

# Evaluering av iBedrift Nordland

## **Evaluering av iBedrift Nordland**

Uni Research Helse ved forskningsgruppen Stress, helse og rehabilitering har fått i oppdrag av Arbeidslivssenteret NAV Nordland ved Odd Arne Sandvik å gjennomføre en evaluering av tiltaket iBedrift Nordland.

Denne rapporten er utarbeidet av Jon Opsahl, Tonje Fyhn og Torill H. Tveito. Torill H. Tveito har vært leder for prosjektet.

Vi takker virksomhetene og alle de ansatte som har deltatt i prosjektet. Også takk til FARVE som har finansiert prosjektet.

Bergen, den 11. november 2016

# Innhold

1.0	Bakgrunn .....	3
2.0	Metode.....	4
2.1	Subjektive helseplager.....	4
2.2	Arbeidsglede.....	5
2.3	Villighet til å inkludere kolleger med helseplager (inkluderingskultur) .....	5
2.3	Sosial støtte.....	5
3.0	Resultater.....	6
3.1	Virksomheter som startet med tiltaket sent på høsten 2013 .....	6
3.1.1	Subjektive helseplager.....	7
3.1.2	Kartlegging av arbeidsglede .....	8
3.1.3	Inkluderingskultur .....	9
3.1.4	Sosial støtte.....	11
3.2	Virksomheter som startet med tiltaket sent på høsten 2014.....	12
3.2.1	Subjektive helseplager.....	14
3.2.2	Kartlegging av arbeidsglede.....	15
3.2.3	Inkluderingskultur .....	16
3.2.4	Sosial støtte.....	18
4.0	Oppsummering .....	19
5.0	Referanser:.....	20

## 1.0 Bakgrunn

Kortvarige intervensjoner (BI) som er basert på en «ikke-skade modell», har vist seg å redusere sykefravær hos ansatte som sliter med ryggplager [1-3]. "Ikke-skade modellen" er utviklet av professor Aage Indahl over en periode på ca 25 år. BI har vært en av de mest effektive tilnærmingene for å få ansatte med ryggplager tilbake i jobb. I følge "ikke-skade modellen" [4] er ryggen sterk, og smerte skal ikke ses på som et tegn på skade forårsaket av at man "har gjort noe feil" eller av overbelastning. Belastning, som eksempelvis tunge løft, ser ikke ut til å være årsaken til ryggsmertene. På tross av at uspesifikke ryggplager kan være svært smertefulle, representerer de sjelden tegn på en alvorlig, underliggende tilstand. De fleste som får vondt i ryggen, blir vanligvis bra i løpet av 14 dager, og det beste er å være i normal aktivitet, inkludert jobb.

I 2002 startet prosjektet "Aktiv rygg", finansiert av Helsedepartementet, ved Kysthospitalet ved Stavern. Det besto av flere delprosjekter hvor et av hovedmålene var å implementere nye kliniske retningslinjer for ryggbehandling i helsevesenet. Et av delprosjektene, "Ryggen i arbeidslivet" hadde som mål å prøve ut arbeidsplassen som arena for helseopplysning og forebygging av sykemelding. "Ryggen i arbeidslivet" fokuserte på å formidle kunnskap om muskel- og skjelettplager, og hvordan ansatte kunne håndtere plagene. Budskapet innebar blant annet; fordelene ved å være mest mulig i normal aktivitet, og fortsette/gjenoppta jobb så raskt som mulig ved ryggplager fordi det gir den beste prognosen. De nasjonale kliniske retningslinjene for korsryggsmertene sier at frykt for bevegelse, og redsel for å forverre plagene, i seg selv er med på å forverre langvarige korsryggsmertene [5]. Erfaringene og resultatene fra prosjektet "Aktiv rygg" dannet grunnlaget for den videre satsningen med konseptet "iBedrift".

iBedrift ble etablert i 2007 og bygger videre på resultater og erfaringer fra prosjektet «Aktiv rygg». Siden «Aktiv rygg» prosjektet har iBedrift blitt utviklet, standardisert, og effekten har blitt testet i en randomisert kontrollert multi level studie [6]. Denne studien viste at iBedrift reduserte sykefravær og myter om ryggsmertene [6]. Etter den randomiserte kontrollerte studien av iBedrift, viste både data og erfaringer at mange av deltakerne hadde flere helseplager, særlig vanlige psykiske plager som angst og depresjon. Bedriftene har også etterspurt kunnskap om psykiske plager, derfor har iBedrift blitt videreutviklet til også å ta i bruk evidensbasert helseinformasjon om psykiske plager [7].

iBedrift bruker arbeidsplassen som en arena for helsefremmende arbeid ved å fokusere på å endre arbeidstakeres oppfatninger og atferd gjennom å ta i bruk evidensbasert helseinformasjon. iBedrift har som målsetning å få de ansatte til å mestre konsekvensene av sine helseplager [6-7]. Dette blir gjort gjennom å gi innsikt og forståelse av ryggsmertene og vanlige mentale plager til alle ansatte basert på en «ikke-formyndende formidlingsmodell» [the non directive social support model] [8]. iBedrift har en teoretisk forankring i den Kognitive Aktiveringsteorien om Stress (CATS) [9]. Denne teorien peker på viktigheten av mestring, definert som en positiv responsutfallsforventning. Når en person står ovenfor en ny oppgave, utfordring, krav eller trussel så skjer det en fysiologisk aktivering. Utfallet av denne aktiveringen er avhengig av personen sine egne responsutfallsforventninger, eller sagt på en annen måte personens egne forventninger om hva som vil skje. Disse

responsutfallsforventningene blir dannet ut fra tidligere erfaring og læring. Mestring fører til en kortvarig fysiologisk aktivering som kan tenkes å ha en positiv effekt på helse, mens ingen eller negativ responsutfallsforventning kan tenkes å ha en negativ effekt på helse [9].

I tillegg til å nå ut til alle ansatte, har iBedrift som mål å forsterke en organisasjonskultur hvor ansatte med helseplager blir inkludert og akseptert på arbeidsplassen.

## **2.0 Metode**

Tiltaket iBedrift Nordland er evaluert gjennom to tverrsnittundersøkelser av ansatte i virksomheter som startet med tiltaket sent på høsten 2013, og to tverrsnittundersøkelser av ansatte i virksomheter som startet tiltaket sent på høsten 2014. Hver tverrsnittundersøkelse bestod av et elektronisk spørreskjema som ble sendt ut til de ansatte i virksomhetene i form av en anonym svarlenke.

For virksomheten som startet med tiltaket senhøsten 2013 ble den første spørreskjemaundersøkelsen, T1 2013, distribuert i mars 2014. Oppfølgingsundersøkelsen av disse virksomhetene, T2 2013, ble sendt ut i mai 2015, og en revidert utgave av T2 2013 ble sendt ut i oktober 2015.

For virksomhetene som startet med tiltaket sent på høsten 2014 ble den første spørreskjemaundersøkelsen, T1 2014, distribuert i mai 2015 og en revidert utgave av T1 2014 ble sendt ut i oktober 2015. Oppfølgingsundersøkelsen av disse virksomhetene, T2 2014, ble sendt ut i juni 2016 med siste puring i oktober 2016.

Fordi undersøkelsen ble distribuert gjennom anonym lenke, og er det ikke mulig å skille ut respondenter som har besvart samme skjema to ganger.

Disse tverrsnittundersøkelsene gir ikke grunnlag til å kunne si noe om effekten av tiltaket. For å undersøke effekten av et tiltak regnes randomiserte kontrollerte studier som gullstandard innenfor forskning, og er allment anerkjent som den eneste metoden som kan avgjøre om en effekt skyldes tiltaket som ble gjort, eller har en annen årsak [10]. Ved å gjøre det tilfeldig hvem som får hvilket tiltak, sikrer man seg at det ikke er systematiske forskjeller mellom gruppene som kan påvirke resultatet, for eksempel at de mest motiverte havner i tiltaksgruppen, eller at tiltaksgruppen er sammensatt av personer med bedre helse enn i kontrollgruppen.

Spørreskjemaene på de ulike tidspunktene inneholdt spørsmål rundt arbeidsforhold, subjektive helseplager, mestring, arbeidsglede, sosial støtte, og hvordan villigheten er til å inkludere kolleger med helseplager på arbeidsplassen.

### **2.1 Subjektive helseplager**

Subjektive helseplager ble målt ved hjelp av spørsmål om 29 vanlige helseplager [11]. For hver enkelt helseplage ble deltakeren bedt om å oppgi i hvilken grad de har vært plaget av denne i løpet av de siste 30 dagene, og antall dager de hadde vært plaget. Hvert spørsmål ble skåret på en fire punkts skala; 0 – «ikke plaget», 1 – «litt plaget», 2 «en del plaget», 3 – «alvorlig plaget». Disse plagene blir ofte delt i fem ulike kategorier: 1) «muskel- og

skjelettplager», omfatter blant annet rygg smerter, nakkesmerter, skuld smerter, smerter i armene, hodepine og migrene; 2) «pseudonevrologiske plager» omfatter angst, depresjon, søvnproblemer, tretthet, svimmelhet, konsentrasjonsproblemer, hetetokter og hjertebank 3) «gastrointestinale plager», her finner vi magesår, mageknip, magesvie, luftplager, forstoppelse, løs mage og sure oppstøt; 4) «allergi» i tillegg til allergi er pustevansker, eksem og astma inkludert i denne kategorien; 5) «influensa», i denne kategorien er forkjølelse og influensa, samt bronkitt inkludert.

## **2.2 Arbeidsglede**

Kartlegging av arbeidsglede bestod av 20 spørsmål som var kategorisert i fire faktorer med 5 spørsmål pr faktor. Hvert spørsmål ble rangert på en fem punkts skala fra 1- ikke tilfredsstillende til 5- meget tilfredsstillende, hvilket gir en variasjonsbredde fra 5-25 pr faktor. De fire faktorene var 1) verdiskapning, 2) relasjoner, 3) livskvalitet og 4) mestring. For at en besvarelse skulle telles med måtte en person minimum ha svart på 3 av 5 spørsmål for hver enkelt faktor. Høyere skår indikerer økt grad av tilfredshet.

## **2.3 Villighet til å inkludere kolleger med helseplager (inkluderingskultur)**

På spørsmålene om villigheten til å inkludere personer med helseplager på arbeidsplassen, heretter i benevnt som inkluderingskultur i denne rapporten, var det til sammen 11 vignetter. 6 av vignettene beskrev personer som oppfyller diagnosekriteriene i diagnosemanualen ICD10 for blant annet ulike fysiske- og mentale lidelser, og atferdsforstyrrelser. Diagnosene er av ulik alvorlighetsgrad og spesifisitet. Vignettene som oppfyller diagnostiske kriterier for en diagnose i ICD10 manualen er; Hilde som har kroniske muskelskjelettsmerter, Marit med en vanlig psykisk lidelse, Elin med en atferdsforstyrrelse, Terje med episodisk stabil schizofreni, Arne som har pådratt seg et brudd i ryggen og Eva som har en somatiseringslidelse. De fire gjenværende vignettene beskrev personer fra vanlige sosiale lag som ikke har en sykdom, men som kan bli diskriminert i arbeidslivet eller vurdert til å være mindre attraktive å ansette av ulike grunner: tidligere rusmisbruk, usunne levevaner (moderat-alvorlig fedme), småbarnsmor, 62 åring (snart pensjonist). I alle de 11 vignettene var det oppgitt at personene hadde kompetansen og kvalifikasjonene som kreves av jobben. Respondentene ble spurt om «Ut fra forholdene i din arbeidsgruppe nå, hvordan mener du at person «x» ville passe inn i gruppen?» Svaralternativene gikk fra 1 – svært dårlig – 5 svært godt.

Det er relativt omfattende å svare på alle de 11 vignettene, derfor ble hver respondent bedt om å svare på 5 av de 11 vignettene, og hvilke vignetter respondenten fikk var tilfeldig tildelt.

## **2.3 Sosial støtte**

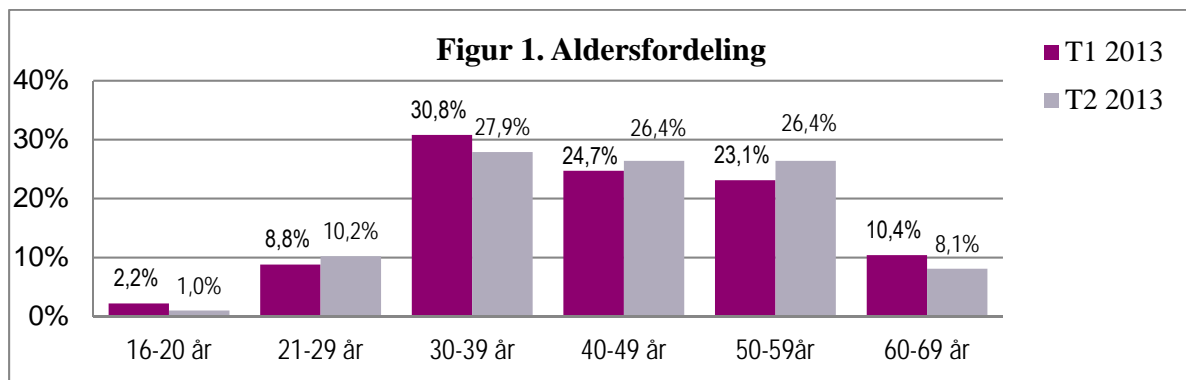
En subskala for krav-kontroll-støtte modellen ble brukt for å måle graden av sosial støtte [12]. Denne skalaen består av seks spørsmål rangert på en fire punkts skala, fra 1 – Meget sjelden/aldri til 5 meget ofte/alltid, hvilket gir en variasjonsbredde fra 6-36. For at en besvarelse skulle telles med måtte en person minimum ha svart på 3 av 6 spørsmål. Høyere skår indikerer økt grad av sosial støtte.

### 3.0 Resultater

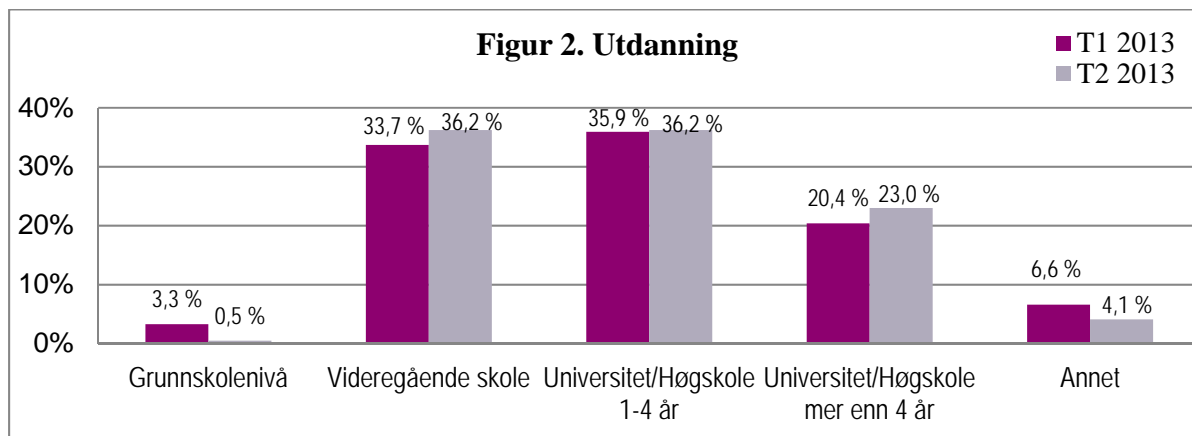
#### 3.1 Virksomheter som startet med tiltaket sent på høsten 2013

På den første spørreskjemaundersøkelsen, T1 2013, var det 182 personer som svarte. Av de 182 var det 79% som svarte på alle spørsmålene. På oppfølgingsundersøkelsen, T2 2013, som inkluderte den reviderte utgaven av spørreskjemaet var det 198 personer som svarte. Av de 198 var det 77% som svarte på alle spørsmålene. Det var henholdsvis 85% og 84% kvinner på de to spørreskjemaundersøkelsene, T1 2013 og T2 2013.

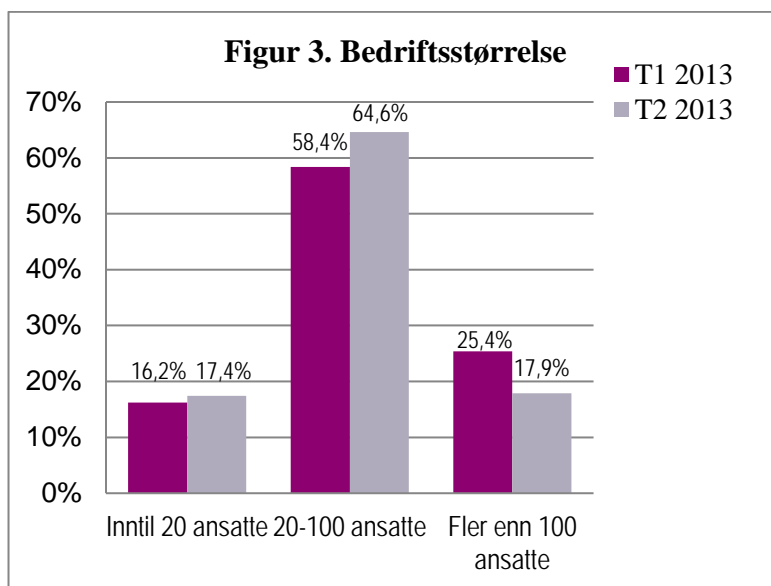
Grunnet den klare overvekten av kvinner vil resultatene presenteres samlet for kvinner og menn. Det er heller ikke nok menn i undersøkelsen til å kunne teste eventuelle forskjeller mellom kvinner og menn.



Majoriteten av de som svarte er mellom 30-49 år og en liten andel er mellom 21-29 år. Det var minimale forskjeller i alder mellom de som svarte på T1 2013 og de som svarte på T2 2013.



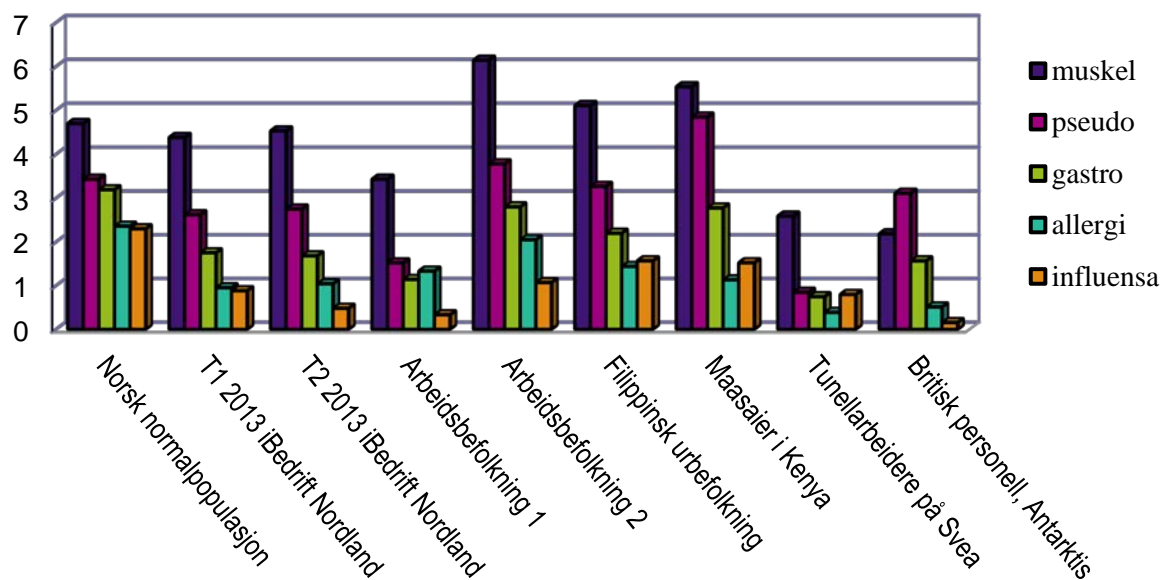
Når det gjelder utdanning, så er det også små forskjeller. Det vi ser at det er et par prosent fler med universitet/høgskoleutdanning på mer enn 4 år. Dette er en kjent trend ved oppfølgingsundersøkelser, personer med høyere utdanning svarer på slike undersøkelser noe oftere enn personer med lavere utdanning.



I oppfølgingsundersøkelsen er det flere fra mellomstore bedrifter som har svart enn fra de store bedriftene.

### 3.1.1 Subjektive helseplager

**Figur 4. Subjektive helseplager i ulike populasjoner**



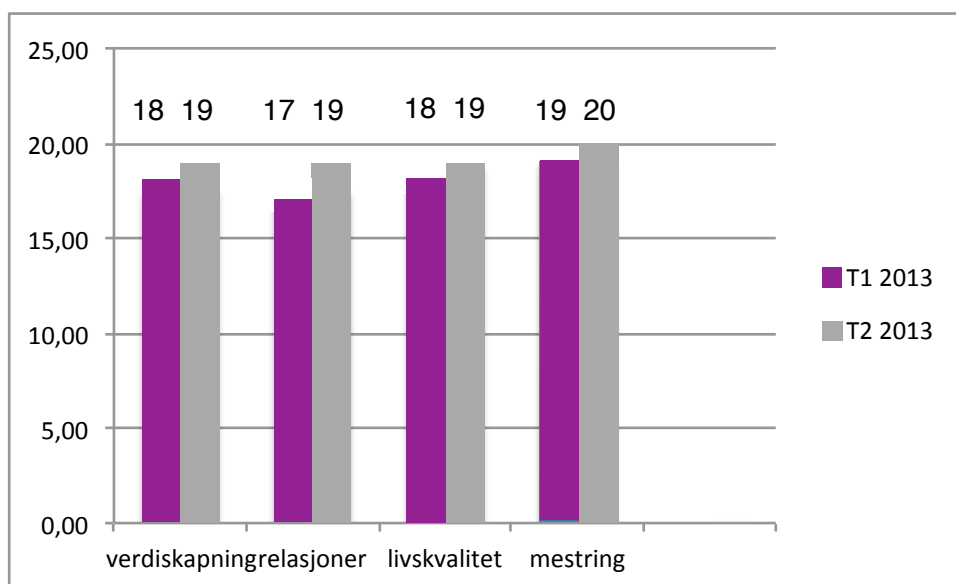
Ved undersøkelsen ved både T1 2013 og T2 2013 så har virksomhetene en arbeidsstokk som har noe mindre helseplager enn normalbefolkningen, men forskjellene er små. Den største forskjellen er på allergiske plager og influensaplager, men disse er i stor grad sesongavhengige. Det er kanskje noe overraskende at de ansatte i virksomhetene har like mye



eller mindre muskelskjelettplager og pseudonevrologiske plager enn normalbefolkningen siden det er en så stor overvekt av kvinner som har svart på undersøkelsen, og kvinner rapporterer generelt flere plager enn menn. På den annen side er dette en gruppe i utgangspunktet friske arbeidstakere som forventes å score lavere enn normalbefolkningen som blant annet også omfatter folk som ikke er i jobb på grunn av sine helseplager.

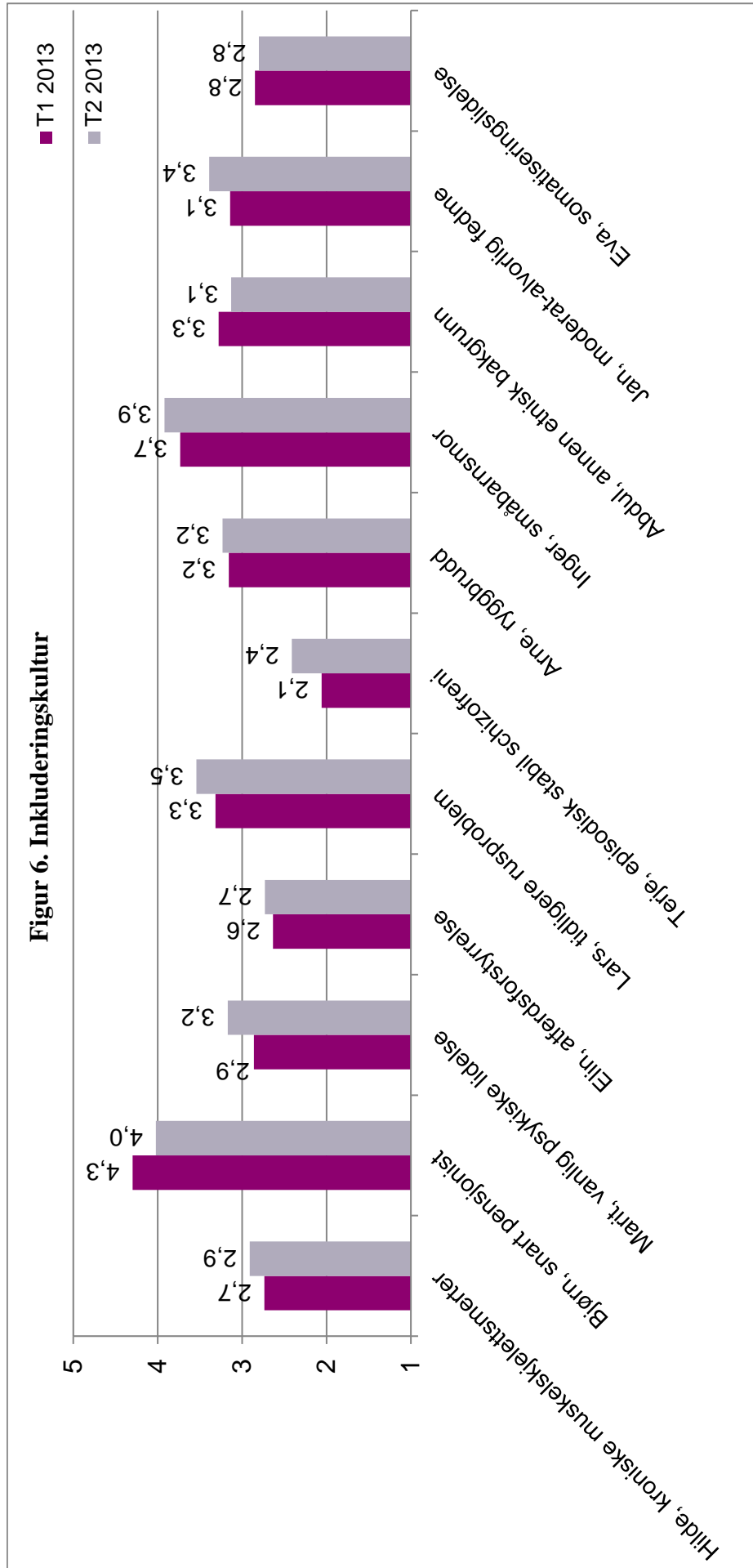
### 3.1.2 Kartlegging av arbeidsglede

Figur 5. Kartlegging av arbeidsglede



Skårene i figuren over forteller oss at det er minimale forskjeller mellom hva de ansatte har svart på 2013 T1 undersøkelsen og 2013 T2 undersøkelsen. For faktorene verdiskapning og relasjoner forteller gjennomsnittsverdien at svaret på hvert enkelt spørsmål ligger midt mellom middels/nøytralt til tilfredsstillende. Sumskåren for livskvalitet og mestring er noe høyere, og her ligger gjennomsnittet nærmere tilfredsstillende for hvert enkelt spørsmål. Selv om gjennomsnittet lå nærme tilfredsstillende for de sistnevnte faktorene var det store individuelle forskjeller i skårene.

### 3.1.3 Inkluderingskultur



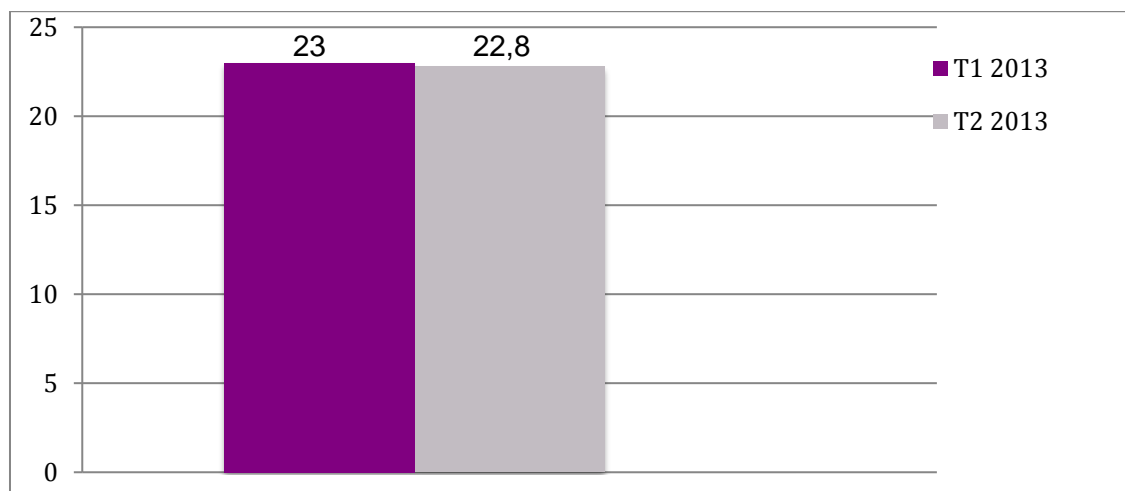
Økt arbeidsdeltakelse blant personer i sårbare grupper er avhengig av vanlige virksomheters villighet til å inkludere disse i arbeidsmiljøet. Tallene i grafen over viser gjennomsnittsverdien for alle som svarte på undersøkelsen T1 2013 og T2 2013.

Ved T1 er det visuelt til dels store forskjeller på villighet til å inkludere ulike grupper, og særlig er forskjellen stor mellom Bjørn som snart er pensjonist og Terje med episodisk stabil schizofreni. Dette er ikke spesielt overraskende da vi vet at arbeidsledigheten blant personer med alvorlig psykisk lidelse er 9 ganger så høy som landsgjennomsnittet [13].

Ved T2 er det rent visuelt noe økning av villigheten til å inkludere ulike grupper. For 7/11 grupper ser vi en økning, 2/11 er uforandret, og 2/11 er det en nedgang. Forandringene er relativt beskjedne, fra -0.3 +0.3 poeng forskjell. Det kan diskuteres om denne forskjellen er meningsfull. Til tross for at det er en økning i villigheten til å inkludere personer med en mental lidelse (Marit og Terje) fra T1 2013 til T2 2013, er det dog fortsatt stor gjennomsnittlig forskjell på villigheten til å inkludere en person med episodisk stabil schizofreni sammenlignet med en småbarnsmor eller en person nære pensjonsalder.

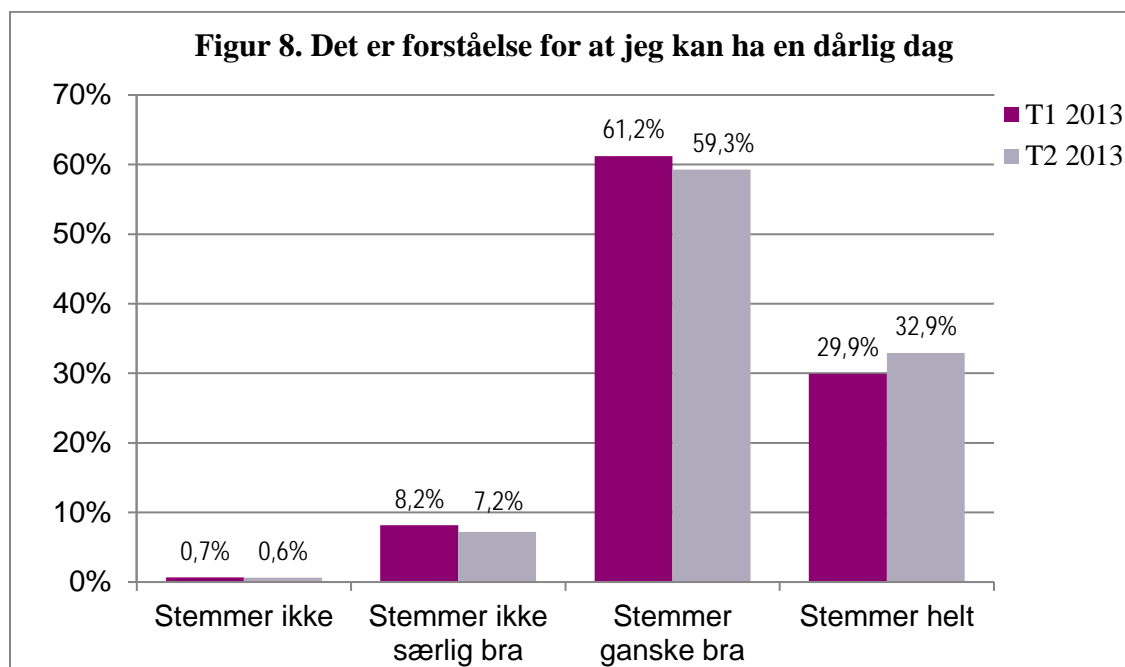
### 3.1.4 Sosial støtte

Figur 7. Sosial støtte



Skårene i figuren over forteller at gjennomsnittet for hvert enkelt spørsmål ligger tett opp mot 4 – «nokså ofte» for hvert spørsmål ved T1 2013. Ved T2 2013 er det en minimal reduksjon i skåren for sosial støtte, men fortsatt ligger gjennomsnittet for hvert enkelt spørsmål tett opp mot 4 – «nokså ofte». Det vil si at denne reduksjonen på 0.2 poeng ikke har noen praktisk betydning.

Figur 8. Det er forståelse for at jeg kan ha en dårlig dag

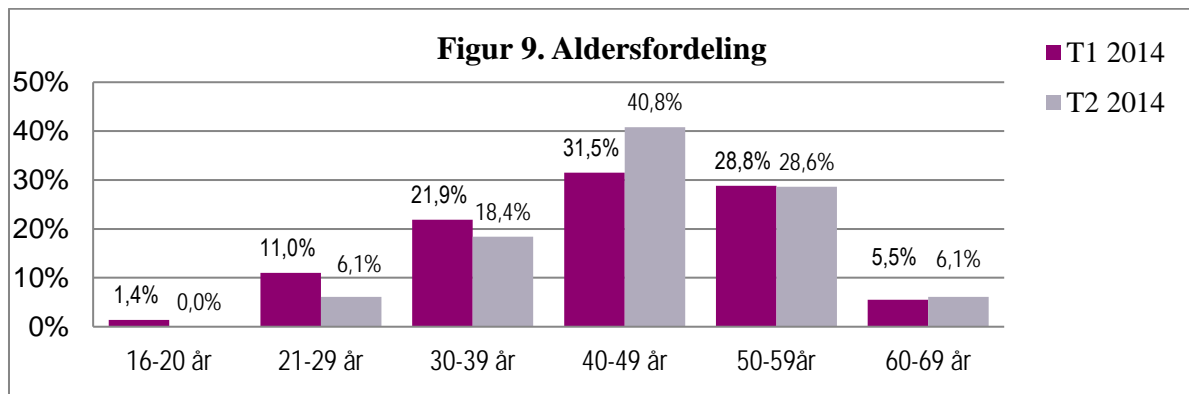


91% av de ansatte opplever ved T1 at det er forståelse for at de kan ha en dårlig dag på jobben, og dette øker til 92% ved T2 undersøkelsen, og det er 3% fler som mener at det stemmer helt at de kan ha en dårlig dag ved T2 undersøkelsen. Igjen er det snakk om små forskjeller, som det er vanskelig å kunne si noe sikkert om. Uansett, at 9/10 mener at det er greit at de har en dårlig dag på jobben kan ses på som et relativt godt resultat.

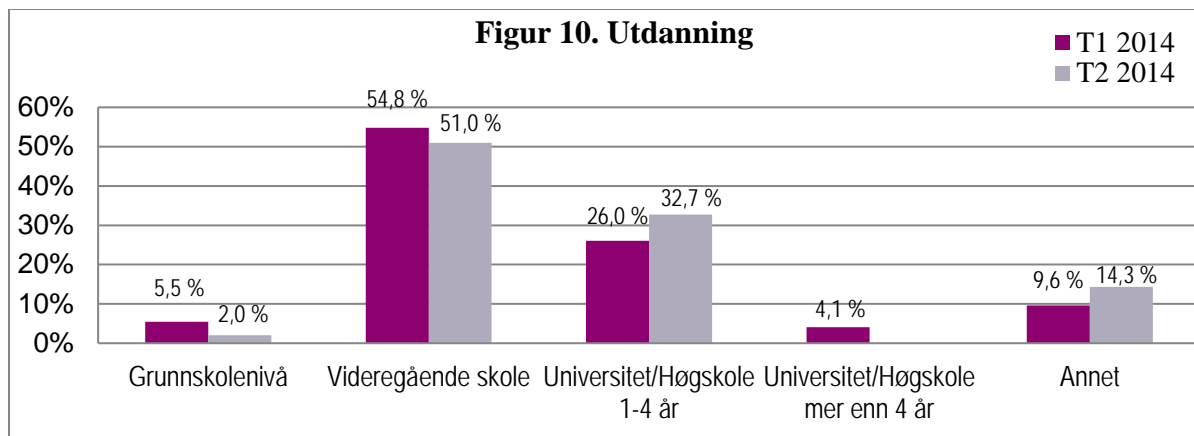
### 3.2 Virksomheter som startet med tiltaket sent på høsten 2014

Ved den første undersøkelsen, T1 2014, var det 73 personer som svarte på spørreskjemaundersøkelsen. Av de 73 var det 75% som svarte på alle spørsmålene. På oppfølgingsundersøkelsen, T2 2014, var det 49 personer som svarte. Av de 49 var det 85% som fullførte undersøkelsen. Det var henholdsvis 54.2% og 47.9% menn på de to spørreskjemaundersøkelsene, T1 2014 og T2 2014.

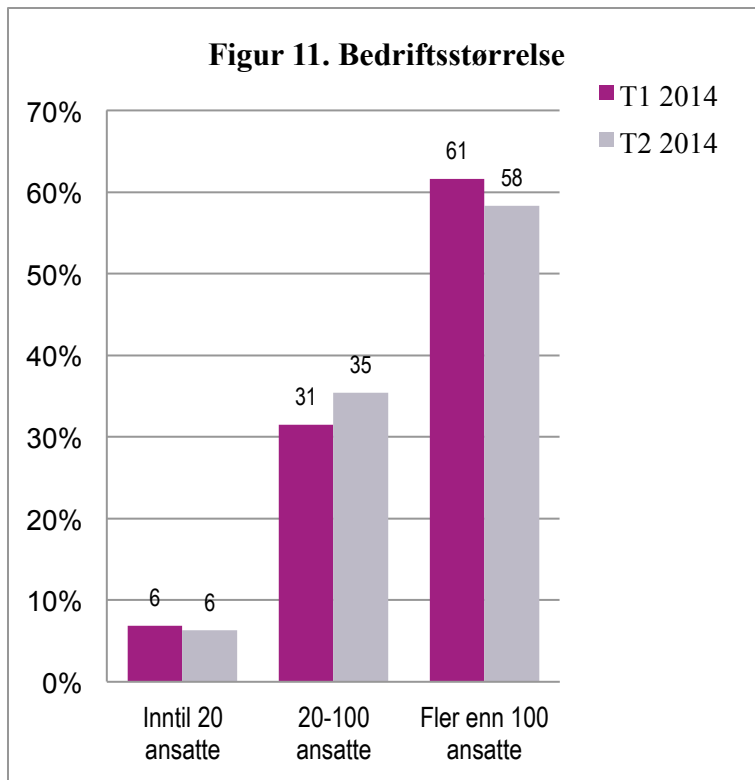
På grunn av at det er relativt få personer som har svart på disse spørreskjemaundersøkelsene presenteres resultatene samlet for kvinner og menn. I tillegg var det færre som svarte på T2 2014 enn på T1 2014.



Majoriteten av de som svarte er mellom 30-49 år, liten andel mellom 21-29 år. Det er en høyere prosentandel som er mellom 40-49 år ved T2 2014 enn T1 2014.



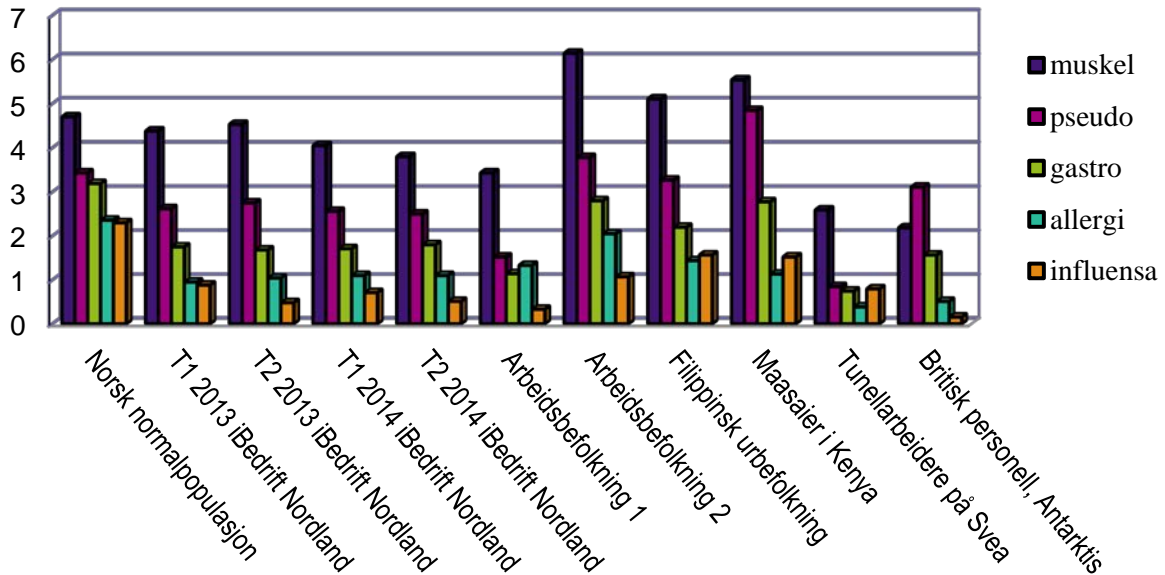
Når det gjelder utdanning så har majoriteten av de ansatte videregående skole som høyeste utdanning, og det er minimale forskjeller på de ansatte som svarte på T1 2014 og de ansatte som svarte på T2 2014.



For begge spørreskjemaundersøkelsene så jobber majoriteten av de ansatte som har svart i store bedrifter, og relativt få jobber i mindre bedrifter. Det er ingen forskjell av betydning ved de to undersøkelsene.

### 3.2.1 Subjektive helseplager

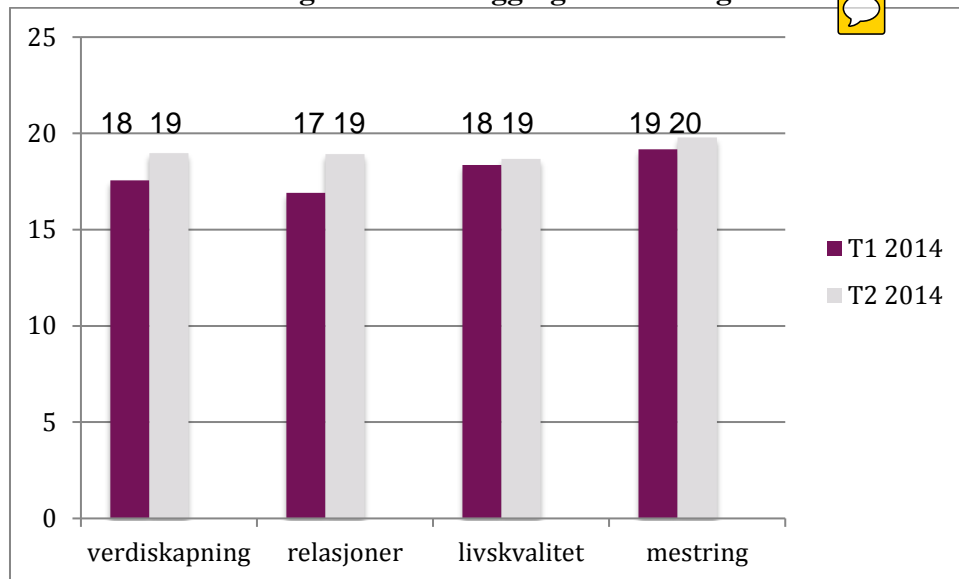
Figur 12. Subjektive helseplager i ulike populasjoner



Ved undersøkelsen ved både T1 2014 og T2 2014 så har virksomhetene en arbeidsstokk som har noe mindre helseplager enn normalbefolkningen, men forskjellene er små. Den største forskjellen er på allergiske plager og influensaplager, men disse er i stor grad sesongavhengige. Det er ikke overraskende at de ansatte i virksomhetene har mindre muskelskjelettplager og pseudonevrologiske plager enn normalbefolkningen siden det er en relativt jevn fordeling av menn og kvinner i disse to undersøkelsene sammenlignet med T1 2013 og T2 2013, ettersom vi vet at kvinner rapporterer flere plager enn menn.

### 3.2.2 Kartlegging av arbeidsglede

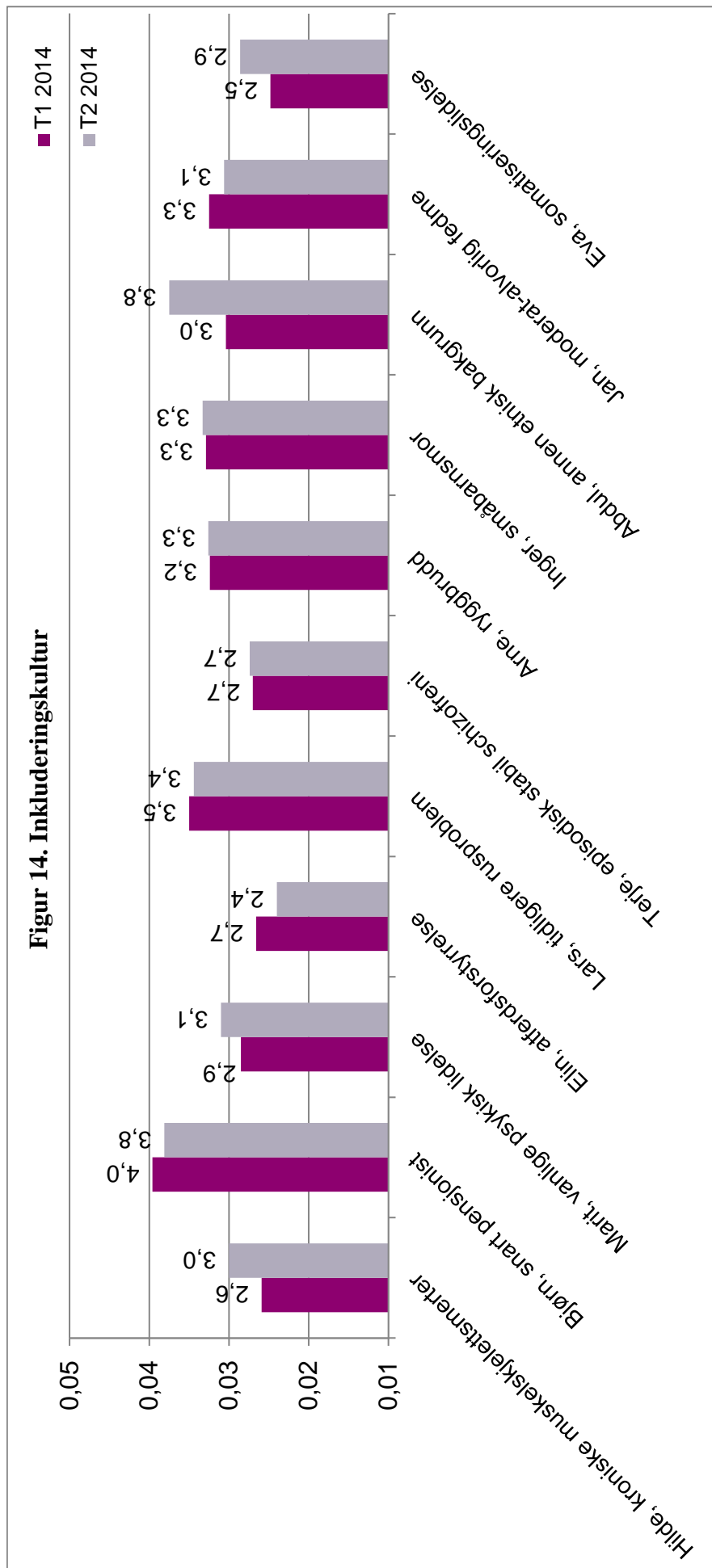
Figur 13. Kartlegging av arbeidsglede



Visuelt er det en økning av skåren for alle de fire faktorene fra 2014 T1 til 2014 T2. Den største økningen ses for faktoren «relasjoner» som øker med 1.92 poeng, mens faktorene «livskvalitet», «verdiskapning» og «mestring» øker med henholdsvis 0.31, 1.42 og 0.61 poeng. Økningene som ses er dog beskjedne, da den største økningen, på 1.92 poeng, for faktoren «relasjoner» forteller at gjennomsnittsverdien av svaret på hvert av de fem spørsmålene øker fra å ligge litt nærmere middels/nøytralt enn tilfredsstillende ved T1 2014 til å ligge litt nærmere tilfredsstillende enn middels/nøytralt ved T2 2014. Selv om gjennomsnittsverdien på hvert enkelt spørsmål ligger tett opp mot «tilfredsstillende» for alle de fire faktorene ved T2 2014, var det store individuelle forskjeller i skårene.



### 3.2.3 Inkluderingskultur

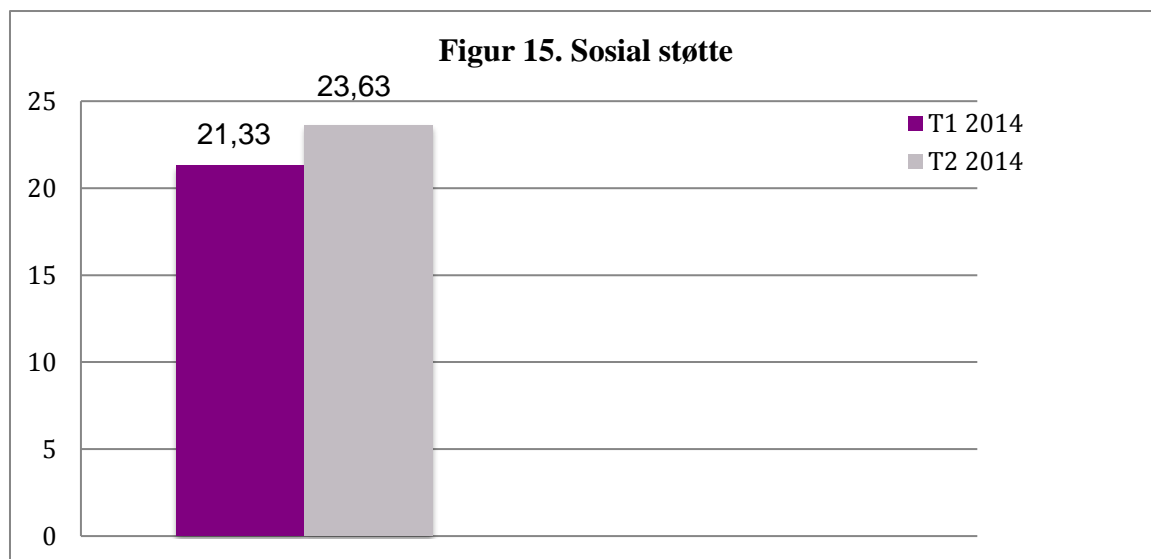


Økt arbeidsdeltakelse blant personer i sårbare grupper er avhengig av vanlige virksomheters villighet til å inkludere disse i arbeidsmiljøet. Tallene i grafen over viser gjennomsnittsverdien for alle som svarte på undersøkelsen T1 2014 og T2 2014. Respondentene skåret de fiktive arbeidssøkerne på en skala fra 1-5, hvor 1 er ”svært dårlig” og 5 er ”svært godt”.

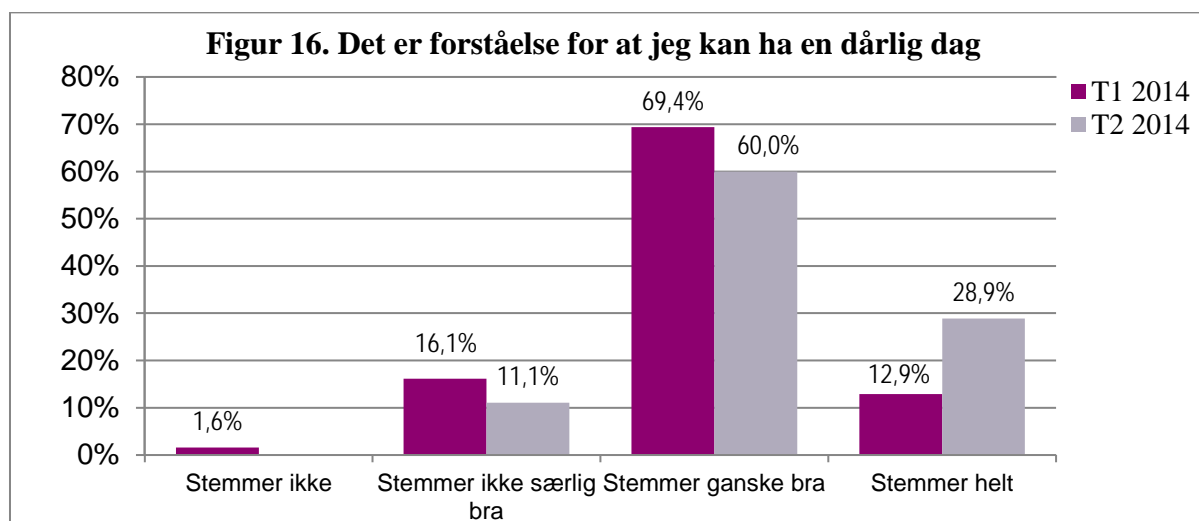
Ved både T1 2014 og T2 2014 er det rent visuelt til dels store forskjeller på villighet til å inkludere ulike grupper. Ved T1 er forskjellen særlig stor mellom Bjørn, som snart er pensjonist, og hele 5 av de 6 vignettene som oppfyller diagnostiske kriterier i ICD10. Her er forskjellen i gjennomsnittsverdien på  $\geq 1$ . Arne med ryggbrudd er den eneste personen hvor forskjellen i gjennomsnittsverdi mellom han og Bjørn er  $< 1$  poeng. Rent visuelt er det noe økning av villigheten til å inkludere ulike grupper fra T1 2014 til T2 2014. For 4/11 grupper ser vi en økning, 4/11 er tilnærmet uforandret, og for 3/11 er det en nedgang. Selv om det er en økning i gjennomsnittsverdien for 4/6 vignetter som har en diagnose i henhold til ICD10, så er det fortsatt en forskjell på nesten 1 poeng mellom Bjørn og vignettene som har en diagnose i henhold til ICD10. Dette forteller at selv om det er en økning i gjennomsnittsverdien for flertallet av vignettene så er forandringene relativt beskjedne. Økningen varierer fra 0.1-0.4 poeng. I de vignettene hvor det er en reduksjon i gjennomsnittsverdien fra T1 2014 til T2 2014 er reduksjonen tilsvarende beskjeden, fra  $\div 0.1$  til  $\div 0.7$  poeng. Den største økningen (+0.71 poeng) ser hos vi arbeidssøkeren med minoritetsbakgrunn. Det kan diskuteres om disse økningene er meningsfulle, ettersom skalaen på spørsmålet går fra 1 – svært dårlig – 5 svært godt. Dermed kan det argumenteres at minste forskjell av gjennomsnittsverdi som er meningsfull er  $\geq 1$  poeng.

Her må det også tas i betraktning at respondentene kun fikk 5 av vignettene hver, og dermed reduseres antallet svar betydelig, så ved T1 2014 varierer antall svar for hver vignett fra 20-29 vs 15-22 ved T2 2014, hvilket betyr at hvert svar fra T2 2014 har mer innflytelse på gjennomsnittsverdien.

### 3.2.4 Sosial støtte



Skårene i grafen over forteller at gjennomsnittet for hvert enkelt spørsmål ligger midt mellom «av og til» og «nokså ofte» ved T1 2014 og øker noe til T2 2014. Endringen på 2.3 poeng forteller at gjennomsnittet for hvert enkelt spørsmål nærmer seg «nokså ofte». Igjen kan det diskuteres om denne endringen er av praktisk betydning.



82.3% av de ansatte opplever ved T1 at det er forståelse for at de kan ha en dårlig dag på jobben, og dette øker til 88.9% ved T2-undersøkelsen. Det er også en høyere prosentvis andel som mener at det «stemmer helt» at de kan ha en dårlig dag ved T2 2014 enn ved T1 2014. Uansett, at mellom 8/10 og 9/10 mener at det er greit at de har en dårlig dag på jobben kan ses på som et relativt godt resultat.

## 4.0 Oppsummering

Evaluering i denne rapporten er basert på tilbakemeldinger i utsendt spørreskjema fra ansatte i virksomheter som har deltatt i iBedrift Nordland prosjektet i 2013 og i 2014. Metoden som er valgt gir ikke grunnlag for å kunne si noe om effekten av tiltaket, det er kun mulig å peke på mulige trender.

For virksomhetene som startet med tiltaket sent på høsten 2013 er det nesten ingen forskjell mellom undersøkelsen T1 2013 og T2 2013. Respondentene rapporterer omtrent samme nivå av subjektive helseplager som normalbefolkningen. Dette kan synes overraskende siden vi ville forvente at en i utgangspunktet frisk gruppe arbeidstakere skulle ligge lavere. Men så har denne gruppen en høy andel kvinner som rapporterer mer plager enn menn og dermed skulle de ligge høyere. Siden disse to forholdene påvirker i hver sin retning, er ikke dette resultatet så overraskende likevel. Det ser ut som de fleste opplever arbeidsglede som ligger over middels og der var ingen forskjeller mellom resultatene fra T1 2013 og T2 2013. De fleste opplever også god sosial støtte og at arbeidsplassen har forståelse for at de kan ha en dårlig dag.

For virksomhetene som startet med tiltaket sent på høsten 2014 knytter det seg en del begrensninger til at det er relativt få deltakere som har svart (n = 73 ved T1; n = 49 ved T2). Heller ikke for denne gruppen er der særlig forskjell mellom T1 og T2. De rapporterer mindre subjektive helseplager både ved T1 og T2 enn respondentene fra 2013. Dette er som forventet i og med at det er en i utgangspunktet frisk arbeidsbefolkning som har en omtrent jevn fordeling av kvinner og menn. De ligger også litt lavere enn normalbefolkningen, dette er også som forventet siden normalbefolkningen inkluderer de som er utenfor jobb på grunn av sykdom og skade. Det kan se ut som der er en økning i arbeidsglede fra T1 2014 til T2 2014, men det er små forskjeller, få respondenter og vi finner ikke det samme hos respondentene fra 2013. Sannsynligvis skyldes dette funnet tilfeldigheter, særlig siden vi ikke ser det samme i den større gruppen fra 2013. De fleste respondentene opplever at de har god sosial støtte og at det er forståelse på arbeidsplassen for at de kan ha en dårlig dag.

For både virksomhetene som startet med tiltaket høsten 2013 og virksomhetene som startet med tiltaket høsten 2014 er det en tendens til økt villighet til å inkludere sårbare grupper på arbeidsplassen, men økningene er beskjedne og om de er av praktisk betydning kan diskuteres. Til tross for en økning er det fortsatt relativt stor forskjell i villigheten til å inkludere en person nære pensjonsalder eller en småbarnsmor på arbeidsplassen sammenlignet med enkelte diagnosegrupper, herunder episodisk stabil schizofreni, somatoforme lidelser, kroniske muskelskjelettsmerter og atferdsforstyrrelser.

Hovedformålet med tiltaket var å sette deltakerne i stand til å selv håndtere plagene, og skape en forståelse for at det ikke er farlig å bli værende i jobb på tross av plager. En slik tilnærming har i tidligere studier vist seg å ha effekt på opplevelse av plager og på sykefravær hos dem som sliter med ryggsmarter [2-6].

## 5.0 Referanser

1. Hagen EM, Grasdahl A, Eriksen HR. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study. *Spine*. 2003 Oct 15;28(20):2309-153.
2. Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered: a randomized clinical trial. *Spine*. 1995 Feb 1;20(4):473-7.
3. Indahl A, Haldorsen EH, Holm S, Reikerås O, Ursin H. Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. *Spine*. 1998 Dec 1;23(23):2625-30.
4. Sorensen PH, Bendix T, Manniche C, Korsholm L, Lemvig D, Indahl A. An educational approach based on a non-injury model compared with individual symptom-based physical training in chronic LBP. A pragmatic, randomised trial with a one-year follow-up. *BMC musculoskeletal disorders*. 2010 Sep 17;11(1):1.
5. Lærum, E., Brox, J.I., Storheim, K., Espeland, A., Haldorsen, E., Munch-Ellingsen, J., Nielsen, L.L., Rossvoll, I., Skouen, J.S., Stig, L.C. and Werner, E.L., 2007. Nasjonale Kliniske Retningslinjer. Korsryggsmarter-med og Uten Nerverotaffeksjon.[National Clinical Guidelines. Low Back Pain-With and Without Nerve Root Involvement].
6. Odeen M, Ihlebæk C, Indahl A, Wormgoor ME, Lie SA, Eriksen HR. Effect of peer-based low back pain information and reassurance at the workplace on sick leave: a cluster randomized trial. *Journal of occupational rehabilitation*. 2013 Jun 1;23(2):209-19.
7. Johnsen TL, Indahl A, Baste V, Eriksen HR, Tveito TH. Protocol for the atWork trial: a randomised controlled trial of a workplace intervention targeting subjective health complaints. *BMC Public Health*. 2016 Aug 19;16(1):844.
8. Fisher EB, La Greca AM, Greco P, Arfken C, Schneiderman N. Directive and nondirective social support in diabetes management. *International journal of behavioral medicine*. 1997 Jun 1;4(2):131-44.
9. Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2004 Jun 30;29(5):567-92.
10. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
11. Eriksen HR, Ihlebæk C, Ursin H. A scoring system for subjective health complaints [SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*. 1999 Jan 1;27(1):63-72.

12. Theorell T, Michelsen H, Nordemar R: Tre arbetsmiljöindex som använts i Stockholmsundersökningen 1. In: *Stockholmsundersökningen 1*. Edited by Hagberg M, Hogstedt C. Stockholm: MUSIC Books; 1991: 150-154
13. Baer N. Mental Health and Work: Norway. OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, 2013.