Mestring måles ved spørsmålet: *”de aller fleste vanskelige situasjoner klarer jeg å løse med et bra resultat”*. Høy skår indikerer lav grad av mestringsforventning.

Intern konsistens for hjelpeløshet og håpløshet var ikke tilfredsstillende i gjeldende studie, med henholdsvis Cronbach’s alfa = .65, og Cronbach’s alfa = .66. Odéen et al. (2013) viser derimot til høy reliabilitet i sin studie, med Cronbach’s alfa = .90 for hjelpeløshet og Cronbach’s alfa = .80 for håpløshet. Mestring består av ett spørsmål og gav dermed ikke grunnlag for å måle reliabilitet.

#### *4.4.4 Sosial støtte*

Sosial støtte ble målt ved skalaen Nondirective og Directive Support Survey (NDSS16) (Fisher et al., 2004; Fisher et al., 1997). Skalaen består opprinnelig av 16 ledd, men gjeldende studie benyttet 11 av disse som anbefalt av Øyeflaten, Gabriele, Fisher, og Eriksen (2010) i et norsk utvalg. Respondentene bes om å velge den de anser som den viktigste personen i livet sitt ved

behov for støtte til å takle problemer (lege, ektefelle/partner eller andre). Det tas det stilling til 11 ulike utsagn som rangeres på en 5-punkts Likert-skala fra *slett ikke typisk* (1) til *svært typisk* (5). I tråd med Øyeflaten et al. (2010) benyttet gjeldende studie to subskalaer; dirigerende sosial støtte (4 ledd) og ikke-dirigerende sosial støtte (7 ledd). Dirigerende sosial støtte kjennetegnes av at støttepersonen gir konkrete instruksjoner og overtar ansvaret for å løse mottakerens utfordringer, mens ikke-dirigerende sosial støtte i større grad innebærer samarbeid mellom de to partene (Fisher et al., 1997; Øyeflaten et al., 2010).

Skalaen for ikke-dirigerende sosial støtte viste høy reliabilitet i gjeldende studie, med Cronbach's  $\alpha = .84$ . Den interne konsistensen for dirigerende sosial støtte var tilfredsstillende, med Cronbach's  $\alpha = .73$ . Dette er i tråd med Øyeflaten et al. (2010) sine funn, med Cronbach's alfa på .89 for ikke-dirigerende sosial støtte. Cronbach's alfa for dirigerende sosial støtte var derimot noe lavere i Øyeflaten et al. (2010) sin studie, med Cronbach's  $\alpha = .64$ .

#### **4.5 Etiske betraktninger**

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte SEED-studien som utenfor helseforskningsloven på grunn av fokuset på arbeidsdeltakelse som primært utfallsmål, og helseutfallsmål som sekundære utfallsmål (Sveinsdottir et al., 2016). Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) den 16.mai 2014.

Studien fulgte prinsippene i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013). De som mottok intervensjonstiltaket SE ble ikke utsatt for fare eller potensiell skade. Potensielle deltakere fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien ved informasjonsmøter. Personer som viste interesse for deltakelse ble bedt om å lese gjennom og underskrive informert samtykke, som inneholdt informasjon om frivillig deltakelse, sikring av anonymitet og mulighet for å trekke seg fra studien uten å oppgi årsak og uten konsekvenser for deltakeren. Elektroniske spørreskjemadata fra nettbrett med programvare med høy sikkerhet (Qualtrics) ble umiddelbart overført til en sikker online database, mens spørreskjemamateriale i papirformat ble låst i en safe ved Uni Research Helse. Hver deltaker fikk utdelt et unikt identifikasjonsnummer under registrering, som senere ble randomisert. Koblingsnøkkelen ble oppbevart låst safe utilgjengelig for andre enn personale med taushetsplikt (Sveinsdottir et al., 2016).

For å få tilgang til datasettet signerte jeg en databehandler-avtale, hvilket lot meg bruke dataene dersom jeg fysisk befant meg i Uni Research Helse sine lokaler eller hos min bi-veileder ved Institutt for Samfunnspsykologi ved Universitetet i Bergen. Selve datasettet var lagret på en minnepenn, hvilket var innelåst i et skap på min veileders kontor når det ikke var i bruk. Min veileder og jeg var de eneste som hadde nøkkel til skapet, og således tilgang til datasettet. Identifikasjonsdata var fjernet, og jeg fikk ikke tilgang til koblingsnøkkelen. Output og Syntax kunne likevel lagres på min passordbeskyttede personlige datamaskin. Det var ingen personidentifiserende opplysninger i datasettet jeg fikk tilgang til, hvilket utelukkende besto av de variablene jeg behøvde for å besvare studiens forskningsspørsmål. Datamaterialet skal slettes når masterprosjektet er avsluttet i juni 2018.

#### 4.6 Statistiske prosedyrer

Statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics for Mac, versjon 25, ble benyttet til å utføre de statistiske analysene. PROCESS versjon 3.0, et tilleggsprogram til IBM SPSS, ble anvendt til å teste moderatoreffektene (Hayes, 2013). Manglende responser ble behandlet ved ”exclude cases pairwise”, som innebærer at responser som manglet informasjon fra den variabelen som var betydningsfull for den aktuelle analysen ble ekskludert fra analysen (Pallant, 2016). Alle analyser opererte med et signifikansnivå på .05.

Det ble gjennomført frekvensanalyser og inspeksjon av spørreskjemaet med tanke på eventuelle avvik. Mestringsvariabelen ble reversert, slik at høy skåre på mestring indikerte høy grad av mestringsforventning. Det ble laget en dikotom variabel for mobbing, som skilte mellom dem som *ikke har opplevd mobbing* og dem som *har opplevd mobbing*. Cut-off ble satt til  $\geq 2$ , hvilket indikerte at respondentene hadde opplevd mobbing i flere korte perioder, eventuelt én eller flere lengre perioder, på minst én arena. Rasjonale for cut-off var basert på Olweus (1992) sin definisjon av mobbing, og var i samsvar med hvordan mobbing har blitt kategorisert i ulike kontekster (Hinduja & Patchin, 2015; M. E. Solberg & Olweus, 2003).

##### 4.6.1 Preliminære analyser

I forkant av hovedanalysene ble det utført deskriptive analyser for å beskrive utvalget. Som følge av anonymitetshensyn, ble verdier med færre enn 5 respondenter utelatt i resultatdelen. For å kartlegge hvorvidt de parametriske testenes forutsetninger var ivaretatt ble variablene

testet for normalitet, linearitet, homoskedastisitet, multikolaritet, singularitet og uteliggere (Field, 2013; Pallant, 2016; Tabachnick & Fidell, 2014).

Normalitet ble vurdert ut i fra skjevhet og kurtose, i tillegg til Kolmogorov-Smirnov-test. Etersom små utvalg ikke nødvendigvis har tilstrekkelig styrke til å benytte slike tester, ble normalfordelingsplott og «detrended» normalfordelingsplott (Q-Q plot), bokplott og vurdering av kurve i histogram betraktet i tillegg (Field, 2013). Variablene for mestringsforventning, hjelpeløshet og dirigerende sosial støtte viste akseptabel normalfordeling, men utover dette var resultatene ikke tilfredsstillende. Variablene ble forsøkt transformert, hvilket innebærer å matematisk modifisere skårene til de blir tilnærmet normalfordelte (Pallant, 2013). Dette hadde en beskjeden effekt på psykiske helseplager og håpløshet, men ingen effekt på ikke-dirigerende støtte. Transformering av variabler er imidlertid et omdiskutert felt og transformering av variabler anbefales ikke på et universelt grunnlag, da transformerte variabler blant annet kan være vanskeligere å tolke enn rådata og kan svekke sammenligningsgrunnlaget med tidligere studier som anvender samme skala (Tabachnick & Fidell, 2014). På bakgrunn av dette ble fordelene ved transformeringen i gjeldende studie vurdert som utilstrekkelige. I følge sentralgrenseteoremet vil parameterestimaterne være normalfordelte, uavhengig av formen på fordelingen, så fremt utvalget består av mer enn 30 enheter (Field, 2013). Om en tar dette i betraktning hadde foreliggende studie derfor tilstrekkelig utvalgsstørrelse ( $n = 96$ ), og i følge Field (2013) og Pallant (2016) vil de fleste statistiske teknikker dertil være relativt robuste og tolerere brudd på disse forutsetningene. På bakgrunn av dette, samt at transformeringen hadde forholdsvis liten effekt, ble det besluttet å *ikke transformere variablene*. Alle analyser ble derfor utført med rådata.

Det ble gjennomført reliabilitetstester med Cronbach's alfa for skalaene som ble benyttet i studien, herunder aktuelle subskalaer. Resultatene av disse er beskrevet tidligere i redegjørelsen av hvert enkelt måleinstrument. Med bakgrunn i de svake reliabilitetstestene for skalaene som målte hjelpeløshet og håpløshet, i tillegg til at TOMCATS er et relativt lite benyttet instrument som fortsatt er under videreutvikling, ble det gjennomført faktoranalyse på TOMCATS for å undersøke skalaens underliggende struktur. Det ble benyttet principal component analysis (PCA) med Kaiser Oblimin rotasjon, som forklarte den maksimale mengden total varians i korrelasjonsmatrisen (Pallant, 2016). Dataenes egnethet for faktoranalyse ble vurdert som akseptable i forkant av analysen. PCA viste ingen klar struktur i faktorene som gjenspeilet håpløshet, hjelpeløshet og mestrings. Med bakgrunn i faktoranalysen ble det valgt å ikke

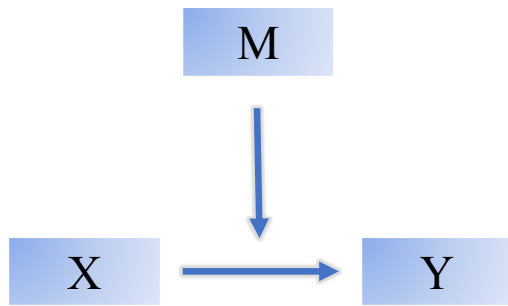
anvende spørsmålene om hjelpeløshet og håpløshet i gjeldende studie, og deskriptiv statistikk for disse variablene ble derfor utelatt i resultatdelen. Mestringsforventning ble utelukkende målt ved bruk av mestringsspørsmålet.

#### 4.6.2 Hovedanalyser

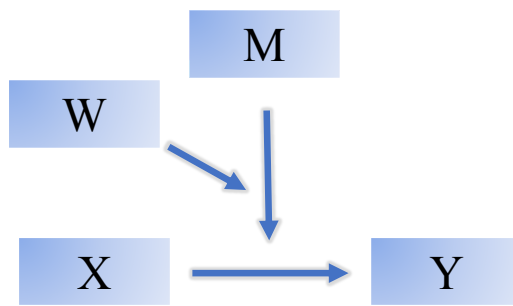
Hovedanalysene besto av en uavhengig *t*-test og regresjonsbaserte moderatoranalyser. Den uavhengige *t*-testen sammenlignet gjennomsnittsverdiene på psykiske helseplager for dem som hadde opplevd mobbing versus ikke i henhold til den dikotome mobbevariabelen (Pallant, 2016), hvilket ble ansett som den mest gunstige metoden for å besvare forskningsspørsmål I.

For å besvare forskningsspørsmål II og III, ble mobbing og henholdsvis mestringsforventning og sosial støtte sin kombinerte effekt på psykiske helseplager undersøkt. Dette kalles en moderatoreffekt, og omtales i statistiske analyser som en interaksjonseffekt. Denne ble påvist dersom moderatoren påvirket styrken eller retningen i forholdet mellom mobbing og psykiske helseplager (Field, 2013). Moderatoranalysene ble gjennomført i tilleggsprogrammet PROCESS (Hayes, 2013), som anbefalt av Field (2013). PROCESS utfører en multippel regresjonsanalyse, og programmet har en rekke fordeler sammenlignet med å gjennomføre analysen i SPSS: PROCESS forenkler analysen ved å automatisk sentrere aktuelle variabler, kontrollere for heteroskedastisitet og utarbeider «slope style analysis», som beregner signifikant fall eller stigning i en kurve. I tillegg fjerner tilleggsprogrammet behovet for å manuelt danne nye interaksjonsvariabler (Field, 2013; Hayes, 2013). Det bemerkes at PROCESS ikke gir informasjon om hovedeffekter. PROCESS består av ulike modeller som benyttes avhengig av problemstilling. Modell 1 ble anvendt for å besvare forskningsspørsmål II og første del av forskningsspørsmål III. For å undersøke hvorvidt kjønn påvirket den potensielle modererende effekten av sosial støtte i relasjonen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager, var det nødvendig å benytte modell 3 som tillater denne analysen. Figur 5 gir en visuell fremstilling av de konseptuelle modellene. Med utgangspunkt i Tabachnick og Fidell (2014) sine forutsetninger ble utvalgets størrelse ( $n = 96$ ) ansett for å tilfredsstille kravet til generaliserbarhet i regresjonsanalysene i modell 1 ( $N > 50 + 8m$ , i dette tilfellet  $N > 50 + 8 \times 3 = 74$ ), men var noe manglende for analysene i modell 3 ( $N > 50 + 8m$ , i dette tilfellet  $N > 50 + 8 \times 7 = 106$ ).  $m$  representerer antall uavhengige variabler i analysen.

Modell 1



Modell 3



*Figur 5: Konseptuell modell 1 og 3 i PROCESS. M representerer moderator og W representerer modererende moderator. Modifisert etter Hayes (2013).*



## 5.0 RESULTAT

### 5.1 Deskriptiv statistikk

Respondentene i gjeldende studie besto av 31 kvinner og 65 menn (n = 96, 67.7 % menn). Deltakerne var i aldersgruppen mellom 18 og 30 år, med en gjennomsnittsalder på 24 år (SD = 3.25). Tabell 1 viser at mange av respondentene hadde opplevd mobbing. Flertallet rapporterte å ha blitt mobbet på skolen av elev, etterfulgt av opplevd mobbing på andre sosiale arenaer og mobbing på skolen av lærer. Kun et fåtall av dem som besvarte spørsmålene om mobbing på arbeidsplassen oppga å ha opplevd dette.

*Tabell 1: Frekvensanalyse av variabler som måler opplevd mobbing i skolen av elev og/eller lærer, opplevd mobbing på jobb av kollega og/eller leder, samt opplevd mobbing i andre sosiale arenaer utenfor skole og arbeidsliv.*

<i>Opplevd mobbing</i>	<i>n</i>	<i>Aldri</i>	<i>Én kort periode</i>	<i>Flere korte perioder</i>	<i>Én lang periode</i>	<i>Flere lengre perioder</i>
Skolen av elever	96	33	11	14	7	31
Skolen av lærer <sup>1</sup>	95	75	10	8	-	-
Jobb av kollega <sup>1</sup>	56	43	8	-	-	-
Jobb av leder <sup>1</sup>	56	49	-	-	-	-
Andre sosiale arenaer	96	56	17	13	5	5

<sup>1</sup>Verdier med færre enn 5 respondenter oppgis ikke i tabellen.

Den dikotome variabelen for opplevd mobbing, som vist i Tabell 2, angir at godt over halvparten av respondentene (n = 63, 65.6 %) rapporterte å ha blitt mobbet i henhold til cut-off, det vil si mobbet i flere korte perioder, eventuelt én eller flere lengre perioder, på minst én arena. Videre rapporterte deltakerne i gjennomsnitt om en moderat til alvorlig grad av psykiske plager, samt moderat til høy grad av mestringsforventning. Store deler av utvalget rapporterte at de mottok moderat til høy grad av ikke-dirigerende støtte fra støttepersonen de valgte. Dette i motsetning til dirigerende støtte, hvor de fleste oppga å oppleve en moderat opplevelse av sosial støtte fra sin støtteperson. Begge formene for sosial støtte hadde nokså høye

standardavvik, hvilket indikerer stor variasjon i opplevelsen av sosial støtte.

Tabell 2: Andel respondenter som oppgir å ha opplevd mobbing i henhold til cut-off, samt gjennomsnittsverdier og standardavvik for mestringsforventning, psykiske plager, ikke-dirigerende sosial støtte og dirigerende sosial støtte.

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Mobbet <sup>1</sup> (cut-off $\geq 2$ )	63		
Psykiske helseplager <sup>2</sup>	96	1.85	.55
Mestringsforventning <sup>2</sup>	94	2.63	.72
Ikke-dirigerende sosial støtte <sup>3</sup>	94	3.87	.85
Dirigerende sosial støtte <sup>3</sup>	93	3.09	.95

<sup>1</sup> Mobbet dikotom variabel, cut-off  $\geq 2$  = har opplevd mobbing.

<sup>2</sup> Psykiske helseplager og mestringsforventning på skala 1 - 4, hvor 4 indikerer høyest grad av plager/mestring.

<sup>3</sup> Ikke-dirigerende og dirigerende sosial støtte på skala 1 - 5, hvor 5 indikerer høyest grad av opplevd støtte.

## 5.2 Uavhengig *t*-test

For å sammenligne grad av psykiske helseplager mellom personer som ikke var mobbet og mobbet ble det utført en uavhengig *t*-test. Resultatet viste en signifikant forskjell i gjennomsnittlig skår på psykiske helseplager mellom gruppene, hvor dem som ikke var mobbet ( $M = 1.65$ ,  $SD = .46$ ) rapporterte mindre psykiske helseplager sammenlignet med dem som var mobbet ( $M = 1.96$ ,  $SD = .57$ ;  $t(94) = -2.67$ ,  $p = .009$ ). Utregning av effektstørrelsen viste moderat til høy styrke (Cohen's  $d = .60$ ,  $\eta^2 = .07$ ).

## 5.3 Moderatoranalyse med mestringsforventning

Hvorvidt mestringsforventning modererte sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager ble undersøkt i modell 1 i tilleggsprogrammet PROCESS.

Som vist i Tabell 3, modererte ikke mestringsforventning sammenhengen mellom det å bli mobbet og forekomst av psykiske helseplager. Modellen som helhet forklarte 28 % av variansen i psykiske helseplager ( $F(3, 90) = 11.87$ ,  $p < 0.001$ ), hvorav interaksjonsleddet forklarte 3 %

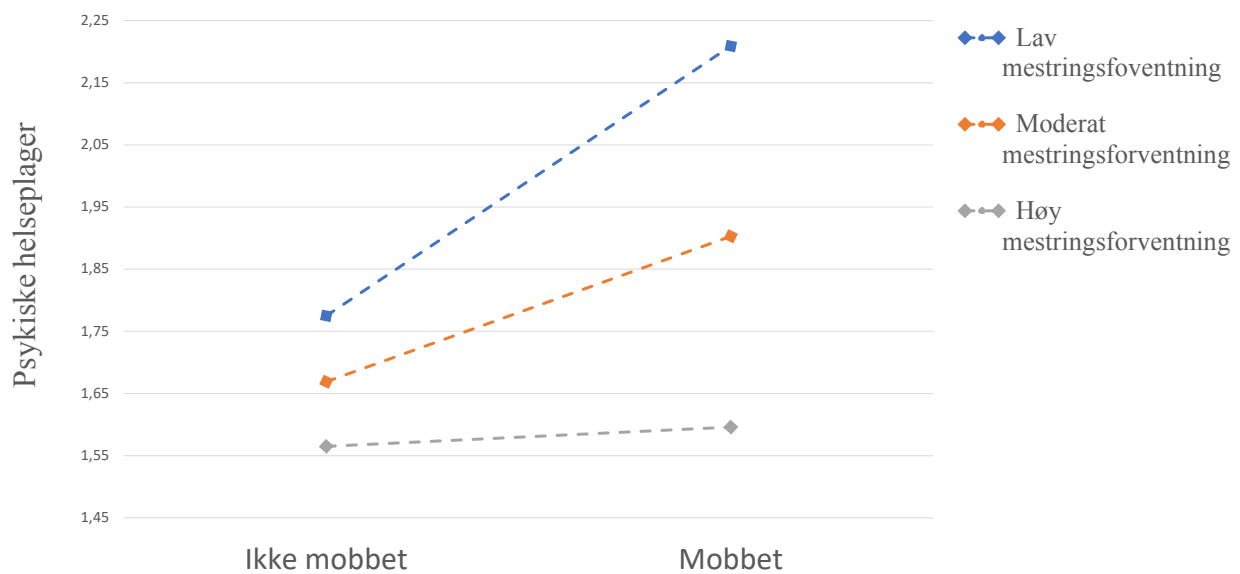
av variansen ( $F(1, 90) = 3.85, p = .053$ ). Interaksjonseffekten var derimot like over grensen for akseptabel statistisk signifikans.

*Tabell 3: Moderatoranalyse i PROCESS. Mestringsforventning som moderator i sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager.*

<i>Mestringsforventning som moderator</i>	<i>b</i>	<i>SE B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Konstant	1.67 [1.51, 1.83]	.08	20.28	<b>p &lt; 0.001</b>
Mobbet	.23 [.03, .43]	.10	2.29	<b>.025</b>
Mestringsforventning	-.15 [-.38, .08]	.12	-1.26	.210
Interaksjonsledd (mobbet * mestringsforventning)	-.28 [-.56, .00]	.14	1.96	.053

$$R^2 = .28, \Delta R^2 = .03$$

Som følge av at resultatet var «borderline signifikant» og at modellen som helhet var signifikant, ble det valgt å illustrere dette med en figur (Figur 6). Figuren viser en mulig trend mot at mestringsforventning var modererende, hvor gruppene med lav (1 SD under M) og moderat (M) mestringsforventning rapporterte høyere grad av psykiske helseplager enn gruppen med høy mestringsforventning (1 SD over M). Det ser ut til at mestringsforventning hadde en positiv effekt både på dem som ikke ble mobbet og dem som ble mobbet, men at effekten var større for dem som ble mobbet. Dette kan indikere at mestringsforventning virket beskyttende, da sammenhengen mellom det å bli mobbet og psykiske helseplager var mest tydelig dersom individets mestringsforventning var lav eller moderat. Sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager var følgelig mindre tydelig for gruppen som opplevde høy mestringsforventning. Dette kan indikere en beskyttende effekt av mestringsforventning. Det er likevel viktig å presisere at funnet ikke var signifikant.



Figur 6. Potensiell interaksjonseffekt av mestringsforventning i sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager. Lav mestringsforventning = 1 SD under gjennomsnitt. Moderat mestringsforventning = gjennomsnitt. Høy mestringsforventning = 1 SD over gjennomsnitt. Ikke-signifikant resultat.

#### 5.4 Moderatoranalyse med ikke-dirigerende og dirigerende sosial støtte, samt kjønn

Hvorvidt opplevd ikke-dirigerende og dirigerende sosial støtte modererte sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager ble undersøkt i modell 1. Hvorvidt kjønn modererte den potensielle effekten av sosial støtte, ble undersøkt i modell 3.

##### 5.4.1 Ikke-dirigerende sosial støtte

Ikke dirigerende sosial støtte modererte ikke sammenhengen mellom det å bli mobbet og forekomst av psykiske helseplager (Tabell 4). Modellen som helhet forklarte 9 % av variansen i psykiske helseplager ( $F(3, 90) = 2.79, p = .045$ ), hvorav interaksjonsleddet forklarte 1 % av variansen ( $F(1, 90) = 1.28, p = .260$ ). Interaksjonseffekten var derimot ikke signifikant.

Videre, som vist i andre del av Tabell 4, hadde ikke kjønn betydning for effekten av ikke-dirigerende sosial støtte som moderatør i forholdet mellom mobbing og psykiske helseplager. Modellen som helhet forklarte 21 % av variansen i psykiske helseplager ved mobbing etter at kjønn ble inkludert som en modererende moderatør ( $F(7, 86) = 3.27, p = .004$ ), hvorav interaksjonsleddet forklarte 0 % av variansen ( $F(86, 1) = .04, p = .836$ ). Interaksjonseffekten var ikke signifikant.

Tabell 4: Moderatoranalyse i PROCESS. Ikke-dirigerende sosial støtte som moderator i sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager, og kjønn som modererende moderator.

<i>Ikke-dirigerende sosial støtte som moderator (modell 1)</i>				
	<i>b</i>	<i>SE B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Konstant	1.64 [1.46, 1.82]	.09	17.82	<b>p &lt; 0.001</b>
Mobbet	.31 [.08, .53]	.11	2.69	<b>.009</b>
Ikke-dirigerende sosial støtte	-.12 [-.33, .09]	.11	-1.16	.249
Interaksjonsledd (mobbet * ikke-dirigerende støtte)	.15 [-.11, .42]	.13	1.13	.260
<i>Kjønn som modererende moderator (modell 3)</i>				
Konstant	1.97 [1.63, 2.30]	.17	11.70	<b>p &lt; 0.001</b>
Mobbet	.32 [-.12, .75]	.22	1.45	.151
Ikke-dirigerende sosial støtte	-.24 [-.74, .27]	.26	-.92	.361
Interaksjonsledd 1 (mobbet * ikke-dirigerende støtte)	.04 [-.58, .65]	.31	.12	.908
Kjønn	-.45 [-.84, -.06]	.20	-2.27	<b>.026</b>
Interaksjonsledd 2 (mobbet * kjønn)	-.02 [-.52, .49]	.25	-.07	.946
Interaksjonsledd 3 (ikke-dirigerende støtte * kjønn)	.11 [-.45, .66]	.28	.38	.707
Interaksjonsledd 4 (mobbet * ikke-dirigerende støtte * kjønn)	.07 [-.61, .75]	.34	.21	.836

R<sup>2</sup> modell 1 = .09, ΔR<sup>2</sup> modell 1 = .01, R<sup>2</sup> modell 3 = .21, ΔR<sup>2</sup> modell 3 = .00.

#### 5.4.2 *Dirigerende sosial støtte*

Dirigerende sosial støtte modererte ikke sammenhengen mellom mobbing og psykiske helseplager (Tabell 5). Modellen som helhet forklarte 8 % av variansen i psykiske helseplager ( $F(3, 89) = 2.52, p = .063$ ), hvorav interaksjonsleddet forklarte 1 % av variansen ( $F(1, 89) = .90, p = .346$ ). Verken modellen som helhet eller interaksjonseffekten var signifikant.

Som vist i andre del av Tabell 5 hadde kjønn ingen betydning for effekten av dirigerende sosial støtte som en modererende faktor i sammenhengen mellom mobbing og psykiske helseplager. Modellen som helhet forklarte 20 % av variansen i psykiske helseplager ved mobbing etter at kjønn ble inkludert som en modererende moderator ( $F(7, 85) = 2.98, p = .008$ ), hvorav interaksjonsleddet forklarte 1 % av variansen ( $F(85, 1) = .78, p = .378$ ). Interaksjonseffekten var ikke signifikant.

Tabell 5: Moderatoranalyse i PROCESS. Dirigerende sosial støtte som moderator i relasjonen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager, og kjønn som modererende moderator.

<i>Dirigerende sosial støtte som moderator (modell 1)</i>	<i>b</i>	<i>SE B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Konstant	1.64 [1.46, 1,83]	.09	17.57	<b>p &lt; 0.001</b>
Mobbet	.30 [.07, .53]	.12	2.62	<b>.010</b>
Dirigerende sosial støtte	-.07 [-.25, .11]	.09	-.79	.431
Interaksjonsledd (mobbet * dirigerende støtte)	.11 [-.12, .35]	.12	.95	.346
<i>Kjønn som modererende moderator (modell 3)</i>				
Konstant	1.95 [1.59, 2.30]	.18	10.81	<b>p &lt; 0.001</b>
Mobbet	.25 [-.17, .67]	.21	1.19	.238
Dirigerende sosial støtte	-.01 [-.38, .35]	.18	-.08	.936
Interaksjonsledd 1 (mobbet * dirigerende støtte)	-.07 [-.51, .37]	.22	-.31	.757
Kjønn	-.41 [-.82, .00]	.21	-1.98	.051
Interaksjonsledd 2 (mobbet * kjønn)	.03 [-.47, .52]	.25	.11	.914
Interaksjonsledd 3 (dirigerende støtte * kjønn)	-.05 [-.46, .37]	.21	-.22	.823
Interaksjonsledd 4 (mobbet * dirigerende støtte * kjønn)	.23 [-.29, .74]	.26	.89	.378

R<sup>2</sup> modell 1 = .08, ΔR<sup>2</sup> modell 1 = .01, R<sup>2</sup> modell 3 = .20, ΔR<sup>2</sup> modell 3 = .01.

## 6.0 DISKUSJON

### 6.1 Oppsummering av hovedfunn

Hensikten med gjeldende studie var å øke kunnskapen om unge voksne som står i fare for å ekskluderes fra arbeidslivet og bli uføre i tidlig alder – en gruppe i vekst som vi vet lite om. Til tross for økt oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt omkring unge som står utenfor arbeidslivet (Eurofound, 2016; Statsministerens Kontor, 2018), samt eksisterende forskning på dem som allerede har blitt uføre (Olsen et al., 2009), er det mangel på forskning om gruppen som står i fare for, men ikke enda har oppnådd uførestatus. Denne studien var derfor en enestående forskningsmulighet, som gav et innblikk i situasjonen til en viktig vanskeligstilt og marginalisert gruppe. Etersom psykiske lidelser og helseplager er hovedårsaken til uførhet i ung alder ble dette hovedfokuset i studien, som undersøkte hvorvidt det kjente forholdet mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager også var gjeldende blant unge i fare for tidlig uførhet (forskningsspørsmål I). I tråd med et helsefremmende perspektiv ble det utforsket hvorvidt mestringsforventning (forskningsspørsmål II) og opplevelse av ikke-dirigerende og dirigerende sosial støtte virket modererende i denne relasjonen (forskningsspørsmål III, del 1). Det ble videre undersøkt hvorvidt kjønn modererte den potensielle modererende effekten av ikke-dirigerende og dirigerende sosial støtte i dette forholdet (forskningsspørsmål III, del 2). For illustrasjon av forskningsspørsmålene henvises det til figur 3 som ble presentert i kapittel 3.

Resultatene viste en sammenheng mellom mobbing og psykiske helseplager, hvor det å ha opplevd mobbing var assosiert med høyere grad av psykiske helseplager sammenlignet med det å ikke ha opplevd mobbing. Verken mestringsforventning, opplevd ikke-dirigerende sosial støtte eller dirigerende sosial støtte hadde en signifikant modererende effekt i denne relasjonen. Kjønn hadde videre ingen signifikant påvirkning på de ulike formene for sosial støtte i forholdet mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager.

### 6.2 Forekomst av psykiske helseplager

Store deler av utvalget rapporterte moderat til alvorlig grad av psykiske helseplager, indikert ved cut-off på 1.75. Den høye prevalensen av psykiske helseplager i gjeldende utvalg var derimot ikke overraskende, tatt i betraktning den økende trenden med psykiske lidelser som hovedårsak til mottak av arbeidsavklaringspenger (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018a) og uføretrygd blant unge voksne (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018b). Resultatet fra



frekvensanalysen bekrefter således statistikken fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Samtidig ble ikke andre typiske årsaker til uføretrygd undersøkt i gjeldende studie, slik som for eksempel muskel- og skjelettlidelser. Gjeldende studie kan derfor ikke si noe om prevalensen av psykiske helseplager blant unge i fare for uførhet, sammenlignet med forekomsten av for eksempel muskel- og skjelettlidelser. Gjennomsnittsverdien på .10 poeng over cut-off gir likevel en klar indikasjon på at psykiske helseplager utgjør en betydelig utfordring for store deler av utvalget.

Til tross for at gjennomsnittsverdien for psykiske helseplager var over cut-off, indikerte derimot standardavviket relativt stor spredning. Enkelte av respondentene var derfor ikke vesentlig plaget med psykiske helseproblemer. En mulig årsak til dette er at skalaen som målte psykiske helseplager ble benyttet i sin helhet, etter Skogen et al. (2017) sin anbefaling i en norsk populasjon. Historisk sett har skalaen som regel blitt anvendt todelt, hvor angst og depresjon måles hver for seg (Derogatis et al., 1974; Winokur et al., 1984). Det kan tenkes at variasjonen i utvalget ville vært mindre dersom angst og depresjon hadde blitt målt separat, og at forekomsten av psykiske helseplager hadde vært ulik dersom todelingen hadde blitt benyttet i gjeldende studie.

Samtidig ses angst og depresjon ofte i tilknytning til hverandre med overlappende symptomer (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2015), hvilket gjør det problematisk å måle angst og depresjon som separate fenomener (Skogen et al., 2017). Hvorvidt respondentene i gjeldende studie rapporterte om plager spesifikt knyttet til angst og/eller depresjon tenkes derfor ikke å gi større verdi enn forekomsten av psykiske helseplager som helhet. Å måle psykiske helseplager samlet ble derfor ansett som mer passende i gjeldende studie, til tross for at det er et generelt mål som dermed kan gi større spredning enn mer spesifikke mål.

Forekomsten av psykiske helseplager i gjeldende utvalg må i lys av studiens forskningsspørsmål ses i tilknytning til forekomsten av opplevd mobbing i utvalget, hvilket neste avsnitt diskuterer videre.

### **6.3 Forekomst av mobbing**

Prevalensen av mobbing var svært høy i gjeldende utvalg. Omtrent to tredjedeler av utvalget anga å ha blitt mobbet i flere korte perioder, eventuelt én eller flere lengre perioder på minst én arena. Frekvensanalysen viste at skolearenaen er stedet hvor de fleste har opplevd mobbing. Godt over halvparten av utvalget rapporterte å ha blitt mobbet på skolen, og en tredjedel oppga

å ha blitt mobbet i form av gjentakende perioder på flere måneder. For dem som ble mobbet på skolen var det i hovedsak andre elever som mobbet, men flere av respondentene rapporterte også om mobbing fra lærer. Den nest høyeste forekomsten av mobbing har skjedd på andre sosiale arenaer utenfor skole og arbeidsliv.

Resultatene er i tråd med tidligere studier og rapporter som konkluderer med at mobbing er mest utbredt i barne- og ungdomsårene (Bakken, 2017; Breivik et al., 2017), men forekomsten er markant høyere enn vist i de nyeste resultatene fra Ungdata (2017) hvor mellom 4 % og 8 % oppgir å ha opplevd mobbing i skolen (Bakken, 2017). Samtidig er det problematisk å sammenligne forekomsten med denne statistikken, ettersom respondentene ble spurt om både nåværende og tidligere mobbing gjennom hele livet. Videre representerer utvalget i gjeldende studie unge voksne mellom 18 og 30 år i fare for uførhet, og er derfor ikke direkte sammenlignbart med utvalget fra Ungdataundersøkelsene som består av skoleelever fra 18 år og nedover. Den høye andelen som er blitt mobbet i gjeldende studie kan derimot ses i tilknytning til Strøm (2014) sine funn, hvor mobbing og andre former for vold og mishandling i tenårene ble funnet å predikere marginalisering fra arbeidslivet i ung voksen alder.

Sammenlignet med skolearenaen og andre sosiale arenaer var det få som hadde opplevd mobbing på arbeidsplassen. I utgangspunktet var ikke dette uventet ettersom unge uføre ofte har hatt en marginal tilknytning til arbeidslivet (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018b). Nesten 60 % av respondentene besvarte derimot spørsmålene om mobbing på arbeidsplassen, hvilket indikerer at flertallet av utvalget har vært i arbeidslivet på et eller annet tidspunkt. Av disse rapporterte 9 % å ha blitt utsatt for mobbing. Hvorvidt arbeidsplassen var ordinært arbeid eller jobb gjennom NAV-tiltak, samt hvorvidt arbeidet var deltid eller fulltid er derimot uvisst, men funnet viser likevel at mobbing også foregår utenfor skolearenaen. Dette kan ses i tilknytning til Nielsen, Emberland, et al. (2017) sin studie hvor det å bli mobbet på arbeidsplassen var en risikofaktor for sykemelding og senere uførhet.

Digital mobbing har blitt mer aktuelt de siste årene (Bakken, 2017; Roland, 2014), men spesifikke spørsmål om dette var ikke inkludert i studien. Det kan tenkes at respondenter som har blitt utsatt for denne typen atferd kan ha hatt vanskelig for å besvare spørsmålene omkring mobbing slik som de var utformet. Med en gjennomsnittsalder på 24 år (SD = 3.25) kan det tenkes at store deler av utvalget er brukere av sosiale medier som Facebook, Instagram og Snapchat. Samtidig vil det likevel være naturlig å rapportere digital mobbing under mobbing i

skole eller arbeidsliv, dersom mobbingen for eksempel ble utført av henholdsvis andre elever på skolen eller kolleger på arbeidsplassen. Videre åpner kategorien «mobbing på andre sosial arenaer, utenfor skole og arbeidsliv» opp for områder som ikke dekkes av skole eller arbeidsplass. Med denne bakgrunn tenkes det derfor at gjeldende studie også har fanget opp dem som er blitt utsatt for digital mobbing. Videre, til tross for at digital mobbing har fått økt fokus i senere tid, viser Ungdataundersøkelsen (2017) at flertallet av dem som blir mobbet ikke er utsatt for denne typen mobbing. Det bemerkes for ordens skyld at undersøkelsen målte konkrete negative hendelser på nett, og ikke mobbing (Bakken, 2017). Disse tallene kan som nevnt ikke sammenlignes med forekomsten av mobbing i gjeldende studie, men gir likevel en indikasjon på omfanget av digital mobbing og dermed til en viss grad sannsynligheten for at respondentene har blitt utsatt for denne type mobbing.

En mulig årsak til den høye forekomsten kan være at respondentene ble spurt om opplevd mobbing gjennom hele livet. Med en gjennomsnittsalder på 24 år utgjør dette et bredt tidsperspektiv, hvor respondentene kan ha blitt utsatt for mobbing langt tilbake i tid. Til tross for at Norge har lange tradisjoner med å forebygge og bekjempe mobbing i skolen, ble ikke *Manifest mot mobbing* startet før i 2002 (Statsministerens Kontor, 2016). Dette innebærer at enkelte respondenter også kan ha gjennomført flere års skolegang innen dette forpliktende samarbeidet mellom regjeringen og utdanningssektoren trådte i kraft. Som nevnt gir studiens resultater derfor ingen indikasjon på dagens forekomst av mobbing blant unge voksne i fare for uførhet, men funnet forteller likevel hvor utbredt opplevd mobbing er i denne gruppen gjennom barndom, ungdomstid og i voksenalder.

Det kan også diskuteres hvorvidt den høye prevalensen av mobbing kan være knyttet til kategoriseringen av variabelen. I gjeldende studie ble respondentene kategorisert som mobbet dersom de hadde opplevd mobbing over flere korte perioder, eventuelt én eller flere lengre perioder på minst én arena. Olweus (1992) poengterer at mobbing per definisjon skal foregå *gjentakende over tid*. Det kan derfor debatteres hvorvidt cut-off  $\geq 2$  imøtekommer definisjonskravet. Man kan spørre seg om et strengere cut-off på  $\geq 3$ , det vil si opplevd mobbing *i én eller flere lengre perioder (måneder)*, ville vært mer i tråd med definisjonen til Olweus (1992). Dette ble likevel vurdert som en kunstig inndeling, ettersom mobbing over *flere korte perioder* i så tilfelle ikke ville blitt kategorisert som mobbing, mens *mobbing i én lengre periode* ville blitt det. Mobbing i flere korte perioder er i tråd med definisjonen om mobbing som en

gjentakende hendelse over tid, og en slik inndeling samsvarer med kategoriseringen av mobbing brukt i tidligere studier (Hinduja & Patchin, 2015; M. E. Solberg & Olweus, 2003).

Videre bør det påpekes at selv om spørsmålene brukt i foreliggende studie målte forekomst av mobbing, ble alvorlighetsgraden av mobbingen ikke målt. Respondentene ble spurt om opplevd mobbing, men de ble ikke spurt om hvor alvorlig de opplevde mobbingen eller i hvilken grad den hadde hatt innvirkning på dem. Som et resultat av dette kan det tenkes at å ha erfart mobbing over flere korte perioder kan være vel så alvorlig som å ha vært mobbet over én eller flere lengre perioder, med tilsvarende korttids- og langtidskonsekvenser. Med bakgrunn i disse betraktningene ble valget av en dikotom variabel med cut-off  $\geq 2$  ansett som den beste løsningen.

Som nevnt er det problematisk å sammenligne forekomsten av mobbing i gjeldende utvalg med prevalenstall fra andre studier, ettersom det ikke finnes lignende studier eller statistikk for dette blant unge i fare for tidlig uførhet. Påliteligheten av funnet blir derimot styrket av at gjeldende studie presenterte en definisjon av mobbing i spørreskjemaet, hvilket øker sannsynligheten for at respondentene har besvart spørsmålene om mobbing i tråd med studiens tolkning av hva mobbing innebærer. Til tross for konsensus blant forskere omkring Olweus (1992) sin mobbedefinisjon, presenteres denne i ulik grad for respondenter i forkant av spørsmål om mobbing i ulike studier, hvilket medfører at respondentenes subjektive definisjon av mobbing preger enkelte studiers resultater. Videre er det noen studier som måler «mobbeliggende atferd» eller «negative hendelser», som til tross for likehetstrekk med mobbing ikke samsvarer nøyaktig med Olweus (1992) sin definisjon. Likevel blir funnene ofte omtalt som mobbing. Ulikheter i målemetoder problematiserer derfor sammenligning av funn (Breivik et al., 2017).

#### **6.4 Sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager**

Sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager er velkjent som følge av grundig utforskning gjennom flere år i både nasjonale og internasjonale studier (Breivik et al., 2017). Relasjonen er derimot ikke tidligere blitt gransket blant unge voksne i fare for tidlig uførhet, hvilket var årsaken til at gjeldende studie ønsket å tilføye kunnskap på temaet for denne gruppen. Det ble funnet høy forekomst av både opplevd mobbing og psykiske helseplager blant respondentene i studien. Resultatet fra den uavhengige *t*-testen viste at sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager eksisterer også blant unge i fare for uførhet. Differansen i psykiske helseplager mellom dem som ble mobbet og dem som ikke ble mobbet

var på .31, og var statistisk signifikant. De som ikke ble mobbet var under cut-off for psykiske helseplager, mens de som ble mobbet var over cut-off, hvilket indikerer at det å bli mobbet er relatert til betydelig høyere grad av psykiske helseplager blant unge som står i fare for å ekskluderes fra arbeidslivet og bli uføre i tidlig alder. Resultatet er således i tråd med tidligere forskning som underbygger denne relasjonen (Fosse, 2006; Lereya et al., 2015; Reijntjes et al., 2010; Takizawa et al., 2014; Ttofi et al., 2011).

Resultatet kan også forstås i lys av studiens teoretiske utgangspunkt, CATS (Ursin & Eriksen, 2004). Det å bli mobbet utgjør en stressor som påvirker individet. Individer som utvikler psykiske helseplager som følge av mobbing vurderer stressoren som u håndterbar i form av en stressreaksjon preget av hjelpeløshet eller håpløshet. Reaksjonen er basert på filtreringen og tolkningen av stressoren, som for dem som utvikler psykiske helseplager av mobbing er preget av manglende positive erfaringer med utfordrende situasjoner. Mobbeofre som forventer at mobbingen vil fortsette uavhengig av om de forsøker å håndtere situasjonen eller ikke, vil kunne kjenne på en opplevelse av hjelpeløshet, mens mobbeofre som forventer at situasjonen vil eskalere og forverres dersom en forsøker å gjøre noe kjennetegnes av håpløshet. I tråd med Olweus (1992) sin definisjon innebærer det å bli mobbet å utsettes for gjentatte negative handlinger. Det er således rimelig å tenke at individer som blir mobbet utsettes for stressorer over tid, hvilket preger individets stressreaksjon i form av langvarig aktivering dersom individet ikke forventer å mestre stressoren. En vedvarende opplevelse av hjelpeløshet eller håpløshet er belastende og forbundet med negative helseutfall, hvilket i henhold til CATS (Ursin & Eriksen, 2004) kan være årsaken til at individer som ikke håndterer mobbing utvikler psykiske helseplager. Mobbeofre som forventer å takle situasjonen vil derimot i henhold til teorien oppleve kortvarig aktivering, hvilket reduserer de potensielle negative konsekvensene av mobbing. Kortvarig aktivering blant disse individene kan i større grad føre til at situasjonen fører til læring fremfor belastning, og bidra til å gjøre dem bedre rustet i møte med nye stressorer. Den tydelige differansen i psykiske helseplager blant dem som ble mobbet og ikke mobbet i gjeldende utvalg, tyder på at unge i fare for tidlig uførhet føler på hjelpeløshet og håpløshet i møte med stressorer.

Videre vil opplevelsen som mobbeofre sitter igjen med etter å ha blitt utsatt for mobbing i følge CATS (Ursin & Eriksen, 2004) kunne påvirke fremtidige stressreaksjoner. Negative opplevelser kan dermed generaliseres og prege mobbeofres kommende håndtering av ulike stressorer, også i situasjoner som ikke er relaterte til mobbing. Det kan dermed tenkes at de som

har opplevd hjelpeløshet og håpløshet i forbindelse med mobbing vil kunne ha et dårligere utgangspunkt i møtet med arbeidslivet enn dem som har en forventning om å kunne mestre forskjellige utfordrende situasjoner, hvilket kan nyansere årsaken til hvorfor unge som er utenfor arbeidsmarkedet har problemer med å komme i arbeid. Dette kan ses i tilknytning til Nielsen, Emberland, et al. (2017) sin studie, som konkluderer med at opplevd mobbing på arbeidsplassen kan føre til sykemelding og senere uførhet. Likeså vil individene som har opplevd å håndtere det å bli utsatt for mobbing tenkes å ha bedre forutsetninger for å komme i arbeid og unngå uførestatus, ettersom de gjennom kortvarig aktivering og læring har kommet styrket ut av utfordrende situasjoner og derfor har høyere forventninger til å mestre fremtidige stressorer og hendelser.

Kjennetegn ved mobbevariabelen kan videre ha hatt innvirkning på relasjonen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager. Mobbing ble målt i form av hyppighet av korte og lengre perioder, men den kvalitative alvorlighetsgraden av mobbing, herunder mobbingens betydning og innvirkning på individet, ble ikke målt. Selv om studien målte hyppighet og varighet av mobbingen, egnet variabelen seg imidlertid heller ikke til å rangeres på en kontinuerlig skala for kvantitativ alvorlighetsgrad, som følge av fokuset på korte og lengre perioder i svaralternativene. Mobbing i gjentatte korte perioder på noen uker hver kan ha vært vel så hyppig som mobbing i én lengre periode over flere måneder. Å rangere mobbevariabelen etter hyppighet ble dermed ansett som unaturlig. Samtidig, i tråd med CATS (Ursin & Eriksen, 2004) hvor den kognitive vurderingen av mobbing vil variere fra person til person, er det problematisk å hevde at mobbing varierer i alvorlighetsgrad basert på kvantitative mål. Ettersom individer reagerer ulikt til tross for at de blir utsatt for samme stimuli, kan det å oppleve mild mobbing for én person medføre vel så sterke konsekvenser som mer alvorlig mobbing kan for en annen. Hvorvidt et mobbeoffer objektivt sett er blitt mer alvorlig mobbet enn et annet mobbeoffer kan hevdes å ha liten reell verdi, ettersom det i følge teorien vil være mobbeoffers individuelle stressreaksjon som er vesentlig i relasjonen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager.

Respondentene ble spurt om mobbing langt tilbake i tid. Mobbing har vist å resultere i både korttids- og langtidskonsekvenser, og det brede tidsperspektivet er således ikke problematisk ettersom det fanger opp mulige langtidskonsekvenser (Breivik et al., 2017). Det problematiserer derimot sammenligning av funn da tidligere forskning på mobbing i hovedsak fokuserer på opplevd mobbing enten som barn eller ungdom i skolen, eller som voksen på arbeidsplassen. Videre er det fare for hukommelsesbias (De Nasjonale Forskningsetiske komiteene, 2015), hvor

respondentene husker mobbesituasjoner i ulik grad. Det kan for eksempel tenkes at de som er plaget med psykiske helseproblemer i dag er mer oppmerksomme på mulige årsaker til dette, slik som mobbing, enn de som ikke har utviklet psykiske helseplager. Respondentene kan således la dagens situasjon prege svarene deres om hendelser som skjedde for mange år siden.

Fortolkningen av retningen på sammenhengen mellom mobbing og psykiske helseplager i foreliggende studie utgjør også en viktig diskusjon. Data ble samlet inn på ett tidspunkt, hvilket medfører at resultatene ikke kan si noe om kausalitet. Det er dermed mulig å forestille seg en motsatt årsakssammenheng der psykiske helseplager kan ha forårsaket mobbing. Hvorvidt det å bli utsatt for mobbing fører til psykiske helseplager, eller hvorvidt tilstedeværelsen av psykiske helseplager lettere fører til erfaringer med mobbing kan dermed ikke sies med sikkerhet i gjeldende studie. For å kunne si mer om kausalitet og bedre grunnlaget for konklusjoner omkring langtidskonsekvenser av mobbing, er det behov for flere longitudinelle studier hvor de samme personene blir fulgt over tid (Breivik et al., 2017). Denne problematikken har vært omtalt tidligere, og Reijntjes et al. (2010) fant for eksempel i sin metaanalyse av 18 longitudinelle studier støtte for en gjensidig relasjon mellom mobbing og emosjonelle vansker, som angst og depresjon. Eksisterende longitudinelle studier indikerer imidlertid at det å bli mobbet ikke bare er relatert til, men utgjør en unik risikofaktor som predikerer psykiske helseplager (Takizawa et al., 2014; Ttofi et al., 2011).

Samtidig bør det nevnes at heller ikke longitudinelle studier med sikkerhet kan fastslå kausalitet (Reijntjes et al., 2010). Forskning på individer innenfor en sosial kontekst er komplekst, og det kan potensielt eksistere flere bakenforliggende faktorer som kan påvirke utfallet (Bjørndal & Hofoss, 2004). Relasjonen er ikke nødvendigvis så åpenlys som den virker, og det kan finnes andre konfunderende variabler som kan relateres til både opplevd mobbing og psykiske helseplager (Reijntjes et al., 2010). I følge Reijntjes et al. (2010) kan for eksempel en vanskelig hjemmesituasjon være en slik konfunderende variabel. Slike faktorer kan eksistere også blant unge i fare for tidlig uførhet, men denne informasjonen var dessverre ikke tilgjengelig i gjeldende studie. Til tross for at det ikke ble undersøkt for mulige konfunderende variabler, bekrefter tidligere forskning at det å bli mobbet anses som en selvstendig årsak til plager senere i livet. Blant annet kontrollerte både Ttofi et al. (2011) og Lereya et al. (2015) for alvorlige risikofaktorer som fysisk, psykisk og seksuell mishandling i barneårene, men fant likevel at mobbing var en unik risikofaktor som alene bidro til økt sannsynlighet for utvikling av psykiske

helseplager. Med bakgrunn i dette vil videre drøfting av moderatoreffektene i gjeldende studie ta utgangspunkt i at opplevd mobbing kan føre til psykiske helseplager.

### **6.5 Betydningen av mestringsforventning som en modererende faktor**

I tillegg til å påvise en relasjon mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager, var studiens andre målsetning å undersøke faktorer som kan påvirke dette forholdet. I tråd med et helsefremmende perspektiv var målet å avdekke elementer som virket modererende for de potensielle negative følgene av å oppleve mobbing. Både studiens teoretiske utgangspunkt, CATS, og tidligere omtalt forskning (se punkt 2.7.1) gav støtte for at mestring kunne virke beskyttende på relasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager. Man kan tenke seg at individer som opplever høy mestringsforventning vil rapportere om lavere grad av psykiske helseplager som følge av mobbing enn dem som har dårlige forventninger til å mestre utfordrende situasjoner. Til tross for at det ikke ble funnet tidligere studier som undersøkte den potensielle modererende effekten av *mestringsforventning*, var det teoretisk og empirisk grunnlag for å undersøke hvorvidt denne formen for mestring påvirket sammenhengen mellom mobbing og psykiske plager. I gjeldende studie ble mestringsforventning målt ved ett spørsmål: ”*de aller fleste vanskelige situasjoner klarer jeg å løse med et bra resultat*”.

Moderatoranalysen viste at mestringsforventning *ikke* hadde signifikant beskyttende effekt på relasjonen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager i gjeldende studie, hvilket basert på tidligere teori og empiri var uventet. Resultatet var «borderline signifikant», hvilket åpner for en diskusjon omkring tendensen av interaksjonseffekten. Som illustrert i figur 6, var sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager tydeligere for respondentene som rapporterte om lav og moderat mestringsforventning enn for dem som rapporterte om høy mestringsforventning. Grad av psykiske helseplager indikerte at individene i de førstnevnte gruppene havnet over cut-off for hva som anses som moderate til alvorlige symptomer på psykiske helseplager dersom de ble mobbet. Gruppen med høy mestringsforventning, som forventet å takle de aller fleste vanskelige situasjoner godt, var derimot ikke vesentlig mer preget av psykiske helseplager enn tidligere dersom de ble mobbet. Figuren illustrerer således at høy mestringsforventning kan virke beskyttende mot de negative konsekvensene ved mobbing, ettersom det kun er individene med lav eller moderat mestringsforventning som påvirkes vesentlig av mobbing. Tendensen viser dermed hvordan relasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager kan modereres av individets mestringsforventning.



Til tross for mangel på direkte sammenlignbare studier fremstår tendensen som holdbar i lys av tidligere empiri. Både Yin et al. (2017), Boulton (2013) og Gemzøe Mikkelsen og Einarsen (2002) argumenterer i sine studier for at ulike former for mestring virker beskyttende i relasjonen mellom mobbing og angst/depresjon. Videre fremstår tendensen, til tross for at den ikke var signifikant, som plausibel i tråd med studiens teoretiske forankring. Med utgangspunkt i CATS (Ursin & Eriksen, 2004) kan tendensen forklares med at individene med høy mestringsforventning takler mobbesituasjoner bedre ettersom de forventer at deres håndtering av utfordrende situasjoner generelt fører til positive resultater. Individuer som svarer bekreftende på mestringsspørsmålet om at de vil klare å løse de fleste vanskelige situasjoner med et bra resultat, har trolig gode erfaringer med å mestre ulike stressorer, hvilket styrker forventningen deres til å mestre fremtidige situasjoner. De er således bedre rustet til å mestre både pågående og fremtidige stressorer, hvilket fører til en generell mestringsfølelse som kan motvirke psykiske helseplager (Ursin & Eriksen, 2004). Denne gruppen av mobbeofre vil i henhold til teorien i større grad lære av situasjonen de har vært i, hvilket i tråd med Boulton (2013) sin studie kan motvirke utvikling av angst som følge av at de klarer å se det positive ved negative situasjoner som det å oppleve mobbing.

Til tross for at gjeldende studie måler generell mestringsforventning og ikke spesifikk mestringstro, kan tendensen også ses i tilknytning til Bandura (1998) sitt begrep *self-efficacy*. Individene med sterk tro på egen evne til å mestre det å bli utsatt for mobbing kan tenkes å være mindre utsatt for psykiske helseplager som følge av mobbingen, ettersom de opplever en viss kontroll over mobbesituasjonen. Samtidig ble respondentene i gjeldende studie spurt om mestringsforventning generelt, ikke spesifikt tilknyttet mobbesituasjonen. Videre vurderte respondentene deres forventning til å mestre her og nå, mens spørsmålene om mobbing gikk langt tilbake i tid. Ettersom *self-efficacy* omhandler mestringstro i spesifikke situasjoner er det derfor problematisk å tolke tendensen i lys av denne teorien. CATS (Ursin & Eriksen, 2004) fremstår således som det beste teoretiske grunnlaget for å belyse tendensen i studien. Generalisert *self-efficacy*, som har sterke likhetstrekk med CATS, er derimot overførbar til flere situasjoner og representerer en generell tro på egen mestring (Jerusalem & Schwarzer, 1992). Tendensen i gjeldende studie er i overensstemmelse med Gemzøe Mikkelsen og Einarsen (2002) sitt funn, hvor generalisert *self-efficacy* modererte relasjonen mellom mobbelignende atferd og psykiske helseplager.

Som nevnt, var interaksjonseffekten derimot *ikke signifikant*, hvilket gjør det uriktig å konkludere basert på disse tendensene. En mulig årsak til at det ikke ble observert en signifikant beskyttende effekt av mestringsforventning i denne studien kan derimot skyldes svak styrke i moderatoranalysen. Det lave antallet respondenter kan ha ført til økt risiko for å feilaktig godta nullhypotesen (type II-feil), det vil si at potensielle sammenhenger ikke ble oppdaget av moderatoranalysen (Bjørndal & Hofoss, 2004). Dette er et kjent problem ved slike analyser, og vil drøftes ytterligere i punkt 6.7.2. Et større utvalg kunne ha bedret styrken av analysen, og dermed økt grunnlaget for å konkludere omkring hvorvidt mestringsforventning er beskyttende i sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager blant unge voksne i fare for tidlig uførhet.

Samtidig må muligheten for at det ikke eksisterte noen moderatoreffekt diskuteres. Mestringsspørsmålet kan ha vært for generelt for å avdekke mulige interaksjonseffekter i relasjonen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager. Som følge av lav reliabilitet og utfall av påfølgende faktoranalyse, ble mestringsforventning i foreliggende studie utelukkende målt ved ett spørsmål. Håpløshet og hjelpeløshet ble ikke tatt med i betraktningen, og alle subskalaene som skal måle mestring i lys av CATS (Ursin & Eriksen, 2004) ble derfor ikke anvendt. Det kan både tenkes at det ene spørsmålet om mestringsforventning som ble benyttet i gjeldende studie ikke var tilstrekkelig for å avdekke variasjon i mestring, men også at målet på mestring som positiv responsforventning ikke var tilfredsstillende med tanke på å avdekke potensielle interaksjonseffekter. Studier som har funnet signifikante moderatoreffekter av mestring i sammenhengen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager, har målt mestring med utgangspunkt i Lazarus og Folkman (1984) sine mestringsstrategier (Reknes et al., 2016; Undheim et al., 2016; Yin et al., 2017). Det bemerkes for ordens skyld at Undheim et al. (2016) avdekket at høy grad av emosjonsfokusert mestring økte risikoen for depressive symptomer, og dermed virket mot sin hensikt.

Videre ble målingene av opplevd mobbing, psykiske helseplager og mestringsforventning foretatt på samme tidspunkt. Til tross for at mestringsforventning i følge CATS (Ursin & Eriksen, 2004) er generell og overførbar til andre situasjoner, kan det likevel tenkes at individenes mestringsforventning er annerledes i dag enn det den var da mobbingen foregikk. Andre hendelser kan ha påvirket individets forventning om mestring i ettertid, slik at skårene på mestring ikke nødvendigvis gjenspeiler mestringsforventningen de hadde da mobbingen fant sted. Den potensielle beskyttende effekten av mestringsforventning var dermed ikke

nødvendigvis tiltrådt da mobbingen startet. Med denne bakgrunn kan det stilles spørsmål til hvorvidt målet på mestring var for generelt for å avdekke respondentenes mestringsforventning, og variasjoner av denne.

Som tidligere diskutert ble alvorlighetsgraden av mobbing ikke målt i foreliggende studie, hvilket også kan hatt innvirkning på en eventuell signifikant moderatoreffekt. Det kan tenkes at mestringsforventning vil påvirke relasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager i ulik grad basert på intensiviteten av mobbingen, slik som Reknes et al. (2016) fant i sin studie hvor høy grad av aktiv målorientert mestringsstil modererte negative helsekonsekvenser ved lett mobbing, mens intensiv mobbing førte til negative helsekonsekvenser uavhengig av hvor godt individet mestret. En nyere norsk studie der evnen til å forsvare seg mot mobbing ble undersøkt som moderator støtter opp under dette, hvor Nielsen, Gjerstad, Jacobsen, og Einarsen (2017) fant at intensiv mobbing hadde negative konsekvenser uavhengig av hvor godt individet vurderte egen evne til å forsvare seg. Dette indikerer at til tross for at enkelte håndterer det å bli utsatt for mobbing på en god måte, gjelder dette kun til et visst punkt. Hvorvidt dette er tilfellet i gjeldende studie er derimot uvisst som følge av at alvorlighetsgraden ikke ble målt. Som tidligere drøftet vil derimot ikke en måling av intensiviteten av mobbingen nødvendigvis gjenspeile den reelle alvorlighetsgraden, ettersom ulike individer i følge CATS (Ursin & Eriksen, 2004) vil oppfatte og håndtere stressoren ulikt basert på tidligere erfaringer.

Med bakgrunn i det overnevnte er det problematisk å konkludere med at mestringsforventning virker modererende på forholdet mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager i gjeldende studie. Til tross for at det er en tendens i resultatene mot at mestringsforventning virker beskyttende, understrekes det at en ikke kan trekke denne slutningen som følge av det ikke-signifikante resultatet.

## **6.6 Betydningen av sosial støtte som en modererende faktor**

I tillegg til å undersøke hvorvidt mestringsforventning virket beskyttende i relasjonen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager, ønsket studien å undersøke om ulike former for sosial støtte modererte dette forholdet. I likhet med mestring, er sosial støtte et viktig tema for psykisk helse i folkehelsearbeidet i Norge (Helsedirektoratet, 2014). Til tross for manglende studier med lignende utvalg, finnes det som beskrevet under punkt 2.8 både empirisk og teoretisk grunnlag for at sosial støtte ville påvirke relasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager på en eller annen måte. Gjeldende studie målte to ulike kategorier av sosial støtte,

ikke-dirigerende og dirigerende sosial støtte. Basert på tidligere forskning var det usikkert hvorvidt de ulike faktorene ville ha en spesifikk buffereffekt eller virke som en generell ressurs.

### *6.6.1 Ikke-dirigerende sosial støtte*

Ikke-dirigerende støtte har tidligere vært knyttet til sykdomsbeherskelse, håp og optimisme (Fisher et al., 1997; Harber et al., 2005; Kowitt et al., 2017). Relasjonen mellom giver og mottaker av ikke-dirigerende sosial støtte bærer preg av aktivt samarbeid og involvering (Fisher et al., 2004; Fisher et al., 1997), hvilket er i tråd med empowerment som er et fundamentalt perspektiv innenfor det helsefremmende perspektivet (Green et al., 2015). Mobbeofre som mottar mye ikke-dirigerende sosial støtte tenkes å få aksept for følelsene de kjenner på tilknyttet det å bli mobbet, samt hjelp og støtte til å håndtere situasjonen. Dette kan skape et miljø av tillit, og man kan tenke seg at individer som mottar mye ikke-dirigerende støtte vil rapportere om lavere grad av psykiske helseplager som følge av mobbing enn dem som opplever lite ikke-dirigerende støtte.

Moderatoranalysen i gjeldende studie viste imidlertid ingen signifikant interaksjonseffekt av opplevd ikke-dirigerende støtte i relasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager. Til tross for inkonsekvente funn i forskningslitteraturen var resultatet noe uventet, og var ikke i tråd med antagelsene angitt i CATS (Ursin & Eriksen, 2004), hvor det å oppleve sosial støtte kan tenkes å bidra til en positiv forventning om å mestre utfordringer.

Resultatet er derimot i tråd med forskningen til Rethon et al. (2011) og Yin et al. (2017) som heller ikke fant en signifikant effekt av opplevd sosial støtte i relasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager. Begge studier målte andre former for sosial støtte enn foreliggende studie, men ettersom både Rethon et al. (2011) og Yin et al. (2017) målte opplevd sosial støtte, tenkes deres studier å belyse det ikke-signifikante funnet gjeldende studie. Det kan derimot være problematisk å belyse undersøkelser av sosial støtte med funn fra andre land grunnet det kulturelle aspektet ved sosial støtte. En del av forskningen som har likhetstrekk, eksempelvis Yin et al. (2017) sin studie av kinesiske kostskoleelever, er studier fra land med en annen kultur enn Norge. Ettersom sosial støtte er en atferd som anses å være påvirket av sosiale normer og kulturelle forskjeller kan det derfor være store variasjoner i forskningen internasjonalt (Fisher et al., 2004; Kim, Sherman, & Taylor, 2008). I følge Kim et al. (2008) er det eksempelvis i asiatiske kulturer mer uvanlig å søke etter eller å forvente sosial støtte. Trolig skyldes dette asiatiske kulturer sin kollektivistiske orientering, i motsetning til vestens individualistiske

orientering. Hvilke hensyn som er tatt med tanke på dette i gjeldende studie drøftes ytterligere under punkt 6.7.1.

Det kan være flere årsaker til at det ikke ble funnet en modererende effekt av ikke-dirigerende støtte i gjeldende studie. I likhet med moderatoranalysen for mestringsforventning, kan det manglende signifikante resultatet skyldes for svak styrke i analysene, blant annet som følge av lavt antall respondenter. Dette drøftes ytterligere i punkt 6.7.2. En annen mulig årsak til at det ikke ble avdekket en signifikant interaksjonseffekt kan være at denne ikke eksisterer i relasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager blant unge voksne i fare for uførhet. En gjennomsnittlig skår på nærmere 4 indikerer at utvalget erfarer mye ikke-dirigerende sosial støtte. Det kan dermed tenkes at grad av psykiske helseplager ville vært lavere dersom sosial støtte virket beskyttende i relasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager. I så fall er det ikke uventet at sosial støtte ikke hadde en signifikant interaksjonseffekt. På den annen side kan det derimot være at respondentene hadde rapportert om enda høyere grad av psykiske helseplager dersom de hadde opplevd mindre sosial støtte, hvilket i så fall indikerer at sosial støtte virker modererende. Etersom funnet ikke var signifikant er det derimot problematisk å konkludere med enten det ene eller det andre.

Samtidig må det bemerkes at respondentene ble spurt om opplevelsen av sosial støtte på et generelt grunnlag, og ikke spesifikt tilknyttet mobbing. Som diskutert tidligere har dette derimot liten betydning dersom man tar utgangspunkt i CATS (Ursin & Eriksen, 2004), ettersom det kan tenkes sosial støtte generelt vil bidra til å øke forventningen om positive utfall i utfordrende situasjoner, slik som mobbing. Videre ble respondentene spurt om deres opplevelse av sosial støtte her og nå, mens spørsmålene om mobbing potensielt gikk flere tiår tilbake i tid. Man møter derfor samme utfordring her som tidligere ble beskrevet i diskusjonen om mestringsforventning, hvor det er uvisst hvorvidt respondentene opplevde like mye sosial støtte da mobbingen foregikk. Det kan tenkes at en potensiell beskyttende effekt av sosial støtte ikke var gjeldende da mobbingen fant sted. Videre ble respondentene bedt om å tenke på én spesifikk person da de besvarte spørsmålene om sosial støtte. Dette innebærer at den aktuelle støttepersonen ikke nødvendigvis var i personens sosiale nettverk da vedkommende ble mobbet.

En annen konsekvens av at respondentene ble bedt om å tenke på én spesifikk person når de besvarte spørsmålene om sosial støtte, er manglende variasjon i støtten de rapporterte. Ved å

kun fokusere på støtten de opplever fra én enkelt person, kan det tenkes at det gir et misvisende bilde av støtten de totalt sett opplever fra menneskene rundt seg. Ulike støttepersoner kan tilfredsstillende behovet for ulike former for støtte. Det eksisterer flere studier som undersøker ulike effekter av sosial støtte knyttet til hvem støttepersonen er (Fridh et al., 2015; Rothon et al., 2011; Sainio et al., 2011; Yeung Thompson & Leadbeater, 2013). Det kan tenkes at støtten de mottar fra denne ene personen i gjeldende studie ikke reflekterer de sidene ved sosial støtte som eventuelt er viktige for dem i forbindelse med mobbing, hvilket kan være årsak til at det ikke ble observert en beskyttende effekt. Det er derfor en mulighet for at respondentene i realiteten mottar mer støtte samlet sett enn det som kommer frem her. Samtidig ble respondentene bedt om å tenke på den personen som er viktigst for dem når de trenger støtte til å takle problemene sine, og som dermed kan tenkes å ha mest betydning av den samlede støtten de følte at de mottok.

En siste mulig årsak til manglende funn av en signifikant interaksjonseffekt kan være knyttet til selve forskningsspørsmålet. Det er mulig faktoren medierer relasjonen, fremfor å virke modererende. I så tilfelle kan det tenkes at mobbing forstyrrer individers sosiale nettverk på ulike måter. For eksempel kan personer som blir mobbet erfare lavere anerkjennelse fra dem rundt seg, hvilket kan redusere mulighetene for sosial støtte. Manglende tilgang på sosial støtte kan således skape grunnlag for utvikling av psykiske helseplager. Jenkins, Fredrick, og Wenger (2018) fant for eksempel at enkelte former for sosial støtte medierte relasjonen mellom opplevd mobbing og risikoen for å utvikle sosiale, emosjonelle og atferdsrelaterte problemer. Til tross for at den medierende funksjonen av sosial støtte ikke ble undersøkt i gjeldende studie, kan det likevel tenkes at sosial støtte innehar denne funksjonen og at dette er årsaken til at det ikke ble oppdaget en signifikant modererende effekt.

### *6.6.2 Dirigerende sosial støtte*

Den andre kategoriseringen av opplevd sosial støtte gjaldt dirigerende støtte. Til tross for at dirigerende støtte er blitt relatert til depresjon og ensomhet, viser tidligere studier at denne formen for støtte kan være nyttig i situasjoner hvor individer mangler erfaring eller ressurser til å takle stressoren alene (Fisher et al., 1997; Gabriele et al., 2011; Harber et al., 2005; Kowitt et al., 2017). Det kan derfor tenkes at mobbeoffer vil ha nytte av denne formen for sosial støtte, hvor støttepersonen for eksempel gir konkrete instruksjoner på hvordan man bør håndtere mobbingen, eller griper inn selv for å løse problemet. Støttepersonen kan overta ansvaret for situasjonen, for eksempel ved å gå inn å forsvare mobbeofferet eller ved å sørge for at

mobbingen gir seg. Samtidig bryter denne formen for støtte med prinsippet om empowerment (Green et al., 2015), ettersom støtten tillater få muligheter til påvirkning og dermed kan virke pasifiserende på mottakeren. Således kan det dras paralleller til den biomedisinske modellen, hvor eksperten forteller pasienten hva han eller hun bør gjøre (Green et al., 2015). Hvorvidt dirigerende støtte virket beskyttende eller ikke mot psykiske helseplager som følge av mobbing var derfor åpent for utforskning i gjeldende studie.

I likhet med opplevd ikke-dirigerende støtte ble det ikke funnet en signifikant interaksjonseffekt av opplevd dirigerende støtte i gjeldende studie. Resultatene indikerer således at dirigerende støtte ikke påvirker relasjonen mellom det å oppleve mobbing og psykiske helseplager verken i den ene eller den andre retningen. Til tross for at det var usikkert hvilken påvirkning sosial støtte ville ha på relasjonen, var det også her uventet at det ikke eksisterte noen signifikant kobling. En mulig årsak til en manglende interaksjonseffekt kan skyldes at denne formen for sosial støtte kan ha hatt positiv innvirkning på personer som mangler erfaring og ressurser, slik som beskrevet av Fisher et al. (1997) og Gabriele et al. (2011), mens den kan ha hatt dårligere innvirkning på andre i tråd med Harber et al. (2005) og Kowitt et al. (2017). I et slikt tilfelle vil de ulike effektene kunne bidratt til å kansellere hverandre og dermed forklart nullfunnet.

Videre kan resultatet belyses ved studiens teoretiske utgangspunkt, CATS (Ursin & Eriksen, 2004). Ettersom dirigerende sosial støtte kan virke pasifiserende på mottakeren ved å frata dets mulighet til innflytelse kan det diskuteres hvorvidt denne mangelen på påvirkning fører til en følelse av hjelpeløshet. Å motta denne formen for sosial støtte bidrar i så tilfelle til at individet føler at måten han eller hun selv håndterer mobbingen på ikke har betydning for utfallet. Manglende mestringsforventning, i form av en følelse av hjelpeløshet, kan som nevnt resultere i vedvarende aktivering hvilket er relatert til psykiske helseplager (Ursin & Eriksen, 2004). På denne måten kan dirigerende sosial støtte bidra til utviklingen av psykiske helseplager som følge av mobbing.

Andre potensielle årsaker til at det ikke ble observert en signifikant beskyttende effekt av dirigerende sosial støtte i denne studien følger i stor grad samme tråd som den andre formen for sosial støtte, og det henvises derfor til punkt 6.6.1 ovenfor.

### 6.6.3 *Betydningen av kjønn*

Ettersom tidligere forskning indikerte at hvorvidt man er kvinne eller mann kan påvirke den potensielle beskyttende effekten av sosial støtte, ble det undersøkt om dette var tilfellet i gjeldende studie. I følge Belle (1991) er det trolig kvinner som har høyest beskyttende effekt av sosial støtte på grunn av deres evne til å mobilisere støtte i utfordrende situasjoner. Samtidig indikerer nyere forskning av Fridh et al. (2015) og Yeung Thompson og Leadbeater (2013) at gutter er de som opplever en spesifikk beskyttende effekt av sosial støtte i relasjonen mellom mobbing/aggresjon og psykiske/emosjonelle helseplager, da jenter i større grad opplever sosial støtte som en generell ressurs. Til tross for inkonsekvenser i forskningen og ikke-signifikante interaksjonseffekter av ikke-dirigerende og dirigerende sosial støtte, kunne dette endre seg da den potensielle effekten av kjønn på sosial støtte ble inkludert i analysen.

De to separate moderatoranalysene viste imidlertid ingen signifikant interaksjonseffekt av kjønn på noen av formene for sosial støtte sin påvirkning på relasjonen mellom opplevd mobbing og psykiske helseplager. Ettersom det ikke finnes direkte sammenlignbare studier er det begrenset mulighet for å diskutere funnene i forhold til tidligere forskning, men det er tydelig at det eksisterer inkonsekvenser i forskningslitteraturen på hvorvidt det er kjønnsmessige forskjeller i effekten av sosial støtte, jamfør punkt 2.8.1. Gjeldende studie støtter således opp under studien til Yin et al. (2017), som ikke fant grunnlag for at kjønn hadde betydning for den beskyttende effekten av sosial støtte i relasjon til psykiske helseplager hos kinesiske kostskoleelever som ble utsatt for mobbing. Samtidig, som Reevy og Maslach (2001) påpeker, er det ikke kjønn i seg selv som er av betydning når det gjelder variasjoner i effekten av sosial støtte, men grad av maskulinitet og femininitet. Dette kan således forklare de inkonsistente funnene i forskningslitteraturen, ettersom maskulinitet og femininitet finnes i varierende grad hos både kvinner og menn. I dagens samfunn hvor stereotypene knyttet til kvinner og menn stadig utfordres og utvikles, kan dette indikere at det er behov for mer forskning som i større grad tar hensyn til disse sidene ved kjønn og ikke bare deres biologiske art (Reevy & Maslach, 2001). Gjeldende studie kunne derfor ha hatt et annet utfall med tanke på den modererende effekten av kjønn dersom maskulinitet og femininitet hadde blitt undersøkt i stedet for biologisk kjønn. Slike kvaliteter ble derimot ikke målt i foreliggende studie.

Til tross for ikke-signifikante interaksjoner er det interessant at modellene som helhet signifikant forklarte 21 % (ikke-dirigerende sosial støtte) og 20 % (dirigerende sosial støtte) av variasjonen i psykiske helseplager etter at kjønn ble inkludert som en modererende moderator.



I den første analysen hvor kjønn ikke var inkludert, ble henholdsvis 9 % og 8 % av variasjonen forklart. For dirigerende sosial støtte var modellen som helhet ikke signifikant før kjønn ble lagt inn som en modererende moderator. Samtidig er det logisk at modellens forklaringskraft øker etterhvert som flere variabler inkluderes (Murphy, Myers, & Wolach, 2009), hvilket indikerer at økningen ikke bør tillegges for stor vekt. Likevel er det en mulighet for at det kan være en historie knyttet til hvorvidt kjønn påvirker hvilken effekt de ulike formene for sosial støtte har på relasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager i denne studien. Dette støtter opp under behovet for mer forskning på dette området, med stor nok utvalgsstørrelse for slike analyser.

Andre potensielle forklaringer på manglende signifikante funn følger også her samme tråd som tidligere, og det henvises derfor til punkt 6.6.1 ovenfor. Utfordringene rundt styrken av analysen gjør seg derimot enda mer gjeldende i denne analysen, ettersom modell 3 er en mer komplisert analyse med flere interaksjonsledd, hvilket krever et enda større utvalg. Videre påpekes det at den manglende variasjonen i kjønn kan ha hatt innvirkning på analysen, da menn var sterkt overrepresentert i utvalget.

## **6.7 Metodiske betraktninger**

Gjeldende studie har ulike metodiske styrker og svakheter som potensielt har hatt innvirkning på tolkning av resultatene, og medfølgende konklusjoner og implikasjoner av dem. Spesielt i et postpositivistisk perspektiv hvor objektivitet er et kjernepunkt (Thomassen, 2006) er det vesentlig å belyse hvilke elementer som kan ha påvirket studien. Det bemerkes at enkelte metodiske betraktninger allerede er gjennomgått i avsnittene ovenfor, der hvor dette ble ansett som naturlig i drøftingen av resultatene.

Studien besto av et relativt lite utvalg, hvilket utgjør en begrensning for generalisering av resultatene. I tillegg var alle respondentene bosatt i Hordaland fylke, og da hovedsakelig i Bergen by. Utvalget var dermed ikke nødvendigvis representativt for unge i fare for uførhet i andre deler av Norge, eller verden for øvrig. Videre var kjønnsfordelingen i utvalget skjevt, med en overrepresentasjon av menn. Dette kan derimot sees i sammenheng med at det er flere uføretrygdede menn enn kvinner blant de mellom 18 og 29 år (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018b). Til tross for at den lave utvalgsstørrelsen utgjør en svakhet ved studien, er det viktig å påpeke at utvalget er hentet fra en relativt liten populasjon. Per mars 2018 var det omkring 26 700 unge voksne under 30 år i Norge som hadde nedsatt arbeidsevne og rett til

arbeidsavklaringspenger (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018a), og antall uføre i samme aldersgruppe lå på om lag 15 800 mottakere (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018b). Videre inkluderte studien kun personer som var tiltenkt arbeidstiltaket «Arbeidspraksis i skjermet virksomhet», som tilsier relativt dårlig funksjonsnivå og stort innsatsbehov (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2016). Sett i forhold til dette fremstår utvalgsstørrelsen større enn hva antallet umiddelbart antyder. Samtidig, som tidligere nevnt, er det vanskelig å rekruttere fra denne populasjonen. Gjeldende studie har derfor gitt innsikt i en populasjon vi fra før vet lite om, og utgjør et viktig bidrag til forskningen på en liten, men samtidig viktig og sårbar gruppe.

Videre kan det være en svakhet at det ikke ble funnet lignende studier med tilsvarende utvalg, hvilket problematiserte sammenligning av funnene med andre studier. Til tross for et grundig litteratursøk, kan det tenkes at det eksisterer nasjonale eller internasjonale studier som ikke ble avdekket i litteratursøket. Samtidig var ikke gjeldende studie en litteraturstudie, hvilket innebærer at søk etter litteratur måtte avgrenses i henhold til den tid og de ressursene som var til rådighet. Søket ble avsluttet da ulike søkeord og kombinasjoner av disse ikke lenger tilførte ny kunnskap, i tråd med Aveyard (2014) sine anbefalinger. Manglende funn av sammenlignbare studier kan derimot indikere at det er et lite utforsket felt, hvilket gjenspeiler behovet for mer forskning om unge voksne i fare for tidlig uførhet. Aveyard (2014) påpeker viktigheten av å hele tiden være kritisk til egen søkeprosess, ettersom dette vil bevisstgjøre søkets styrker og svakheter. For å unngå at relevante studier ble oversett ble det søkt kontinuerlig etter nye studier gjennom hele arbeidsprosessen, frem til innlevering i mai 2018. Dette styrket sikkerheten på at det ikke fantes direkte sammenlignbar forskning.

Studien var basert på tverrsnittsdata, der målingene av mobbing, psykiske helseplager, mestringsforventning og sosial støtte ble foretatt på samme tidspunkt. Det var dermed ikke mulig å si noe om kausale slutninger fra disse dataene, hvilket er en viktig begrensning ved studien. Det kan være spesielt viktig å påpeke dette med tanke på bruken av begrepet *effekt* i forbindelse med moderatoranalyser på tverrsnittsdata. Som Breivik et al. (2017) påpeker trengs det flere longitudinelle studier på sammenhenger mellom mobbing og psykiske helseplager og relasjonens potensielle beskyttende faktorer. Slike studier er som regel bedre skikket til å tydeliggjøre retningen på forholdet og således underbygge antakelsen om kausalitet. Samtidig, som tidligere nevnt, kan det også i longitudinelle studier eksistere alternative forklaringer (Reijntjes et al., 2010). Det er derfor avgjørende at slike studier har et sterkt design, som utelukker andre bakenforliggende forklaringsvariabler (Breivik et al., 2017).

### 6.7.1 Spørreskjema

Gjeldende studie opererte med 100 % responsrate på baseline spørreskjema, hvilket anses som en klar styrke. Samtidig finnes det ikke informasjon om dem som takket nei til deltakelse i studien eller som av ulike grunner ikke møtte opp på inklusjonsmøtene hvor baselinedata ble besvart. Ettersom deltakelse var frivillig, er det vanskelig å vite hvor representativt utvalget er for populasjonen (Bjørndal & Hofoss, 2004). Videre var det god responsrate på de aktuelle variablene. Unntaket var spørsmålene angående opplevd mobbing på arbeidsplassen fra ledere eller kollegaer, hvor 41,7 % av utvalget ikke hadde svart. Den systematiske mangelen på besvarelser har etter all sannsynlighet sammenheng med at respondentene be bedt om å hoppe over disse spørsmålene dersom de ikke har vært i arbeid tidligere. Foruten disse to variablene var det generelt meget få manglende responser, med maksimalt 6,3 % frafall på ett av spørsmålene i skalaen som målte sosial støtte.

Videre var dataene hentet gjennom selvrapportering, hvilket innebærer at det er mulighet for bias knyttet til sosial ønskverdighet. Det er en potensiell feilkilde som kan oppstå i tilfeller hvor respondentene fremhever ønskede egenskaper ved seg selv, eventuelt undertrykker egenskaper som anses som mindre tiltalende (Field, 2013). Eksempelvis var verdiene for psykiske helseplager basert på subjektive oppfatninger, og ikke diagnostisert i henhold til kliniske kriterier. Det kan derimot tenkes at respondentene har lettere for å svare ærlig på slike sensitive spørsmål dersom identiteten er skjult også under besvarelsesprosessen. Et annet moment knyttet til selvrapportering dreier seg som svaralternativene. Foruten spørsmålene om mobbing besto samtlige spørsmål om psykiske helseplager, mestring og sosial støtte av svaralternativer med betydelig rom for subjektiv tolkning. Alternativer som «*slett ikke typisk*» til «*svært typisk*» har trolig blitt vurdert ulikt fra individ til individ, og er lite spesifikke med tanke på kvantitativ sammenligning. Ett individ kan eksempelvis anse det å være plaget med hodepine én gang i uken som «*svært typisk*», mens et annet vil betegne det som «*slett ikke typisk*». Mer spesifikke svaralternativer, lignende de som ble utviklet for mobbespørsmålene, kunne ha avverget denne problemstillingen. I tråd med antakelsene stipulert i CATS (Ursin & Eriksen, 2004) var det derimot respondentenes subjektive opplevelse av de ulike fenomenene som var relevant for foreliggende studie. Vektleggingen av den subjektive opplevelsen var videre i tråd med hvordan helse defineres i det helsefremmende perspektivet, ettersom det blant annet er opplevelsen av å ha overskudd til å mestre hverdagens utfordringer som kjennetegner helse (World Health Organization, 1986). Spesifikke svaralternativer kan dermed hevdes å være av mindre betydning, ettersom det ikke var hyppigheten av eksempelvis hodepine som var relevant, men

nettopp hvorvidt man anså det som svært typisk eller ikke. Videre, som beskrevet i punkt 4.4 om spørreskjemapakken, innledet alle spørsmål med en kort introduksjon eller definisjon av begrepene, hvilket tenkes å øke validiteten. Dette anses som en klar styrke ved foreliggende studie.

Målet på psykiske helseplager, HSCL, kartla grad av psykiske helseplager de siste 14 dager. Dersom respondentene hadde vært utsatt for en påkjenning de siste to ukene kan det tenkes at dette ville ha preget responsene. Likeså kan andre faktorer som for eksempel en nylig avslappende ferie, kunne påvirke deres tilbakemeldinger. Et lengre tidsperspektiv kan tenkes å gi et mer reelt bilde av variasjonen i psykiske helseplager. Videre bemerkes det at alle leddene i skalaen ble vurdert som likeverdige. Dette innebar at for eksempel ”tanker om å ta ditt eget liv” ble vurdert som like avgjørende for grad av psykiske helseplager som ”hodepine”. Til tross for at HSCL er en regelmessig benyttet og validert skala, er samfunnet i kontinuerlig utvikling hvilket påpeker behovet for å hele tiden utfordre etablerte skalaer. Som følge av god reliabilitet i gjeldende studie ble det likevel antatt at skalaen fungerte tilfredsstillende i foreliggende studie.

Sosial støtte ble i SEED-studien målt ved 16-ledds Nondirective og Directive Support Survey (NDSS16) (Fisher et al., 2004; Fisher et al., 1997). Denne skalaen er i hovedsak benyttet i USA, og brukes forskjellig fra studie til studie (Fisher et al., 2004; Gabriele et al., 2011; Kowitt et al., 2017). Sosial støtte er trolig kulturelt betinget (Fisher et al., 2004; Kim et al., 2008), og den originale skalaen er lite utprøvd i en norsk setting. På grunn av dette ble det valgt å gå bort fra den originale versjonen til fordel for Øyeflaten et al. (2010) sin versjon med 11 ledd ettersom denne kan tenkes å ha høyere validitet i et norsk utvalg. Fisher et al. (2004) anbefaler å gjennomføre faktoranalyser dersom man skal benytte skalaen. På grunn av gjeldende studies lave utvalgsstørrelse generelt, og forholdet mellom antall variabler og enheter spesielt, ble det derimot ikke gjennomført faktoranalyse i denne studien på grunn av manglende egnethet (Pallant, 2016). Ettersom skalaene viste høy intern konsistens i gjeldende studie ble dette ansett som tilstrekkelig, spesielt i lys av at den reviderte skalaen baserte seg på en nyere studie i norsk setting. I likhet med Øyeflaten et al. (2010) finner også Johnsen, Eriksen, Indahl, og Tveito (2017) to grupperinger av sosial støtte i et norsk utvalg, men med ett mindre ledd enn førstnevnte. Til tross for at Johnsen, Eriksen, Indahl, og Tveito (2017) benytter skalaen i en nyere norsk studie, ble det likevel valgt å ta utgangspunkt i Øyeflaten et al. (2010) sin versjon på bakgrunn av at sistnevntes utvalg (pasienter i behandling: N: 131, M: 45, 68% kvinner) hadde større likhetstrekk med gjeldende studies utvalg enn førstnevnte studie (arbeidstakere:

N: 957, M: 40,7, 92,8% kvinner). Likhetstrekkene var likevel ikke optimale med tanke på at utvalget i gjeldende studie er yngre, og i større grad består av menn. Det som ble avgjørende var derfor likhetstrekkene i utvalgenes situasjon (pasienter i behandling).

### 6.7.2 Analyser

Som nevnt i kapitlet om statistiske prosedyrer, møtte studien flere utfordringer med tanke på normalfordeling og andre forutsetninger for analysene. For eksempel var utvalgsstørrelsen for liten i modell 3 for å tilfredsstille kravet til generaliserbarhet i en regresjonsanalyse, som angitt av Tabachnick og Fidell (2014). Med utgangspunkt i 7 uavhengige variabler var kravet for å sikre generaliserbarhet på 106 enheter, hvilket betyr at utvalget manglet 10 respondenter ( $n = 96$ ). Brudd på forutsetningene kan ha påvirket analysene og dermed preget resultatene. Samtidig påpeker både Pallant (2016) og Field (2013) at de fleste statistiske analyser er relativt robuste og dermed kan tolerere dette.

Det eksisterer kjente utfordringer knyttet til moderatoranalyser. Å avdekke signifikante interaksjonseffekter krever ofte store utvalg for å oppnå tilstrekkelig styrke av analysen (Aiken, West, & Reno, 1991; Murphy et al., 2009). I og med at gjeldende studie har en beskjeden størrelse må det tas høyde for at de ikke-signifikante resultatene i gjeldende studie kan skyldes for lav statistisk styrke. I følge Murphy et al. (2009) er de fleste moderatoreffekter små, og det er sjeldent å finne store interaksjonseffekter. Dette er en svakhet ved alle moderatoranalysene i gjeldende studie, men spesielt analysene i modell 3 ettersom den inkluderer flest interaksjonsledd. Det er dermed en mulighet for at det eksisterer type-II feil i gjeldende studie, hvor det eksisterer en sammenheng som ikke signifikant kan observeres. Dette er ikke uvanlig ved små utvalg (Bjørndal & Hofoss, 2004). En utregning av styrken for å være sikker på betydningen av utvalgsstørrelsen kunne derimot ha blitt beregnet for å med sikkerhet hevde at de manglende signifikante interaksjonseffektene skyldtes et for lite utvalg (Murphy et al., 2009).

Gjeldende studie opererte med et signifikansnivå på  $p < .05$ . Til tross for et ikke-signifikant funn ble den potensielle tendensen av mestringsforventning som en beskyttende faktor i relasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager diskutert. Dette ble gjort på grunnlag av at resultatet var tilnærmet signifikant (med en  $p$ -verdi for interaksjonsleddet på .053), kombinert med overnevnte redegjørelse omkring den lave utvalgsstørrelsen som kan ha bidratt til økt risiko for type-II feil (Aiken et al., 1991; Murphy et al., 2009). Statistisk signifikans betyr ikke

nødvendigvis at noe har en reell verdi og er betydningsfullt i «den virkelige verden», ettersom en liten og ubetydelig effekt kan være signifikant såfremt utvalget er stort nok. Signifikans gjenspeiler tydelighet, og indikerer sannsynligheten for hvorvidt resultatet kan skyldes tilfeldig variasjon eller ikke (Bjørndal & Hofoss, 2004). Samtidig er valg av signifikansnivå på 5% ikke vilkårlig. Det anses som et konservativt kompromiss mellom skeptikeren og entusiastene for hvilken risiko man maksimalt er villig til å ta for å begå en feil (Bjørndal & Hofoss, 2004). Bjørndal og Hofoss (2004) påpeker derfor at valg av signifikansnivå bør ta utgangspunkt i de potensielle implikasjonene resultatet kan få. Med fare for å trekke en falsk positiv konklusjon, type I-feil (Bjørndal & Hofoss, 2004), ble derfor bare *tendensen* av moderatoren drøftet, og det var ikke aktuelt å fremme en konklusjon med utgangspunkt i dette resultatet. Av denne årsak ble beskrivelsen av tendensen også utelatt fra studiens implikasjoner og sammendrag, hvor resultatet utelukkende beskrives som ikke signifikant. Det bemerkes for øvrig at tendensene av de andre moderatoreffektene i studien ikke ble diskutert, på bakgrunn av at *p*-verdiene for interaksjonsleddene var langt høyere enn den satte grensen på .05 (laveste verdi blant disse var  $p = .26$ , ikke-dirigerende støtte), til tross for at argumentet om statistisk styrke i moderatoranalysen også var gjeldende her.

### 6.7.3 Avsluttende metodiske refleksjoner

Oppsummert begrenses gjeldende studie av et lite og skjevt utvalg, og følgene det medfører med tanke på styrke av analysene. Videre kan kjennetegn ved variablene ha ført til manglende variasjon. Aspektene gjennomgått ovenfor påvirker studiens gyldighet og generaliserbarhet. Til tross for at det eksisterer metodiske svakheter, innehar gjeldende studie likevel flere styrker, hvor den viktigste er at studien har gitt kunnskap om en gruppe i vekst som vi vet lite om fra tidligere. Dette er en gruppe det er vanskelig å rekruttere fra, og studien anses derfor som en sjelden forskningsmulighet. I det følgende belyses hvilke implikasjoner resultatene fra studien kan ha for enkeltindividet, og for samfunnet som helhet i lys av et helsefremmende perspektiv.

## 6.8 Implikasjoner

Å fremme arbeidsdeltakelse er en viktig del av det helsefremmende arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse (Dahl et al., 2014), hvilket er et av hovedmålene i folkehelsearbeidet i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). Gjeldende studie kan hevdes å ha både teoretiske og praktiske implikasjoner som potensielt kan ha betydning for anbefalinger relatert til helsefremmende arbeid og videre forskning.

Studien har avdekket hvor omfattende opplevd mobbing er blant unge voksne i risiko for tidlig uførhet, samt bekreftet dets sammenheng til psykiske helseplager. Til tross for at sammenhengen mellom mobbing og psykiske helseplager var kjent fra tidligere, eksisterte det ikke forskning på denne relasjonen i tilsvarende utvalg, hvilket har betydning for de teoretiske implikasjonene av foreliggende studie. Studien har bidratt med kunnskap til et etterspurt forskningsområde, og dermed medvirket til å skape grunnlag og interesse for videre forskning på denne gruppen av unge voksne som står i fare for å permanent havne utenfor arbeidslivet. Dette har forhåpentligvis implikasjoner for videre forskning på dette feltet.

Videre, ettersom psykiske lidelser og helseplager utgjør hovedårsaken til ung uførhet (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2017b), bidrar studien med kunnskap om mulige langtidsvirkninger av det å bli utsatt for mobbing. Resultatet impliserer at det å bli mobbet indirekte kan lede til fare for uførhet på bakgrunn av utvikling av psykiske helseplager. Problemene for mobbeofre forsvinner ikke nødvendigvis selv om mobbingen stopper. Dette er i tråd med tidligere forskning, som indikerer at blant annet mobbing i ung alder er tilknyttet lavere arbeidsdeltakelse som ung voksen (Strøm, 2014). Ettersom de fleste var blitt mobbet på skolearenaen, understreker dette betydningen av å fortsette med, samt eventuelt styrke, det forpliktende arbeidet mot mobbing som stipulert i «nytt partnerskap mot mobbing» (Statsministerens Kontor, 2016), og indikerer at faktorer som påvirker arbeidsdeltakelse kan formes tidlig i livet. Betydningen av tidlig innsats mot mobbing synes avgjørende. Dette er informasjon som videre kan ha praktiske implikasjoner for arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse, eksempelvis ved utvikling av arbeidsfremmende tiltak. Tiltak rettet mot å fremme arbeidsdeltakelse bør baseres på kunnskap om målgruppen, og det at mobbing antakelig er en del av denne gruppens personlige historie bør derfor tas hensyn til. Studien er således relevant både for dem som allerede har havnet utenfor arbeidslivet, men også for dem som er i fare for å bli ufør i ung alder.

I lys av et helsefremmende perspektiv var det ønskelig å avdekke hvilke elementer som kunne fungere beskyttende i relasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager. Ettersom det hersker en vesentlig usikkerhet omkring de ikke-signifikante resultatene av moderator-effektene på grunn av den lave utvalgsstørrelsen, er det derimot problematisk å diskutere implikasjonene av de ulike funnene. Studien kan likevel hevdes å ha teoretiske implikasjoner, ettersom den har gitt innsikt i betydningen av å ha et stort nok utvalg til å gjennomføre en slik analyse med tilstrekkelig statistisk styrke.

### *6.8.1 Videre forskning*

Foreliggende studie har implikasjoner for videre forskning. Til tross for at studien påviser en sammenheng mellom mobbing og psykiske helseplager blant unge voksne i fare for tidlig uførhet, er SEED-studien til min kjennskap den første i sitt slag, hvilket antyder et behov for flere studier blant tilsvarende utvalg for å bekrefte resultatene med tanke på reliabilitet. Den høye andelen undersøkelser som foreligger på relasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager indikerer derimot at dette feltet er relativt mettet (jamfør punkt 2.5), hvilket påpeker betydningen av at forskning på dette området på en eller annen måte bør bidra med ny kunnskap. Etersom gjeldende studie tar utgangspunkt i unge voksne lokalisert i Hordaland fylke, anbefales det at videre forskning på denne gruppen baseres på utvalg fra andre steder i landet. Studier som inkluderer et større antall kvinner kan videre tenkes å bidra med nye opplysninger, ettersom kvinner var underrepresentert i gjeldende studie og forskjeller i kjønn generelt ble tillagt liten vekt i studien (med unntak av kjønn som modererende moderator for de ulike formene for sosial støtte).

Videre, ettersom det var utfordringer knyttet til å konkludere omkring potensielle moderatoreffekter i studien, bør det forskes ytterligere på dette. Som tidligere drøftet er det en mulighet for at det faktisk ikke eksisterer noen signifikant interaksjonseffekt av verken mestringsforventning eller sosial støtte. Inntil det finnes studier som undersøker disse problemstillingene med tilstrekkelig statistisk styrke i analysene til å bekrefte dette, er det derimot problematisk å konkludere enten den ene eller den andre veien. Det anbefales derfor å forske videre på mestringsforventning og sosial støtte som modererende faktorer dersom det rekrutteres utvalg store nok til å gjennomføre moderatoranalyser med tilstrekkelig statistisk styrke.

De siste årene er det blitt økende fokus på dem som blir mobbet og selv mobber andre (bully-victims), hvilket anses som en sårbar gruppe (Arseneault, Bowes, & Shakoor, 2010; Breivik et al., 2017). Spørreskjemapakken i SEED-studien inkluderer spørsmål om hvorvidt respondentene selv har mobbet andre i løpet av skoletiden, i arbeidslivet eller i andre sosiale sammenhenger utenom skole og arbeidslivet. Dataene eksisterer derfor, og det hadde vært interessant både å vite hvor stor andel av utvalget dette gjelder samt hvorvidt dette har påvirkning på grad av psykiske helseplager. Resultatet av en slik studie kunne potensielt fått



implikasjoner for arbeidet mot mobbing dersom det viser seg at en høy andel av unge voksne i fare for uførhet også mobber andre, i tillegg til å bli mobbet selv.

Avslutningsvis informeres det om at SEED-studien, som gjeldende studie er tilknyttet, er en RCT-studie som består av tre målepunkt med spørreskjema: baseline, 6 måneders oppfølging og 12 måneders oppfølging, i tillegg til oppfølging med registerdata over fem år (Sveinsdottir et al., 2016). Gjeldende studie hadde kun tilgang til baselinedata. Ved fullføring av SEED-studien vil dermed fremtidige undersøkelser ha mulighet til å betrakte relasjonene og interaksjonene observert i foreliggende studie med et longitudinelt perspektiv. Det anbefales at videre forskning nytter seg av denne muligheten, blant annet for å i større grad kunne styrke antakelsene omkring kausalitet.

## 7.0 KONKLUSJON

Å være i arbeid er bra for helsen, forutsatt at arbeidet innebærer trygge og gode arbeidsforhold. Høy sysselsetting er forbundet med god helse i befolkningen generelt, og å fremme arbeidsdeltakelse er et viktig virkemiddel innen det helsefremmende arbeidet mot å utjevne sosiale ulikheter i helse. Den økende andelen unge voksne som havner utenfor arbeid og utdanning utgjør derfor en utfordring. Årsaken til at enkelte står utenfor skyldes helserelaterte problemstillinger, og utviklingen av unge voksne på uføretrygd i Norge har økt de siste årene. Ung uførhet anses både som et personlig problem, og som et samfunnsproblem. Psykiske lidelser og helseplager blir angitt som hovedårsaken til den økende trenden. De bakenforliggende årsakene til dette er derimot ukjent, men vi vet at fra tidligere forskning at det eksisterer en tydelig sammenheng mellom mobbing og psykiske helseplager. Samtidig er det ikke alle som utvikler helseplager, hvilket indikerer at det eksisterer faktorer som kan moderere denne sammenhengen. For å styrke innsatsen mot å forebygge uførhet og fremme arbeidsdeltakelse er det avgjørende å ha kunnskap om denne gruppen av unge voksne som risikerer å bli uføre i tidlig alder – en viktig og sårbar gruppe. Forskning på denne populasjonen er derimot mangelfull, hvilket foreliggende studie har bidratt til å rette opp i.

Studien konkluderer med at det er en sammenheng mellom det å ha blitt mobbet og forekomst av psykiske helseplager blant unge voksne utenfor arbeidsmarkedet i fare for tidlig uførhet, hvor de som blir mobbet er mer preget av psykiske helseplager enn de som ikke blir mobbet. Ettersom psykiske lidelser og helseplager utgjør hovedårsaken til ung uførhet kan resultatet implisere at det å bli mobbet indirekte kan lede til uførhet på bakgrunn av utvikling av psykiske helseplager. Studien bidrar således med kunnskap om mulige langtidsvirkninger av å bli utsatt for mobbing. Verken mestringsforventning, ikke-dirigerende eller dirigerende sosial støtte modererer sammenhengen mellom mobbing og psykiske helseplager. Det er derimot mulig at de ikke-signifikante funnene kan skyldes for lav statistisk styrke i analysen, og det oppfordres derfor til videre forskning med store nok utvalg for slike analyser.

Gjeldende studie bidrar med ny kunnskap om en marginalisert gruppe som det finnes lite tidligere forskning på, og bidrar således til et etterspurt og høyst aktuelt forskningsområde.

## 8.0 REFERANSER

- Aiken, L. S., West, S. G., & Reno, R. R. (1991). *Multiple regression : testing og interpreting interactions*. Newbury Park, Calif: SAGE.
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. Hentet fra <https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. 17. juni 2005 nr. 62. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2016, 12.01.2018). Arbeidspraksis i skjermet virksomhet. Hentet fra <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+innhold/arbeidspraksis-i-skjermet-virksomhet>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2017a, 07.07.17). Uføretrygd. Hentet fra <https://www.nav.no/no/Person/Pensjon/Uforetrygd#chapter-1>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2017b). Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2014. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV). Statistikkseksjonen. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd/Diagnoser+uforetrygd>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2018a). Personer med nedsatt arbeidsevne og mottakere av arbeidsavklaringspenger. Mars 2018. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV). Statistikkseksjonen. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Arbeidsavklaringspenger>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2018b). Utviklingen i uføretrygd per 31. mars 2018. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV). Statistikkseksjonen. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd>
- Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths og mental health problems: ‘Much ado about nothing’? *Psychol. Med.*, 40(5), 717-729. doi:10.1017/S0033291709991383
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in Health og Social Care. A practical guide*. (3 ed.). Maidenhead: Open University Press.

- Bakken, A. (2017). Ungdata. Nasjonale resultater 2017, NOVA rapport 10/17. Oslo: NOVA.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health, 13*(4), 623-649. doi:10.1080/08870449808407422
- Belle, D. (1991). Gender differences in the social moderators of stress. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: an anthology* (3 ed., pp. 258-274). New York: Columbia University Press.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. (2. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blaxter, H. (2010). *Health* (2 ed.). Cambridge: Polity Press.
- Boulton, M. J. (2013). Associations between adults' recalled childhood bullying victimization, current social anxiety, coping, og self-blame: evidence for moderation og indirect effects. *Anxiety, Stress & Coping, 26*(3), 270-292. doi:10.1080/10615806.2012.662499
- Brage, S., & Thune, O. (2015). Ung uførhet og psykisk sykdom. *Arbeid og velferd* (1). Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/ung-uf%C3%B8rhet-og-psykisk-sykdom>
- Bragstad, T., & Brage, S. (2011). Unge på arbeids- og helserelaterte ordninger. *Arbeid og velferd* (2). Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/unge-p%C3%A5-arbeids-og-helserelaterte-ordninger>
- Breivik, K., Bru, E., Hancock, C., Idsøe, E. C., Idsøe, T., & Solberg, M. E. (2017). *Å bli utsatt for mobbing. En kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak*. Stavanger: Læringsmiljøsentret.
- Bø, T. P., & Vigran, Å. (2015). Utenfor arbeidsliv og skole – unge 15-29 år i Norge og Europa. Ungdom som verken er i arbeid eller utdanning. *SSB, Samfunnsspeilet* (1). Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/ungdom-som-verken-er-i-arbeid-eller-utdanning-art>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design. Qualitative, quantitative, og mixed method approaches*. (4. ed.). Los Angeles: SAGE Publications
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus
- Dahl, E., van der Wel, K. A., & Harsløf, I. (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Høgskolen i Oslo.

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies og strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies. Hentet fra <https://www.iffs.se/en/publications/working-papers/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>
- Dalgard, O., S., Mathisen, K., S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L., E. (2011). Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>
- De Nasjonale Forskningsetiske komiteene. (2015, 23.06.15). Bias. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Spesielle-problemomrader/Bias/>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci*, 19(1), 1-15.
- Eurofound. (2012). NEETs - Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs og policy responses in Europe. Luxembourg. Hentet fra <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/labour-market-social-policies/neets-young-people-not-in-employment-education-or-training-characteristics-costs-and-policy>
- Eurofound. (2016). Exploring the diversity of NEETs. Luxembourg. Hentet fra <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2016/labour-market-social-policies/exploring-the-diversity-of-neets>
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4 ed.). London: Sage.
- Fisher, E. B., Everard, K., Gabriele, J., Heins, J., Jeffe, D., Scott, C., & Walker, M. (2004). Measuring Nondirective og Directive Social Support. [<http://org.uib.no/mofa/insuch/files/Measuring%20ND%20%20Dir%20SoSu%20092704.pdf>].
- Fisher, E. B., La Greca, A. M., Greco, P., Arfken, C., & Schneiderman, N. (1997). Directive og nondirective social support in diabetes management. *Int J Behav Med*, 4(2), 131-144. doi:10.1207/s15327558ijbm0402\_3
- Folkehelseinstituttet (2018). Folkehelse rapporten - kortversjon: Helsetilstanden i Norge 2018, Folkehelseinstituttet. Rapport 05/2018. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-920-7. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>

- Folkehelseinstituttet. (2015). Faktaark. Fakta om psykiske plager og lidelser hos voksne. Rapport 2009:8. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid mv. 24. juni 2011 nr. 29. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fosse, G. K. (2006). *Mental health of psychiatric outpatients bullied in childhood. Doctoral thesis.*, Department of Neuroscience, Faculty of Medicine, Norwegian University of Science og Technology (NTNU), Trondheim.
- Fridh, M., Lindström, M., & Rosvall, M. (2015). Subjective health complaints in adolescent victims of cyber harassment: moderation through support from parents/friends - a Swedish population-based study. [journal article]. *BMC Public Health*, *15*(1), 949. doi:10.1186/s12889-015-2239-7
- Gabriele, J. M., Carpenter, B. D., Tate, D. F., & Fisher, E. B. (2011). Directive og nondirective e-coach support for weight loss in overweight adults. *Ann Behav Med*, *41*(2), 252-263. doi:10.1007/s12160-010-9240-2
- Gemzøe Mikkelsen, E., & Einarsen, S. (2002). Relationships between exposure to bullying at work og psychological og psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity og generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, *43*(5), 397-405. doi:10.1111/1467-9450.00307
- Giæver, Ø., & Torgersen, P. T. (2014). Fra forskning til politikk: Utviklingen av en nasjonal strategi mot sosiale helseforskjeller. In J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Eds.), *Sosial Epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. (First ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Green, J., Tones, K., Cross, R., & Woodall, J. (2015). *Health promotion. Planning & strategies*. (Third ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Grødem, A., S., Nielsen, R., A., & Strand, A., H. (2014). Unge mottakere av helserelaterte ytelser. Fordelingen mellom offentlig og familiebasert forsørgelse av unge NEET: Fafo-rapport 2012:37. Hentet fra <http://www.fafo.no/index.php/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/unge-mottakere-av-helserelaterte-ytelser-2>
- Harber, K. D., Schneider, J. K., Everard, K. M., & Fisher, E. B. (2005). Directive Support, Nondirective Support, og Morale. *Journal of Social og Clinical Psychology*, *24*(5), 691-722. doi:10.1521/jscp.2005.24.5.691
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, og conditional process analysis : a regression-based approach*. New York: Guilford Press.

- Helsedirektoratet. (2014). Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Oslo. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet>
- Hinduja, S., & Patchin, J. (2015). *Bullying beyond the schoolyard. Preventing og responding to cyberbullying* (2nd. ed.). California: Corwin Press.
- House, J., S. . (1981). *Work, stress og social support*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Jenkins, L. N., Fredrick, S. S., & Wenger, J. (2018). Peer victimization og social-emotional outcomes: The role of teacher og peer support. *Aggressive Behavior*, *44*(2), 176-184. doi:10.1002/ab.21741
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Scwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington DC: Hemisphere.
- Johnsen, T. L., Eriksen, H. R., Indahl, A., & Tveito, T. H. (2017). Directive og nondirective social support in the workplace – is this social support distinction important for subjective health complaints, job satisfaction, og perception of job demands og job control? *Scandinavian Journal of Public Health*, *0*(0), 1403494817726617. doi:10.1177/1403494817726617
- Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2008). Culture og social support. *Am Psychol*, *63*(6), 518-526. doi:10.1037/0003-066x
- Kochenderfer-Ladd, B., & Skinner, K. (2002). Children's coping strategies: moderators of the effects of peer victimization? *Developmental psychology*, *38*(2), 267-278. doi:10.1037/0012-1649.38.2.267
- Kowitt, S. D., Ayala, G. X., Cherrington, A. L., Horton, L. A., Safford, M. M., Soto, S., . . . Fisher, E. B. (2017). Examining the Support Peer Supporters Provide Using Structural Equation Modeling: Nondirective og Directive Support in Diabetes Management. [journal article]. *Annals of Behavioral Medicine*, *51*(6), 810-821. doi:10.1007/s12160-017-9904-2
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, og coping*. New York: Springer.
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying og maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet. Psychiatry*, *2*(6), 524-531. doi:10.1016/S2215-0366(15)00165-0
- Levine, S., & Ursin, H. (1991). What is stress? In M. R. Brown, G. F. Koob & C. Rivier (Eds.), *Stress: Neurobiology og neuroendocrinology*. New York: Marcel Dekker.

- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R., Kinicki, A. J., & Zedeck, S. (2005). Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology, 90*(1), 53-76. doi:10.1037/0021-9010.90.1.53
- Murphy, G., & Athanasou, J. (1999). The effect of unemployment on mental health. *J. Occup. Organ. Psychol., 72*, 83-99.
- Murphy, K. R., Myors, B., & Wolach, A. (2009). *Statistical power analysis : a simple and general model for traditional and modern hypothesis tests* (3rd ed. ed.). New York: Routledge.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathisen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>
- Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A. A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., . . . Prince, M. (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry, 163*(8), 1412-1418. doi:10.1176/ajp.2006.163.8.1412
- Nettelbladt, P., Hansson, L., Stefansson, C.-G., Borgquist, L., & Nordström, G. (1993). Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. [journal article]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28*(3), 130-133. doi:10.1007/bf00801743
- Nielsen, M. B., Emberland, J. S., & Knardahl, S. (2017). Workplace Bullying as a Predictor of Disability Retirement: A Prospective Registry Study of Norwegian Employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 59*(7), 609-614. doi:10.1097/JOM.0000000000001026
- Nielsen, M. B., Gjerstad, J., Jacobsen, D. P., & Einarsen, S. V. (2017). Does Ability to Defend Moderate the Association between Exposure to Bullying and Symptoms of Anxiety? [Original Research]. *Frontiers in Psychology, 8*(1953). doi:10.3389/fpsyg.2017.01953
- Odéen, M., Westerlund, H., Theorell, T., Leineweber, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2013). Expectancies, Socioeconomic Status, and Self-Rated Health: Use of the Simplified TOMCATS Questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine, 20*(2), 242-251. doi:10.1007/s12529-012-9221-x
- OECD. (2017). *OECD Employment Outlook 2017*. Hentet fra <http://www.oecd.org/els/oecd-employment-outlook-19991266.htm>



- Olsen, T. S., Jentoft, N., & Jensen, H. C. (2009). "Et liv jeg ikke valgte". Om unge uføre i fire fylker. In FoU-rapport (Ed.), 9. Kristiansand: Agderforskning.
- Olweus, D. (1992). *Mobbing i skolen. Hva vi vet og hva vi kan gjøre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know og what we can do*. Oxford, UK: Blackwell.
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. (6 ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment Impairs Mental Health: Meta-Analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282. doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001
- Reevy, G. M., & Maslach, C. (2001). Use of Social Support: Gender og Personality Differences. [journal article]. *Sex Roles*, 44(7), 437-459. doi:10.1023/a:1011930128829
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization og internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 244-252. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.009
- Reknes, I., Einarsen, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Moen, B. E., & Mageroy, N. (2016). Exposure to bullying behaviors at work og subsequent symptoms of anxiety: the moderating role of individual coping style. *Ind Health*, 54(5), 421-432. doi:10.2486/indhealth.2015-0196
- Roland, E. (2014). *Mobbingens psykologi : hva kan skolen gjøre?* (2 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rothon, C., Head, J., Klineberg, E., & Stansfeld, S. (2011). Can Social Support Protect Bullied Adolescents from Adverse Outcomes? A Prospective Study on the Effects of Bullying on the Educational Achievement og Mental Health of Adolescents at Secondary Schools in East London. *Journal of Adolescence*, 34(3), 579-588. doi:10.1016/j.adolescence.2010.02.007
- Rådet for psykisk helse. (2015). Fakta om angst. Hentet fra [https://psykiskhelse.no/assets/council/Brosjyrer/angst\\_2015.pdf](https://psykiskhelse.no/assets/council/Brosjyrer/angst_2015.pdf)
- Sainio, M., Veenstra, R., Huitsing, G., & Salmivalli, C. (2011). Victims og their defenders: A dyadic approach. *International Journal of Behavioral Development*, 35(2), 144-151. doi:10.1177/0165025410378068
- Selye, H. (1975). Confusion og controversy in the stress field. *J Human Stress*, 1(2), 37-44. doi:10.1080/0097840x.1975.9940406

- Skogen, J. C., Overland, S., Smith, O. R. F., & Aaro, L. E. (2017). The factor structure of the Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25) in a student population: A cautionary tale. *Scand J Public Health, 45*(4), 357-365. doi:10.1177/1403494817700287
- Skogstad, A., & Harris, A. (2017). Stress, mestring og helse i arbeidslivet. In S. Einarsen, Ø. L. Martinsen, A. Skogstad & D. Keeping (Eds.), *Organisasjon og ledelse* (pp. 147-173). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Solberg, E. (2017). Regjeringen tar unge uføre på alvor. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/M0p0J/-Regjeringen-tar-unge-ufore-pa-alvor>
- Solberg, M. E., & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior, 29*(3), 239-268. doi:10.1002/ab.10047
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen - Helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gradientutfordringen-helsedirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse>
- Statsministerens Kontor. (2016, 15.01.16). Nytt partnerskap mot mobbing. Pressemelding nr. 8/2016. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nytt-partnerskap-mot-mobbing/id2470537/>
- Statsministerens Kontor. (2018, 14.01.18). Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id2585544/#k2>
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 og MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry, 57*(2), 113-118. doi:10.1080/08039480310000932
- Strøm, I. F. (2014). *Violence in adolescence og later work marginalization? A prospective study of physical violence, sexual abuse og bullying in 15-years-olds og marginalization from work in young adulthood. Doctoral thesis*. Doctoral thesis, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo.
- Sveinsdottir, V., Tveito, T. H., Bond, G. R., Grasdahl, A. L., Lie, S. A., & Reme, S. E. (2016). Protocol for the SEED-trial: Supported Employment and preventing Early Disability. *BMC Public Health, 16*, 579. doi:10.1186/s12889-016-3280-x

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics* (6th ed., new international ed. ed.). Harlow: Pearson.
- Takizawa, R., Maughan, B., & Arseneault, L. (2014). Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *Am J Psychiatry*, *171*(7), 777-784. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13101401
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review og an Examination of Relative Coping. *Personality og Social Psychology Review*, *6*(1), 2-30. doi:10.1207/s15327957pspr0601\_1
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Lösel, F., & Loeber, R. (2011). Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review og meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict og Peace Research*, *3*(2), 63-73. doi:doi:10.1108/17596591111132873
- Undheim, A. M., Wallander, J., & Sund, A. M. (2016). Coping Strategies og Associations With Depression Among 12- to 15-Year-Old Norwegian Adolescents Involved in Bullying. *The Journal of Nervous og Mental Disease*, *204*(4), 274-279. doi:10.1097/nmd.0000000000000474
- Ursin, H., & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, *29*(5), 567-592. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X
- van Der Noordt, M., Ijzelenberg, H., Droomers, M., & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational og Environmental Medicine*, *71*(10), 730. doi:10.1136/oemed-2013-101891
- Waddell, G., & Burton, K., A. (2006). *Is work good for your health og well-being?* London: TSO.
- Widding-Havnerås, T. (2016). Unge voksne som verken er i arbeid eller utdanning: En registerbasert studie, 1993–2009. *Søkelys på arbeidslivet*, *33*(4), 360-378. doi:10.18261/issn.1504-7989-2016-04-05
- Winokur, A., Winokur, D. F., Rickels, K., & Cox, D. S. (1984). Symptoms of emotional distress in a family planning service: stability over a four-week period. *Br J Psychiatry*, *144*, 395-399.
- World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization. Hentet fra <http://www.who.int/about/mission/en/>

- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet fra [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)
- World Health Organization. (2004). Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health og Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) og the University of Melbourne. Hentet fra <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>
- World Health Organization. (2017). Factsheet. Mental disorders. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053
- Yeung Thompson, R. S., & Leadbeater, B. J. (2013). Peer Victimization og Internalizing Symptoms From Adolescence Into Young Adulthood: Building Strength Through Emotional Support. *Journal of research on adolescence : the official journal of the Society for Research on Adolescence*, 23(2), 290-303. doi:10.1111/j.1532-7795.2012.00827.x
- Yin, X.-Q., Wang, L.-H., Zhang, G.-D., Liang, X.-B., Li, J., Zimmerman, M. A., & Wang, J.-L. (2017). The promotive effects of peer support og active coping on the relationship between bullying victimization og depression among chinese boarding students. *Psychiatry Research*, 256, 59-65. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.037>
- Øyeflaten, I., Gabriele, J. M., Fisher, E. B., & Eriksen, H. R. (2010). Social support og subjective health complaints in occupational rehabilitation. *International Journal of Therapy og Rehabilitation*, 17(8), 424-434.

## VEDLEGG I

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Silje Endresen Reme  
Uni Helse Uni Research  
Krinkelkroken 1  
5014 BERGEN

Vår dato: 16.05.2014

Vår ref: 38271 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.03.2014. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 14.05.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>38271</i>	<i>Supported Employment and preventing Early Disability (SEED)</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Uni Research AS, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Silje Endresen Reme</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2025, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering



SEED-studien er en randomisert kontrollert studie der målet er å evaluere to ulike tiltak som tilbys av NAV for å forebygge uførhet og øke arbeidsdeltakelse blant unge som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Deltakerne fordeles tilfeldig til de to ulike arbeidsrettede tiltakene: Arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS) eller Supported Employment (SE).

SEED-studien vil bidra med ny kunnskap om effekten som de ulike tiltakene har med tanke på:

- Sykefravær, mottak av stønad og uføretrygd (registerdata)
- Fysisk og psykisk helse, funksjon og mestring (spørreskjemadata)
- Kostnadseffektivitet av tiltakene (kost/nytte-analyse).

Utvalget består av 200-400 personer mellom 18-29 år som faller innunder NAV-lovens § 14a med behov for spesielt tilpasset innsats. Førstegangskontakt foretas via saksbehandler i NAV, som videreformidler informasjon om prosjektet med invitasjon til allmøter i regi av Uni Helse i samarbeid med NAV. Informasjonsskrivet av 06.05.14 er godt utformet.

Data samles inn via standardiserte og validerte spørreskjema om livsstil, funksjon, symptomer og helsetilstand. Deltakelse innebærer å fylle ut spørreskjema før oppstart av tiltak, samt etter 6 og 12 måneder. I tillegg innhentes det samtykke til at registerdata for årene 2011-2021 kan innhentes om den enkelte. Følgende registerdata inngår:

- Alder og kjønn
- Bruk av økonomisk sosialhjelp
- forløpsdata for utdanning (type, start- og eventuelt sluttdato, høyeste oppnådde nivå)
- forløpsdata for arbeidsforhold (start- og evt. sluttdato, næringskode)
- forløpsdata om sykefravær (start- og evt. sluttdato, diagnose, prosentandel)
- forløpsdata for tiltak og ytelser (start- og evt. sluttdato for dagpenger, arbeidsavklaringspenger, beløp)
- forløpsdata for uføretrygd (start- og evt. sluttdato, uføregrad)
- årlig pensjonsgivende inntekt

Ombudet anser at konfidensialitet og frivillighetsaspekt er ivaretatt på en god måte. Hvorvidt man deltar i eller trekker seg fra studien, får ingen konsekvenser i forhold til deltakelsen i tiltakene og oppfølgingen fra NAV. Den enkeltes besvarelse vil heller ikke være tilgjengelig for ansatte i NAV.

Fremgangsmåten rundt informasjonssikkerhet er som følger:

Forskergruppen mottar navn og personnummer fra NAV på dem som har samtykket til deltakelse i studien. Øvrige kontaktopplysninger (adresse, e-post adresse, evt. mobilnummer) innhentes direkte fra deltakerne. Koblingsnøkkelen for registerdata oppbevares hos SSB, mens den opprinnelige koblingsnøkkelen for spørreskjemadata før kobling med registerdata oppbevares i brannsikert skap med tallkode hos Uni Research.



Uni Research sletter sin koblingsnøkkel så snart skjema data er ferdig innsamlet. Behandling og oppbevaring av data skjer i aidentifisert form, på sikker server, jf. telefonsamtale med prosjektleder av 14.05.14.

Ved oversendelse av data må det i tillegg benyttes anerkjente krypteringsstandarder. Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Uni Research sine interne rutiner for datasikkerhet. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til datamaterialet, og alle personer som er tilknyttet prosjektet har taushetsplikt.

Spørreskjema fylles ut enten i papirformat eller elektronisk. Qualtrics er databehandler for prosjektet. Uni Research AS skal inngå skriftlig avtale med Qualtrics om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>.

Forventet prosjektslutt er 01.12.2025. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer. Dette inkluderer eventuelle logger og koblinger mellom IP-/epostadresser og besvarelser.

## VEDLEGG II



*Regional Committee for Medical and Health Research Ethics, Western-Norway*

To whom it may concern

Date  
06.07.2016

### **Confirmation; - Exempt Review Status**

#### **Regarding the research project "Supported Employment and preventing Early Disability (the SEED-trial)"**

The Norwegian Regional Committees for Medical and Health Research Ethics (REC) review research projects falling within the Health Research Act, defining medical and health research as "activity conducted using scientific methods to generate new knowledge about health and disease". The purpose is decisive; not whether the research is carried out by health professionals or on patients or makes use of personal health information.

Having discussed your project and considered the information provided, we confirm that this project does not fall under the Health Research Act, and is therefore outside of REC's remit and not subject to evaluation.

With kind regards,

Anna Stephansen  
Kontorsjef  
Tel. 55 97 84 96  
Mobil: 45008356  
Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)  
<http://helseforskning.etikkom.no>



# Spørreskjema om arbeid og helse



## **SEED-studien: «Supported Employment and Preventing Early Disability»**

Hensikten med dette forskningsprosjektet er å få kunnskap om ulike tiltak for å forebygge uførhet og øke arbeidsdeltakelse blant unge mellom 18-29 år. Prosjektet er finansiert av Norges Forskningsråd, og drives av forskere ved Uni Research Helse. Ansvarlig for prosjektet er prosjektlederne Silje E. Reme og Torill H. Tveito.

For å avgjøre om tiltakene som undersøkes virker, er det nødvendig å spørre ganske grundig om hvordan du har det nå før oppfølgingen igangsettes. Vi ber deg bl.a. om å svare på spørsmål om fysisk og psykisk helse, utdanning, arbeidsevne og funksjon. Du vil bli bedt om å fylle ut et mindre spørreskjema om 6 og 12 måneder.

Det er mange spørsmål i skjemaet, og det er ingen riktige eller gale svar. Les spørsmålene nøye og forsøk å beskrive det som passer best for deg. Bruk magefølelsen og svar det som umiddelbart virker som det riktige svaret for deg. Noen spørsmål ligner på hverandre. Årsaken til dette er at spørreskjemaet er sammensatt av flere standardiserte spørreskjema som brukes i forskning internasjonalt og ikke kan endres på. Det er derfor viktig at du besvarer alle spørsmålene.

Det utfylte skjemaet er konfidensielt, og vil ikke bli lest av NAV eller andre utenforstående. Resultatene vil ikke bli presentert på en måte som gjør det mulig å identifisere den enkelte svargiver. Alle vi som er knyttet til prosjektet har taushetsplikt.

Dersom du har spørsmål om prosjektet, ta gjerne kontakt med oss.

På forhånd tusen takk for hjelpen!

### **Prosjektleder I:**

Silje E. Reme  
[Silje.Reme@uni.no](mailto:Silje.Reme@uni.no)  
908 65 267

### **Prosjektleder II:**

Torill H. Tveito  
[Torill.Tveito@uni.no](mailto:Torill.Tveito@uni.no)  
918 06 809

### **Prosjektkoordinator:**

Vigdis Sveinsdottir  
[Vigdis.Sveinsdottir@uni.no](mailto:Vigdis.Sveinsdottir@uni.no)  
55 58 99 59

Uni Research Helse, Postboks 7810, 5020 Bergen  
Prosjekttelefon: 55 58 99 59  
Prosjekt e-post: [seed@uni.no](mailto:seed@uni.no)

# Spørreskjema: Del 1

---

**1. Kjønn**

<sub>1</sub> Mann      <sub>2</sub> Kvinne

Si fra dersom du ønsker  
hjelp til å fylle ut skjema.

**2. Fødselsår:** 19\_\_\_\_\_

**3. Har du lese- og/eller skrivevansker?**

<sub>1</sub> Ja      <sub>2</sub> Nei

**4. Hvordan foretrekker du å motta spørreskjemaene ved 6- og 12-måneders oppfølging?**

<sub>1</sub> I papirform

<sub>2</sub> I elektronisk form, på følgende e-postadresse (vennligst skriv tydelig):

\_\_\_\_\_

**5. Sivilstand**

<sub>1</sub> Singel

<sub>2</sub> Kjæreste (men bor ikke sammen)

<sub>3</sub> Samboer

<sub>4</sub> Gift/partnerskap

**6. Boforhold**

<sub>1</sub> Bor for deg selv

<sub>2</sub> Bor i kollektiv/hybel sammen med andre

<sub>3</sub> Bor sammen med venn

<sub>4</sub> Bor sammen med kjæreste/ektefelle/partner

<sub>5</sub> Bor hos mor og/eller far

<sub>6</sub> Annet, spesifiser: \_\_\_\_\_

**7. Barn**

a) Hvor mange barn har du? \_\_\_\_\_

b) Dersom du har barn, hvor mange barn bor hos deg nå/er i husholdningen?

Antall 0-3 år: \_\_\_\_\_ 4-7 år: \_\_\_\_\_ 8-16 år: \_\_\_\_\_ Over 16 år: \_\_\_\_\_

**8. Ditt fødeland:** \_\_\_\_\_

**Mors fødeland:** \_\_\_\_\_

**Fars fødeland:** \_\_\_\_\_

**9. Har du førerkort?**

<sub>1</sub> Ja      <sub>2</sub> Nei

**10. Hva slags utdanning har du? (Sett kryss ved den høyeste utdannelsen du har)**

- <sub>1</sub> Grunnskolenivå (Barne- og ungdomsskole)  
<sub>2</sub> Videregående skole  
<sub>3</sub> Universitet/høgskole 1-4 år  
<sub>4</sub> Universitet/høgskole mer enn 4 år  
<sub>5</sub> Annet, spesifiser: \_\_\_\_\_

**ARBEID**

**11. Har du tidligere deltatt i arbeidsrettede tiltak i regi av NAV?**

- <sub>1</sub> Ja                      <sub>2</sub> Nei

**Hvis ja, hvilke?**

Tiltak: \_\_\_\_\_ Periode \_\_\_\_\_

Tiltak: \_\_\_\_\_ Periode \_\_\_\_\_

Tiltak: \_\_\_\_\_ Periode \_\_\_\_\_

Tiltak: \_\_\_\_\_ Periode \_\_\_\_\_

**12. Hva er de viktigste årsakene til at du ikke er i arbeid?**

- <sub>1</sub> Psykiske plager  
<sub>2</sub> Arbeidskonflikt  
<sub>3</sub> Andre helseplager  
<sub>4</sub> Belastninger i hjemmesituasjonen  
<sub>5</sub> Annet: \_\_\_\_\_

**13. Yrke**

- a) Har du tidligere vært i arbeid?      <sub>1</sub> Ja                      <sub>2</sub> Nei (Dersom nei, gå til punkt 14)  
b) Hva er/var ditt hovedyrke: \_\_\_\_\_  
c) Antall år i yrket \_\_\_\_\_ stillingsprosent: \_\_\_\_\_ %  
d) Type bedrift: \_\_\_\_\_  
e) Har du privat uføreforsikring?      <sub>1</sub> Ja                      <sub>2</sub> Nei

**BEHANDLING**

**14. Har du fått behandling/oppfølging av helsepersonell i løpet av de siste 6 månedene?**

- <sub>1</sub> Fastlege/bedriftslege                      antall konsultasjoner: \_\_\_\_\_  
<sub>2</sub> Distriktpsikiatrisk senter                      antall konsultasjoner: \_\_\_\_\_  
<sub>3</sub> Psykolog    antall konsultasjoner: \_\_\_\_\_  
<sub>4</sub> Fysio-/manuellterapeut                      antall konsultasjoner: \_\_\_\_\_  
<sub>5</sub> Kiropraktor    antall konsultasjoner: \_\_\_\_\_  
<sub>6</sub> Alternativ behandling (f. eks. homeopati, akupunktur)      antall konsultasjoner: \_\_\_\_\_  
<sub>7</sub> Annet, spesifiser: \_\_\_\_\_                      antall konsultasjoner: \_\_\_\_\_

Hva er du mest fornøyd med av behandlingen/oppfølgingen du har fått?

.....  
.....

Hva er du minst fornøyd med av behandlingen/oppfølgingen du har fått?

.....  
.....

## EGENVURDERINGER

15. a) Hvis du begynner i arbeid, hvilken effekt vil det ha på dine plager?

- <sub>1</sub> Forverre tilstanden  
<sub>2</sub> Forsinke helbredelsen  
<sub>3</sub> Ikke noen effekt  
<sub>4</sub> Litt gunstig effekt  
<sub>5</sub> Svært gunstig effekt

b) Ta standpunkt til denne påstanden:

*(Sett kryss)*

Passer  
svært godt

Passer  
godt

Passer verken  
godt eller dårlig

Passer  
dårlig

Passer  
svært dårlig

Jeg regner med å være i jobb i  
løpet av noen uker

<sub>1</sub>

<sub>2</sub>

<sub>3</sub>

<sub>4</sub>

<sub>5</sub>

## SØVN

16. a) Hvor mange ganger i uken har du vanskeligheter med å sovne?

<sub>0</sub> <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub> <sub>6</sub> <sub>7</sub>

Hvor mange ganger i uken har du nattlige oppvåkninger?

<sub>0</sub> <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub> <sub>6</sub> <sub>7</sub>

Hvor mange ganger i uken våkner du tidlig på morgenen og har vanskeligheter med å få sove igjen?

<sub>0</sub> <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub> <sub>6</sub> <sub>7</sub>

*(Dersom du ikke har hatt noen av disse søvnvanskene, gå til punkt 17)*

b) Hvor lenge har disse søvnvanskene vart?

<sub>1</sub> Mindre enn 1 måned    <sub>2</sub> 1-3 måneder    <sub>3</sub> Over 3 måneder

c) Hvor mange ganger i uken går søvnvanskene ut over privatliv eller jobb/skole?

<sub>0</sub> <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub> <sub>6</sub> <sub>7</sub>

## MOBBING

Vi sier at en person blir mobbet når en eller flere andre sier eller gjør vonde og ubehagelige ting mot denne personen. Ved mobbing skjer disse tingene vanligvis gjentatte ganger, og den som blir utsatt kan ha vanskelig for å forsvare seg. Det er også mobbing når en person med hensikt blir stengt ute fra venneflokken, eller når andre forteller løgner eller sprer falske rykter om ham eller henne. Om en person gjentatte ganger blir ertet på en ubehagelig og sårende måte, er dette også mobbing. Men det er ikke mobbing når noen blir ertet på en snill og vennskapelig måte, eller når to omtrent like sterke (jevnbryrdige) personer slåss eller krangler.

### 17. Tenk tilbake på skoletiden din:

#### a) Hvor ofte ble du mobbet av en eller flere andre elever?

- <sub>1</sub> Aldri eller nesten aldri
- <sub>2</sub> I en kort periode (noen uker)
- <sub>3</sub> I flere korte perioder
- <sub>4</sub> I en lang periode (over flere måneder)
- <sub>5</sub> I flere lengre perioder av min skoletid

#### b) Hvor ofte var du selv med på å mobbe en eller flere andre elever?

- <sub>1</sub> Aldri eller nesten aldri
- <sub>2</sub> I en kort periode (noen uker)
- <sub>3</sub> I flere korte perioder
- <sub>4</sub> I en lang periode (over flere måneder)
- <sub>5</sub> I flere lengre perioder av min skoletid

#### c) Hvor ofte ble du mobbet av en eller flere lærere?

- <sub>1</sub> Aldri eller nesten aldri
- <sub>2</sub> I en kort periode (noen uker)
- <sub>3</sub> I flere korte perioder
- <sub>4</sub> I en lang periode (over flere måneder)
- <sub>5</sub> I flere lengre perioder av min skoletid

### 18. Tenk tilbake på tidligere arbeidsplasser: (Dersom du aldri har vært i jobb, gå til punkt 19)

#### a) Hvor ofte ble du mobbet av en eller flere kolleger?

- <sub>1</sub> Aldri eller nesten aldri
- <sub>2</sub> I en kort periode (noen uker)
- <sub>3</sub> I flere korte perioder
- <sub>4</sub> I en lang periode (over flere måneder)
- <sub>5</sub> I flere lengre perioder av min tid i arbeidslivet

**b) Hvor ofte ble du mobbet av en eller flere ledere?**

- <sub>1</sub> Aldri eller nesten aldri  
<sub>2</sub> I en kort periode (noen uker)  
<sub>3</sub> I flere korte perioder  
<sub>4</sub> I en lang periode (over flere måneder)  
<sub>5</sub> I flere lengre perioder av min tid i arbeidslivet

**c) Hvor ofte var du selv med på å mobbe en eller flere kolleger?**

- <sub>1</sub> Aldri eller nesten aldri  
<sub>2</sub> I en kort periode (noen uker)  
<sub>3</sub> I flere korte perioder  
<sub>4</sub> I en lang periode (over flere måneder)  
<sub>5</sub> I flere lengre perioder av min tid i arbeidslivet

**19. Tenk på andre sosiale sammenhenger utenom skole og arbeidsliv (f.eks. vennegjeng, familie og idrettslag):**

**a) Hvor ofte er du blitt mobbet i sosiale sammenhenger utenom skole og arbeidsliv?**

- <sub>1</sub> Aldri eller nesten aldri  
<sub>2</sub> I en kort periode (noen uker)  
<sub>3</sub> I flere korte perioder  
<sub>4</sub> I en lang periode (over flere måneder)  
<sub>5</sub> I flere lengre perioder av mitt liv utenom skole og arbeidsliv

**b) Hvor ofte har du selv vært med på å mobbe andre i sosiale sammenhenger utenom skole og arbeidsliv?**

- <sub>1</sub> Aldri eller nesten aldri  
<sub>2</sub> I en kort periode (noen uker)  
<sub>3</sub> I flere korte perioder  
<sub>4</sub> I en lang periode (over flere måneder)  
<sub>5</sub> I flere lengre perioder av mitt liv utenom skole og arbeidsliv

**20. Tenk på alle de ulike arenaene nevnt ovenfor (både skole, eventuelt arbeid og andre sosiale sammenhenger)**

**a) Har du selv vært utsatt for mobbing i løpet av de siste 6 månedene?**

- <sub>1</sub> Ikke i det hele tatt (*gå til punkt 20c*)  
<sub>2</sub> En sjelden gang  
<sub>3</sub> 2 eller 3 ganger i måneden  
<sub>4</sub> Omtrent en gang i uken  
<sub>5</sub> Flere ganger pr. uke

**b) Over hvor lang periode har mobbingen foregått?**

- <sub>1</sub> Kun noen uker
- <sub>2</sub> Noen måneder
- <sub>3</sub> Mellom 6 mnd. og 1 år
- <sub>4</sub> Mellom 1 og 2 år
- <sub>5</sub> Mer enn 2 år

**c) Har du selv vært med på å mobbe andre i løpet av de siste 6 månedene?**

- <sub>1</sub> Ikke i det hele tatt (*gå til punkt 21*)
- <sub>2</sub> En sjelden gang
- <sub>3</sub> 2 eller 3 ganger i måneden
- <sub>4</sub> Omtrent en gang i uken
- <sub>5</sub> Flere ganger i uken

**d) Over hvor lang periode har mobbingen av andre foregått?**

- <sub>1</sub> Kun noen uker
- <sub>2</sub> Noen måneder
- <sub>3</sub> Mellom 6 mnd. og 1 år
- <sub>4</sub> Mellom 1 og 2 år
- <sub>5</sub> Mer enn 2 år

## **VOLD**

**21. a) Har du på noe tidspunkt vært påført vold av en eller flere andre personer?**

(Uhell og vanlige barneslagsmål regnes ikke med)

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Nei (*Hvis nei, gå til punkt 22*)

**b) I tilfelle vold, hva slags vold har du vært utsatt for?**

- <sub>1</sub> Blitt slått
- <sub>2</sub> Ran/Overfall
- <sub>3</sub> Seksuell vold eller overgrep
- <sub>4</sub> Frihetsberøvelse
- <sub>5</sub> Alvorlige trusler
- <sub>6</sub> Annen form for vold: \_\_\_\_\_

**c) I tilfelle du har vært utsatt for vold, hvor ofte har dette skjedd?**

- <sub>1</sub> En enkelt hendelse
- <sub>2</sub> Flere enkelthendelser
- <sub>3</sub> Regelmessig i 1 – 12 måneder
- <sub>4</sub> Regelmessig i over ett år



## ALKOHOL, RUS OG LEGEMIDLER

### 22. Alkohol

#### a) Hvor ofte drikker du alkohol?

- <sub>1</sub> Aldri (*Hvis aldri, gå til punkt 23*)  
<sub>2</sub> Månedlig eller sjeldnere  
<sub>3</sub> To til fire ganger i måneden  
<sub>4</sub> To til tre ganger i uken  
<sub>5</sub> Fire ganger i uken eller mer

#### b) Hvor mange alkoholenheter (en drink, et glass vin eller 1 liten flaske pilsnerøl) tar du på en "typisk" drikkedag?

- <sub>1</sub> 1-2  
<sub>2</sub> 3-4  
<sub>3</sub> 5-6  
<sub>4</sub> 7-9  
<sub>5</sub> 10 eller flere

#### c) Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?

- <sub>1</sub> Aldri  
<sub>2</sub> Sjelden  
<sub>3</sub> Noen ganger i måneden  
<sub>4</sub> Noen ganger i uken  
<sub>5</sub> Nesten daglig

#### d) Når du drikker, drikker du da vanligvis (sett ett eller flere kryss)

- <sub>1</sub> Øl eller cider  
<sub>2</sub> Vin  
<sub>3</sub> Brennevin

### 23. Rusmidler

Her er noen spørsmål om narkotiske stoffer og legemidler (rusmidler). Vi er takknemlige om du svarer så grundig og ærlig som mulig ved å markere det alternativ som gjelder for deg.

#### 1. Hvor ofte bruker du andre rusmidler enn alkohol?

(Se liste over narkotiske stoffer og legemidler på side 11)

- |  |                                       |                                       |                                       |                                       |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Aldri ( <i>Hvis aldri, gå til punkt 24</i> ) | 1 gang i måneden eller sjeldnere      | 2-4 ganger i måneden                  | 2-3 ganger i uken                     | 4 ganger i uken eller mer             |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

#### 2. Bruker du flere enn ett rusmiddel ved ett og samme tilfelle?

- |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Aldri                                 | 1 gang i måneden eller sjeldnere      | 2-4 ganger i måneden                  | 2-3 ganger i uken                     | 4 ganger i uken eller mer             |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

**3. Hvor mange ganger i løpet av en typisk dag tar du stoff/legemidler, når du tar rusmidler?**

0	1-2	3-4	5-6	7 eller flere
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**4. Hvor ofte blir du kraftig påvirket av rusmidler?**

Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**5. Har du det siste året opplevd at lengselen etter rusmidler har vært så sterk at du ikke kunne stå imot?**

Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**6. Har det hendt at du i løpet av det siste året ikke kunne slutte å ta rusmidler når du først hadde begynt?**

Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**7. Hvor ofte i løpet av det siste året har du tatt rusmidler og så latt være å gjøre noe som du burde ha gjort?**

Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**8. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt behov for å starte dagen med å ta rusmidler etter stort inntak dagen før?**

Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**9. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse eller dårlig samvittighet fordi du har brukt rusmidler?**

Aldri	Sjeldnere enn en gang i måneden	Hver måned	Hver uke	Daglig eller nesten hver dag
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**10. Har du eller noen andre blitt skadet (psykisk eller fysisk) på grunn av din bruk av rusmidler?**

Nei	Ja, men ikke i løpet av det siste året	Ja, i løpet av det siste året
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

**11. Har en slektning eller venn, lege eller sykepleier, eller noen andre vært urolige for din bruk av rusmidler, eller sagt til deg at du burde slutte med rusmidler?**

Nei

<sub>1</sub>

Ja, men ikke i løpet av det siste året

<sub>2</sub>

Ja, i løpet av det siste året

<sub>3</sub>

**LISTE OVER NARKOTISKE STOFFER (OBS. IKKE ALKOHOL)**

Cannabis	Amfetamin, sentralstim.	Kokain	Opiater	Hallusinogener	Løsemidler	GHB og øvrige
Cannabis	Amfetamin	Crack	Heroin	2C-B, DOB	Bensin	Amylniritt (poppers)
Cannabisolje	Betelnøtt	Freebase	Opium	DMT (mimosa)	Gass	Anabole steroider
Hasj	Concerta	Kokablad	Røykeheroin	Ecstasy (MDMA)	Lim	Antikolinergika (Disipal, Akineton)
Marihuana	Dexamin	Kokain		Fleinsopp	Løsemidler	GHB, GBL
	Equasym	Kokainbase		Ketalar/Ketamin	Trikloretalen	Lystgass
	Fenmetralin	Kokapasta		LSD	Tynner	
	Khat			Magic		
	Metamfetamin			mushrooms		
	Metylfenidat			Meksikansk sopp		
	Modafinil			Meskalin/Peyote		
	Modiodal			Muscat		
	Ritalin			PCP		
				Piggeple		
				Psilocybin		

**LEGEMIDLER**

Legemidler regnes som rusmiddel når du tar det:

- Mer eller oftere enn legen har foreskrevet
- For å ha det moro, føle deg bra, bli «høy», eller prøve ut effekten av dem
- Og har fått det av en slektning eller venn
- Og har kjøpt det «svart» eller stjålet det

Tabletter regnes IKKE som rusmiddel når de er foreskrevet av lege og du tar dem slik legen sier at du skal (både mengde og hyppighet).

Beroligende legemidler og/eller sovetabletter			Smertestillende legemidler		
Alopam	Karisoprodol	Stilnoct	Actiq	Ketalar	OxyNorm
Aprazolam	Klometiazol	Valium	Anervan	Ketamin	Pallodon
Apodorm	Klonazepam	Vival	Aporex	Ketobemidon	Paralgin
Ativan	Lorazepam	Xanor	Apotekets sterke	Ketogan	Paralgin forte
Barbital	Midazolam	Xanor dep.	hostesirup	Ketorax	/major/minor
Diazepam	Mogadon	Zolpidem	Buprenorfin	Kodein	Petidin
Dormicum	Nitrazepam	Zopiclone	Cosylan	Leptanal	Pinex
Fenemal	Oxazepam	Zopiklon	Dekstropropoksyfen	Matrifen	Pinex forte
Fenobarbital	Rivotril		Dolcontin	Meprobamat	/major
Flunitrazepam	Rohypnol		Durogesic	Metadon	Solvipect Comp
Flunipam	Sobril		Etylmorfin	Morfin	Suboxone
Heminevrin	Somadril		Fentanyl	Morfinscopolamin	Subutex
Imovane	Stesolid		Fortralin	Nobligan	Temgesic
			Hydrokon	Norspan	Tramadol
			Hydromorfonklorid	Oksykodon	Tramagetic
			Kapanol	OxyContin	

**24. Bruker du medisiner?**

- <sub>1</sub> Ja, daglig
- <sub>2</sub> Ja, ved behov
- <sub>3</sub> Nei

**Hvilke medisiner bruker du?**

Medikament: _____	Antall mg: _____
Medikament: _____	Antall mg: _____
Medikament: _____	Antall mg: _____
Medikament: _____	Antall mg: _____
Medikament: _____	Antall mg: _____
Medikament: _____	Antall mg: _____
Medikament: _____	Antall mg: _____
Medikament: _____	Antall mg: _____
Medikament: _____	Antall mg: _____
Medikament: _____	Antall mg: _____

*Du er nå ferdig med første del av spørreskjemaet.  
Ta gjerne ta en pause dersom du ønsker det.  
Del 2 starter på neste side:*

# Spørreskjema: Del 2

## 25. Helseproblemer siste 30 døgn

Nedenfor nevnes noen vanlige helseplager. Vi vil be deg om å vurdere hvert enkelt problem/symptom, og oppgi i **hvilken grad du har vært plaget** av dette i løpet av de siste tretti døgn, og **antall dager** du har vært plaget.

### Eksempel

Hvis du føler at du har vært *en del* plaget med forkjølelse/influenza siste måned, og varigheten av plagene var *ca. en uke*, fylles dette ut på følgende måte:

Sett ring rundt tallet som passer best.

Nedenfor nevnes noen alminnelige helseproblemer	Ikke plaget	Litt plaget	Endel plaget	Alvorlig plaget	Antall dager plagene varte (omtrent)
1. Forkjølelse, influensa	0	1	②	3	7

**NB! Det er viktig at du fyller ut både *hvor plaget* du har vært, og *omtrent antall dager* du har vært plaget siste tretti døgn.**

Nedenfor nevnes noen alminnelige helseproblemer (sett ring rundt tallet som passer)	Ikke plaget	Litt plaget	Endel plaget	Alvorlig plaget	Antall dager plagene varte (omtrent)
1. Forkjølelse, influensa.....	0	1	2	3	.....
2. Hoste, bronkitt.....	0	1	2	3	.....
3. Astma.....	0	1	2	3	.....
4. Hodepine.....	0	1	2	3	.....
5. Nakkesmerter.....	0	1	2	3	.....
6. Smerter øverst i ryggen.....	0	1	2	3	.....
7. Smerter i korsrygg.....	0	1	2	3	.....
8. Smerter i armer.....	0	1	2	3	.....
9. Smerter i skuldre.....	0	1	2	3	.....
10. Migrene.....	0	1	2	3	.....
11. Hjertebank, ekstraslag.....	0	1	2	3	.....
12. Brystsmerter.....	0	1	2	3	.....
13. Pustevansker.....	0	1	2	3	.....
14. Smerter i føttene ved anstrengelser.....	0	1	2	3	.....

<b>Nedenfor nevnes noen alminnelige helseproblemer</b> (sett ring rundt tallet som passer)	<b>Ikke plaget</b>	<b>Litt plaget</b>	<b>Endel plaget</b>	<b>Alvorlig plaget</b>	<b>Antall dager plagene varte (omtrent)</b>
15. Sure oppstøt, "halsbrann» .....	0	1	2	3	.....
16. Sug eller svie i magen .....	0	1	2	3	.....
17. Magekatarr, magesår .....	0	1	2	3	.....
18. Mageknip .....	0	1	2	3	.....
19. «Luftplager».....	0	1	2	3	.....
20. Løs avføring, diaré .....	0	1	2	3	.....
21. Forstoppelse .....	0	1	2	3	.....
22. Eksem.....	0	1	2	3	.....
23. Allergi.....	0	1	2	3	.....
24. Hetetokter .....	0	1	2	3	.....
25. Søvnproblemer .....	0	1	2	3	.....
26. Tretthet.....	0	1	2	3	.....
27. Svimmelhet.....	0	1	2	3	.....
28. Angst .....	0	1	2	3	.....
29. Nedtrykt, depresjon.....	0	1	2	3	.....

SHC

## 26.

## Sosial støtte

Vi er interessert i de typene av oppmuntring, assistanse og samarbeid du mottar fra den personen som er viktigst for deg når du trenger støtte til å takle problemene dine (for eksempel din lege eller behandler, en god venn eller din ektefelle/partner).

Hvert spørsmål i denne undersøkelsen beskriver en måte mennesker kan støtte deg på. Markér hvor typisk hvert utsagn er for den støtten **du** mottar. Vær snill å svare slik at vi kan se hvilke utsagn som er virkelig typiske og hvilke som ikke er så typiske for støtten du mottar. **Sett ring rundt tallet som best markerer hvor typisk utsagnet er for typen av støtte du mottar fra din støtteperson.**

Støttepersonen jeg har valgt er:

<sub>1</sub> Legen min       <sub>2</sub> Ektefellen/partneren min       <sub>3</sub> Annet: \_\_\_\_\_

		Slett ikke typisk				Svært typisk
1	Viser interesse for hvordan du har det.....	1	2	3	4	5
2	Løser problemer for deg .....	1	2	3	4	5
3	Spør om du trenger hjelp.....	1	2	3	4	5
4	Tar seg av dine problemer .....	1	2	3	4	5
5	Gjør det lett for deg å snakke om alt som du synes er viktig.....	1	2	3	4	5
6	Sier at du skal være stolt av deg selv .....	1	2	3	4	5
7	Samarbeider med deg for å få ting gjort .....	1	2	3	4	5
8	Presser deg til å gjøre ting .....	1	2	3	4	5
9	Spør deg hvordan du har det.....	1	2	3	4	5
10	Gir deg klare råd om hvordan du skal takle problemer.....	1	2	3	4	5
11	Gir deg informasjon slik at du forstår hvorfor du gjør ting .....	1	2	3	4	5
12	Forteller deg hva du skal gjøre.....	1	2	3	4	5
13	Er tilgjengelig for samtale når som helst .....	1	2	3	4	5
14	Peker på skadelige eller tåpelige måter du ser på ting på.....	1	2	3	4	5

		Slett ikke typisk				Svært typisk
15	Tilbyr en rekke forslag.....	1	2	3	4	5
16	Lar deg ikke dvele ved opprørende tanker .....	1	2	3	4	5

NDSS

## 27. Mestring av problemer og utfordringer

Nedenfor finner du eksempler på utsagn som beskriver hvilke muligheter man har når man møter problemer og utfordringer i hverdagen. Vennligst sett ring rundt tallet som passer best for deg. Det finnes ingen riktige eller gale svar.

		Stemmer helt	Stemmer ganske bra	Stemmer ikke særlig bra	Stemmer ikke i det hele tatt
1.	De aller fleste vanskelige situasjoner klarer jeg å løse med et bra resultat	1	2	3	4
2.	De viktigste sakene i livet mitt har jeg egentlig ingen kontroll over	1	2	3	4
3.	Jeg skulle ønske at jeg kunne forandre livssituasjonen min, men det går ikke	1	2	3	4
4.	Alle mine forsøk på å forandre min livssituasjon er meningsløse	1	2	3	4
5.	Det er bedre at andre forsøker å løse problemene enn at jeg skal rote det til og gjøre det verre	1	2	3	4
6.	Jeg ville nok hatt det bedre hvis jeg ikke hadde strevd sånn med å løse problemene mine	1	2	3	4
7.	Alle mine forsøk på å gjøre ting bedre gjør det egentlig bare verre	1	2	3	4

TOMCATS



## 28.

## Utmattelse og overskudd

Vi vil gjerne vite om du har følt deg sliten, svak eller i mangel av overskudd den siste måneden. Hvis du har følt deg sliten lenge, ber vi om at du sammenligner deg med hvordan du følte deg sist du var bra. Vi ønsker at du besvarer alle spørsmålene selv om du ikke har hatt slike problemer.

(Sett ett kryss på hver linje)

Har du problemer med at du føler deg sliten?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Trenger du mer hvile?	<input type="checkbox"/> Nei, mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Føler du deg søvnig eller døsig?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Har du problemer med å komme igang med ting?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Mangler du overskudd?	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Har du redusert styrke i musklene dine?	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Føler du deg svak?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Som vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Har du vansker med å konsentrere deg?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Som vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Forsnakker du deg i samtaler?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Er det vanskeligere å finne det rette ordet?	<input type="checkbox"/> Mindre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mer enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye mer enn vanlig
Hvordan er hukommelsen din?	<input type="checkbox"/> Bedre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Ikke verre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Verre enn vanlig	<input type="checkbox"/> Mye verre enn vanlig

CFQ

## 29.

**Hvordan har du det?**

Når smerter og andre plager har vart en tid, blir en gjerne sliten og oppgitt. Dette gir ofte slike plager som nevnt nedenfor. Samlet blir disse her brukt som mål på at en er legemlig og psykisk presset. Vurder hvor mye hvert symptom har vært til plage eller ulempe for deg de siste 14 dagene (til og med i dag). Sett ring rundt tallet som passer best. Husk å sette en ring rundt aktuelt tall for hver plage/hvert symptom.

(sett ring rundt tallet)	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Svært mye
1. Plutselig skremt uten grunn	1	2	3	4
2. Føler du deg engstelig	1	2	3	4
3. Føler du deg svimmel eller kraftløs	1	2	3	4
4. Nervøs eller urolig	1	2	3	4
5. Hjertebank	1	2	3	4
6. Skjelving	1	2	3	4
7. Føler deg anspent eller opphisset	1	2	3	4
8. Hodepine	1	2	3	4
9. Anfall av redsel eller panikk	1	2	3	4
10. Rastløshet, kan ikke sitte rolig	1	2	3	4
11. Føler deg slapp og uten energi	1	2	3	4
12. Anklager deg selv for ting	1	2	3	4
13. Har lett for å gråte	1	2	3	4
14. Tap av seksuell interesse/opplevelse	1	2	3	4
15. Dårlig appetitt	1	2	3	4
16. Vanskelig for å sove	1	2	3	4
17. Følelse av håpløshet mht. framtiden	1	2	3	4
18. Føler deg nedfor	1	2	3	4
19. Føler deg ensom	1	2	3	4
20. Har tanker om å ta ditt eget liv	1	2	3	4
21. Følelse av å være fanget	1	2	3	4
22. Bekymrer deg for mye	1	2	3	4
23. Føler ikke interesse for noe	1	2	3	4
24. Føler at alt krever stor anstrengelse	1	2	3	4
25. Føler at du ikke er noe verd	1	2	3	4

HSCL-25

## 30.

## Funksjonsvurdering

Dette spørreskjemaet handler om vanskeligheter du har på grunn av din helsetilstand. Helsetilstand omfatter sykdommer, andre kortvarige eller langvarige helseproblemer, skader, mentale eller følelsesmessige problemer, og problemer med alkohol eller narkotika.

Tenk tilbake på de siste 4 ukene, og svar på disse spørsmålene om hvor mye vanskeligheter du har hatt med å gjøre følgende aktiviteter. For hvert spørsmål, vennligst sett ring rundt kun ett svar.

I løpet av de siste 4 ukene, hvor store <u>vanskeligheter</u> har du hatt med:					
<u>Å stå over lengre tid</u> , som 30 minutter?	Ingen	Litt	En del	Store	Svært store/ klarte ikke
<u>Å ivareta</u> de oppgavene du har <u>ansvar for</u> i husholdningen?	Ingen	Litt	En del	Store	Svært store/ klarte ikke
<u>Å lære noe nytt</u> , f.eks. hvordan å komme fram til et nytt sted?	Ingen	Litt	En del	Store	Svært store/ klarte ikke
Hvor store problemer har du hatt med å <u>delta</u> i aktiviteter i lokalsamfunnet (f.eks. på festlige tilstelninger eller andre aktiviteter)?	Ingen	Litt	En del	Store	Svært store/ klarte ikke
Hvor stor har den <u>følelsesmessige påvirkningen</u> av helsetilstanden din vært for deg?	Ingen	Litt	En del	Store	Svært store/ klarte ikke
<u>Å konsentrere</u> deg om å gjøre noe i <u>10 minutter</u> ?	Ingen	Litt	En del	Store	Svært store/ klarte ikke
<u>Å gå en lengre strekning</u> , slik som én kilometer?	Ingen	Litt	En del	Store	Svært store/ klarte ikke
<u>Å vaske deg over hele kroppen</u> ?	Ingen	Litt	En del	Store	Svært store/ klarte ikke
<u>Å kle på</u> deg?	Ingen	Litt	En del	Store	Svært store/ klarte ikke
<u>Å ha med personer å gjøre som du ikke kjenner</u> ?	Ingen	Litt	En del	Store	Svært store/ klarte ikke
<u>Å pleie vennskap</u> ?	Ingen	Litt	En del	Store	Svært store/ klarte ikke
Ditt daglige <u>arbeid eller skolegang</u> ?	Ingen	Litt	En del	Store	Svært store/ klarte ikke

Totalt sett i de siste 4 ukene, <u>hvor mange dager</u> var disse vanskelighetene til stede?	Før opp antall dager: _____
I de siste 4 ukene, hvor mange dager var du <u>fullstendig ute av stand</u> til å utføre vanlige aktiviteter eller arbeid på grunn av noe ved helsetilstanden din?	Før opp antall dager: _____

I de siste 4 ukene, uten å regne med de dagene du var fullstendig ute av stand, hvor mange <u>dager kuttet du ned på</u> eller <u>reduserte</u> dine vanlige aktiviteter eller arbeid på grunn av noe ved helsetilstanden din?	Før opp antall dager: _____
--	-----------------------------

WHODAS 2.0

### 31. Sykdomsforståelse

(Dette punktet handler om forståelse av din sykdom. Dersom du ikke har noen sykdom, gå til punkt 32).

Vennligst sett en ring rundt det tallet som best samsvarer med din mening om de følgende spørsmålene:

#### Hvor mye påvirker sykdommen livet ditt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen påvirkning										Voldsom påvirkning

#### Hvor lenge tror du at sykdommen din vil vare?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Svært kort tid										For alltid

#### Hvor mye kontroll føler du at du har over sykdommen din?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolutt ingen kontroll										Svært stor kontroll

#### Hvor mye mener du at behandlingen din kan hjelpe mot sykdommen din?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ikke i det hele tatt										Svært hjelpsom

#### Hvor mye opplever du symptomer fra sykdommen din?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen symptomer i det hele tatt										Mange alvorlige symptomer

**Hvor bekymret er du angående sykdommen din?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ikke bekymret i det hele tatt Svært bekymret

**Hvor godt føler du at du forstår sykdommen din?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Forstår ikke i det hele tatt Forstår svært godt

**Hvor mye påvirker sykdommen din deg følelsesmessig? (dvs gjør den deg sint, redd, urolig eller deprimert?)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ikke påvirket følelsesmessig i det hele tatt Svært påvirket følelsesmessig

**Vennligst skriv ned i rekkefølge de tre viktigste faktorene som du tror forårsaket sykdommen din.**

***De aller viktigste årsaker for meg:***

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

BIPQ

32.

### Livets stige

Her er en figur som skal forestille livets stige. Øverste trinnet representerer det beste liv du kan tenke deg, nederste trinn er det verste liv du kan tenke deg.

På hvilket trinn synes du at du står akkurat nå? \_\_\_\_\_

På hvilket trinn stod du for ett år siden? \_\_\_\_\_

Hvilket trinn tror du at du vil stå på om ett år? \_\_\_\_\_

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

*Livets stige*

*Tusen takk for hjelpen!*