

Best iLag

Sluttrappport evaluering

29.mai, 2019



UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET

Prosessmål og sekundærmål Best iLag:
Endelig rapport
Utviklet av Uni Research
Helse (nå NORCE Research)
Postadresse: Postboks
7810, 5020 Bergen
Epost: post@uni.no

Forord

Gjennomføring og evaluering av prosjektet Best iLag ved NAV Arbeidslivssenter Troms ble finansiert av FoU-midler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Utvikling av evalueringsprosjektet har vært et samarbeid mellom NAV Troms, Uni Research Helse (nå NORCE) og UiT Norges arktiske universitet.

Forskningsansvarlig for evalueringen av prosjektet har vært Uni Research Helse, der Tonje Fyhn og Torill Tveito har hatt hovedansvaret for prosessevalueringen, samt og innsamling og analyse av spørreskjemadata. Registerdata over arbeidsdeltagelse fra NAV ble innhentet i samarbeid med prosjektleder Nils Fleten ved NAV Troms/UiT Norges arktiske universitet.

Denne sluttrapporten inkluderer prosessevaluering, sekundære utfallsmål, samt et års oppfølging av arbeidsdeltagelse etter endt trening eller gruppetilbud.

Takk til: Marit Henriksen og Elin-Cathrine Eriksen ved NAV Arbeidslivssenter Troms som har vært helt sentrale i utvikling og gjennomføring av tilbudet, og ikke minst vist vilje til gjennomføring på en måte som lar seg evaluere i samarbeid med UiT Norges arktiske universitet og Uni Research Helse.

Uten støtte fra Stein Rudaa direktør NAV Troms og Avdelingsdirektør Gunda Hamland ved Arbeidslivssenteret sitt store engasjement og tro på prosjektet, ville det ikke latt seg gjennomføre.

Styringsgruppen under ledelse av Geir Jacobsen har vært viktig for forankringen av prosjektet og rekruttering.

Også en stor takk til Senter for jobbmestring, Arbeidslivssenteret med arbeidsgiver los, Karriere Troms, NAV lokal i Tromsø, Karlsøy og Balsfjord, Fysikalsk og rehabiliterings avdelingens iBedrift poliklinikk UNN, Tromsø Treningscenter (Aktiv på dagtid), SATS, Kom i Form Tromsø , Balsfjord kommune, Frisklivssentralen i Balsfjord, Nordkjosbotn Treningscenter AS, Frisk Trim & Helse Storsteinnes og Kurts Fysikalske Institutt AS Hansnes som har vært avgjørende for gjennomføring av prosjektet.

Christoffer Terjesen har velvillig bidratt med en helse-økonomisk betraktning av kostnader relatert til funksjon og takkes for bidraget.

Og ikke minst en stor takk til deltagerne som har besvart spørreskjemaene og latt seg intervjuet.

Bergen, 31. mars 2019

Tonje Fyhn Nils Fleten Torill Helene Tveito

Innhold

1	Introduksjon og bakgrunn	3
1.1	Bakgrunn	3
1.2	Beskrivelse av intervensjons- og kontrolltiltak	5
	Intervensjonsgruppe: Best iLag	5
1.3	Metode	7
1.3.1	Rekruttering	7
1.3.2	Design	8
1.3.3	Registerdata	9
1.3.4	Spørreskjema	9
1.3.5	Intervjuer	12
1.4	Effektvurderingen	12
1.5	Prosessevalueringen	13
2	Beskrivelse av deltakerne	14
2.1	Demografi	14
2.2	Arbeidstilknytning og forventninger til arbeid ved inklusjon (før randomisering)	15
2.3	Selvrapportert helse og livskvalitet ved inklusjon	17
3	Resultater	20
3.1	Dagsverk i arbeid	20
3.2	Forskjell mellom gruppene på andel med registrert arbeidsforhold ved 15 måneders oppfølging	21
3.3	Sammenligning av de to gruppene på sekundærmål ved 3 måneder og 15 måneder	22
3.4	Sammenligning av forskjeller på ulike måletidspunkt	24
3.5	Sammenligning innad i gruppene mellom inklusjon og 15-måneders oppfølging	27
3.6	Kost-nytte vurderinger	29
3.7	Prosessmål Best iLag	31
3.8	Prosessmål treningstiltak	34

4	Resultater intervjuer	36
4.1	Deltaker-intervjuer	37
4.1.1	Forventninger og motivasjon	37
4.1.2	Gruppedynamikk	38
4.1.3	Innholdet i samlingene	39
4.1.4	Personlige endringer som følge av tiltaket	41
4.1.5	Tilbakemeldinger på opplegget	43
4.1.6	Gruppeledernes betydning	44
4.2	Intervju med initiativtakere/gruppeledere	45
4.2.1	Konseptutvikling	45
4.2.2	Gjennomførbarhet og implementering	46
4.3	Intervju med saksbehandlere/henvisere	49
5	Oppsummering og diskusjon	52
5.1	Effekt på hovedutfallsmål og sekundærmål	52
5.2	Gjennomførbarhet og implementering	53
5.3	Konklusjon	55
6	Referanser	56
7	Appendix	58

1 Introduksjon og bakgrunn

1.1 Bakgrunn

Sammenlignet med andre land er sykefraværet i Norge høyt, og selv om det har vært en nedgang sammenlignet med 2003, er det lange bildet at fraværet samlet er ganske stabilt. Men vi ser en trend til økt forskjell i sykefravær mellom menn og kvinner, og det er også en trend at symptom-diagnoser som lettere psykiske lidelser og tretthet utgjør en større andel av sykefraværet (Brage, Nossen, & Thune, 2013). Symptomer og plager er vanlig i befolkningen, og mange pasienter som er sykmeldt for én diagnose rapporterer i mange tilfeller om flere andre plager i tillegg (Hagen et al., 2006). Blant den lille gruppen arbeidstakere som står for mesteparten av sykefraværet (Tveito, Halvorsen, Lauvålien, & Eriksen, 2002), vil en stor del være arbeidstakere med mange plager og et sammensatt sykdomsbilde. Vanligvis er det ikke kurative behandlinger for disse symptomene, og behandling – i den grad den har effekt – fokuserer på økt mestring.

Mange av de tradisjonelle rehabiliteringstilbudene er basert på institusjonsopphold, gjerne fjernt fra hjem og arbeidsplass for den enkelte deltager, noe som kan representere en utfordring for den enkelte.

Totalt var det 44 ulike arbeidsrettede rehabiliteringstilbud i Norge i 2014, når tverrfaglige Raskere Tilbake tiltak er medregnet (AiR, 2014).

I en OECD-rapport fra 2013 pekes det på to konkrete utfordringer i norsk arbeidsrehabiliterings-arbeid: Mangel på tidlige intervensjonstiltak for arbeidstakere som står i fare for å falle utenfor arbeidslivet, og manglende samhandling mellom helsetjenestene og NAV (Baer, 2013).

Selv om målsettingen ovenfor den enkelte arbeidstaker er integrering av behandling og arbeidsrehabiliteringstiltak, blir de to prosessene i praksis ofte gjennomført hver for seg. Denne fragmenteringen blir påpekt som en hovedutfordring i den nevnte OECD-rapporten. Mange sykmeldte vil oppleve manglende fremdrift i tilbake til arbeid prosessen etter en periode med behandling. Sherbrooke-modellen (Loisel et al., 1994) integrerer arbeidsrettede og kliniske tiltak for arbeidstakeren, og legger vekt på samhandlingen mellom helseaktørene og arbeidsrehabiliteringsaktørene. Tiltak bygget på disse prinsippene har vist gode resultater sammenlignet med vanlig oppfølging (Odeen et al., 2012).

Basert på egenerfaring, inspirasjon fra Sherbrooke modellen, teorier rundt mestring og salutogenese, utviklet NAV arbeidslivssenter Troms et gruppebasert tilbud for å fylle tomrommet som kan oppstå fra det punktet hvor arbeidstaker er klar for å starte i arbeid, til vedkommende faktisk er i arbeid. Dette er en sårbar tid hvor arbeidstakeren kan risikere at mestrings-troen og arbeidsmotivasjonen som er oppnådd gjennom helsebehandlingen, forsvinner fordi man plasseres i støttetiltak hos NAV som kan være mer eller mindre tilfeldige, eller fraværende på grunn av ventetid.

Med bakgrunn i vellykket pilotering, søkte NAV Troms FoU midler fra Arbeids og velferdsdirektoratet for utprøving av gruppetilbudet i randomisert klinisk forsøk basert på samarbeid med UiT Norges arktiske universitet og Uni Research Helse i Bergen. Gruppetilbudet blir i forsøket sammenlignet med tilbud om gratis treningskort inkludert en veiledningstime ved lokale treningsstudio.

Begge grupper fikk vanlig NAV-oppfølging ved siden av deltagelsen i prosjektet. Før inkludering fikk deltagerne en inklusjonssamtale med fokus på framtidig arbeidsdeltagelse.

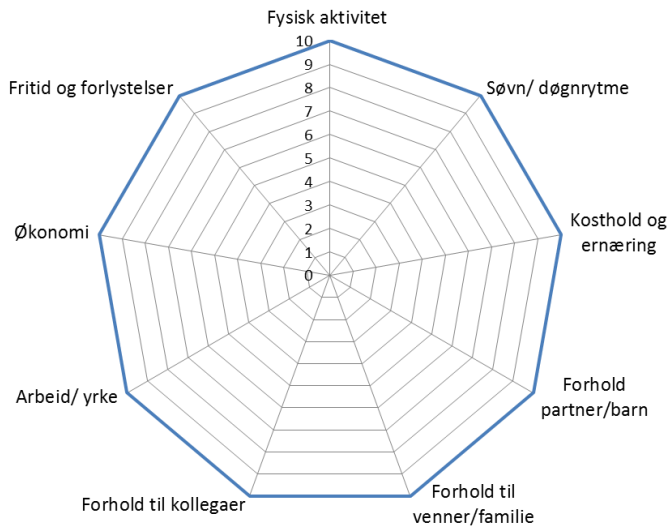
Denne rapporten presenterer resultater av effektanalyser på arbeidsdeltagelse, funn fra prosessevaluering, og resultat av de sekundære utfallsmål som endring i helserelatert livskvalitet (EQ5-D), mestring målt ved Global Self Esteem og symptomtrykk målt ved Global Symptom Scale.

Prosjektet er registrert i Clinical Trials.gov: NCT02945397, og godkjent av REK 2014/1381. Dispensasjon taushetsplikt for utlevering NAV data i henhold til samtykke innvilget 18/1737.

1.2 Beskrivelse av intervensjons- og kontrolltiltak

Intervensjonsgruppe: Best iLag

Best iLag består av 16 gruppesamlinger a 2 timer over 12 uker. I løpet av denne tida skulle deltagerne lage og følge opp individuell aktivitetsplan for tre livsområder fra et sektordiagram med 9 livsområder, fysisk aktivitet, søvn, matinntak, søvn, forhold til kjernefamilie, venner og kollegaer, jobb, økonomi og fritid. Fysisk aktivitet skulle være ett av de valgte områdene.



Figur 1. Sektor-diagram for egenvurdering. Livsområders betydning for arbeidsdeltagelse (10 = ingen begrensning, 0 = umulig).

Mellom møtene forventes deltagerne å føre dagbok med refleksjonsnotater til neste møte. Denne prosessen ble fasilitert ved bruk av styrkekort “**Følgekort**®”. Gjennom målsettingsarbeid etter SMART-modellen (spesifikt, målbart, attraktivt, realistisk og tidsbestemt) og fokus på endringsmuligheter ønsker man å motivere deltakerne med tanke på å etablere eller opprettholde arbeidsdeltagelse. I tillegg til målarbeidet inneholdt gruppemøtene informasjon fra relevante aktører fra NAV og helsevesenet for å synliggjøre valgmuligheter på veien videre mot arbeidsdeltagelse. Det var vektlagt en «non-directive» gruppeledelse for å sikre at deltagerne arbeidet med mål de selv hadde definert som viktige. For detaljert oversikt over samlinger se appendix 1.

Kontrollgruppe: Treningskort

Deltakere i kontrollgruppen fikk 3 måneders gratis treningskort inkludert en veiledningstime ved lokale treningsstudio. De kunne velge mellom tre treningsstudioer med litt ulik profil.

1.3 Metode

Studiens overordnede mål er å undersøke effekten av Best iLag på deltakernes arbeidsdeltakelse 15 måneder etter inklusjon i studien (12 måneder etter intervensjonsslutt).

1.3.1 Rekruttering

Målgruppen for studien er personer som enten 1) er i faresonen for å bli langtidssykemeldt eller allerede er sykemeldt på grunn av stressrelaterte symptomer, sykdom eller andre helserelaterte problemer, eller 2) har søkt jobb i mer enn 6 måneder og har et såkalt §14A-vedtak, som gir dem rett til ekstra oppfølging i jobbsøkingprosessen. Andre inklusjonskriterier var at deltakerne måtte være mellom 18 og 65 år, ha et ønske om å være i arbeid, og ha nok norskkunnskaper til å kunne delta i gruppe-intervensjonen og svare på spørreskjema. Eksklusjonskriteriet var at personen ikke hadde helse til å delta i gruppe-intervensjonen, eller ikke kunne godt nok norsk. Informasjon om studien ble gitt gjennom saksbehandlere i NAV, og deltakere kunne enten bli henvist herfra, fra fastlegen, rehabiliteringsklinikker, arbeidsgiver eller henvise seg selv. Potensielle deltakere ble invitert til et inklusjonsintervju hvor de ovennevnte kriteriene ble vurdert. I samme møte fikk deltakerne grundig informasjon om hva

studien innebar, om frivillighet og samtykke, og hvilke forventninger som ble stilt til deltakelse. Personene som ønsket å delta i studien undertegnet så samtykke, fylte ut baseline-skjema, og ID-nummeret deres ble sendt til randomisering.

1.3.2 Design

Studien er en randomisert kontrollert studie. Etter å ha fylt ut samtykke og baseline-skjema ble deltakere randomisert til intervensjonen Best iLag, eller til den aktive kontrollintervensjonen, som var gratis treningskort ved ett av byens treningssentre. Inklusjonssamtalen ble gjort ved NAV Arbeidslivssenter Troms, og randomiseringen ble utført ved forskere på Uni Research Helse. Gruppe-tildelingen var data-generert og verken forskere eller ansatte ved Arbeidslivssenteret kjente til rekkefølgen på tildelingen.

Deltakere i kontrollintervensjonen ble tilbud et 3-måneders treningskort på ett av tre treningssentre med noe ulik profil. Fordi gruppeintervensjonen krevde et minimum antall deltakere for å gå i gang, var randomiseringen i starten 2:1 i favør av Best iLag, for å unngå lang ventetid mellom randomisering og oppstart for intervensjonsdeltakerne. Deltakere i kontrollgruppen kunne starte på treningsstudio fortløpende. Randomiseringen ble etter noen måneder endret tilbake til en 1:1-fordeling. Deltakere i begge grupper fortsatte med vanlig oppfølging hos sin saksbehandler i NAV.

1.3.3 Registerdata

Opplysninger om deltagernes arbeidsdeltagelse før, under og inntil et år etter endt deltagelse i prosjektet (15 måneder etter inklusjon) er innhentet fra NAV i hovedsak fra saksbehandler-verktøyet Arena.

Fravær før inklusjon er for sykmeldte beregnet fra første fraværsdag siste sykefraværstilfelle fram til inklusjonsdato. For deltagere som mottok AAP ble beregningsdato for ytelsen lagt til grunn. Dette vil gjenspeile når arbeidsevnen ble redusert og deltaker sykmeldt. Ansettelsesforhold og stillingsandel ved inklusjon og endt oppfølging er hentet fra AA-registeret.

Dagsverk arbeid i oppfølgingsperioden er for deltakere i arbeid uten ytelse og delvis sykmeldte beregnet ut fra andel i arbeid i en kalenderperiode dividert med 7 og multiplisert med 5 for å gjenspeile dagsverk. For deltagere som mottok arbeidsavklaringspenger er dagsverk beregnet ut fra meldt timer eller dager i arbeid på meldekortene. Meldt arbeid av 7 - 8 timers varighet er regnet som et dagsverk, mens lenger og kortere arbeidstid er korrigert i henhold til 7,5 timers dagsverk.

For deltagere med AAP som har fått godkjent fulltidsstudium som aktivitet, er startdato i utdanningstiltaket lagt til grunn for tilbakegang til arbeid.

1.3.4 Spørreskjema

Spørreskjema ble fylt ut ved baseline (100% responsrate), 3 måneder (57% responsrate) og 15 måneder (59% responsrate) etter inklusjon. For kontrolldeltakerne ble oppfølgingsskjema sendt ut 3 måneder etter inklusjon. For intervensjonsdeltakere ble det sendt ut etter endt intervensjon og så nærme 3 måneder etter inklusjon som mulig. Spørreskjemaet ble distribuert elektronisk på epost ved hjelp av Qualtrics. Deltakere som ønsket å fylle

ut på papir fikk dette tilsendt i posten (dette gjaldt to stykker). Første del av baseline-skjemaet inneholdt bakgrunns-spørsmål om demografi, arbeidstilknytning, tidligere tiltak og oppfølging i NAV, tidligere behandling, forventning til arbeid, mobbing, alkohol- og medikamentbruk, søvn, om man har vært utsatt for vold. Andre del inneholdt standardiserte skalaer om helse, mestring, og livskvalitet. Sekundærmålene som er analysert i denne rapporten inkluderer:

- *Subjective health complaints inventory (Eriksen, Ihlebaek, & Ursin, 1999)*. Skjemaet består av 29 ledd, og ber respondenten svare på hvor plaget man har vært av hver plage de siste 30 dagene, på en skala fra 0 (*ikke plaget*) til 3 (*alvorlig plaget*). Man angir også antall dager de siste 30 dagene man har vært plaget. De 29 leddene er delt inn i fem subkategorier: Influensalignende symptomer, muskel- og skjelettplager, gastrointestinale plager, pseudonevrologiske plager og allergi. I tillegg til dette ble det lagt inn noen oppfølgingsspørsmål til respondenter som svarte at de var «En del plaget» eller «Alvorlig plaget»: 1. Har plagen bekymret deg? (*ja/nei*). 2. Har plagen hindret deg i å gjøre det du ønsker på jobb? (...) på fritiden? (Fire-punkts skala fra *Nei, i liten grad* til *Hele tiden/alltid*).
- *Forventning til arbeid som helsefremmende* måles gjennom spørsmålet «Hvis du begynner/fortsetter i arbeid, hvilken effekt vil det ha på dine plager?» Svarkategoriene går 1 «Forverre tilstanden» til 5 «Svært gunstig effekt».
- *TOMCATS (theoretically originated measure of the cognitive activation theory of stress; Odeen, Westerlund, Theorell,*

Leineweber, Eriksen, & Ursin, 2012) måler respondentens forventning til å mestre problemer og utfordringer, og består av 9 ledd som rates fra 1 (*stemmer helt*) til 4 (*stemmer ikke i det hele tatt*). De tre subskalaene er mestring, hjelpeløsthet og håpløsthet.

- *Chalder Fatigue Questionnaire (Chalder et al., 1993)* består av 11 ledd som måler mental utmattelse (7 ledd) og fysisk utmattelse (4 ledd) den siste måneden. Leddene rates fra 1 (*mindre enn vanlig*) til 4 (*mye mer enn vanlig*).
- Helse-relatert livskvalitet måles av skalaen EQ-5D (The EuroQol Group, 1990), som består av fem spørsmål, hvor respondenten angir funksjonsnivået på ulike områder av livet. Leddene rates på en trepunkts skala fra 1 (*høy funksjon*) til 3 (*lav/ingen funksjon*). I tillegg består skalaen av et visuelt-analogt ledd, hvor deltakeren angir sin helsetilstand på et slags termometer fra 1-100.
- *Livets stige* er en visuelt skala som representerer det beste øverst; 10) eller det verste (nederst; 1) livet man kan tenke seg. Respondenten bes om å angi hvor på stigen man var for ett år siden, hvor man er akkurat nå, og hvor man tror man vil være om ett år.
- *AUDIT* måler mengde og type alkoholkonsum (Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1998). Resultatene som presenteres her baserer seg på tre spørsmål om mengde.

1.3.5 Intervjuer

Individuelle intervjuer ble foretatt med tre deltakere. På tilbydersiden ble det gjennomført to gruppeintervjuer – ett med programutviklere og ett med tilbydere. To gruppeintervjuer ble gjennomført på tilbydersiden – ett med initiativtagere og ett med NAV-saksbehandlere. Informanter på tilbydersiden ble rekruttert ved direkte henvendelser. Informanter blant deltakerne ble forespurt etter tilfeldig trekning fra gruppen som ikke motsatte seg å bli kontaktet (dette ble det gitt mulighet til på oppfølgingsskjemaet). Intervjuene ble tatt opp, transkribert i anonymisert form og så ble lydopptakene slettet.

1.4 Effektvalueringen

Hovedmålet for effekt i studien har vært antall dagsverk arbeid i oppfølgingsperioden av deltagerne. Dette utfallsmålet er basert på prinsippet om intensjon om deltagelse og innbefatter alle som har gitt sitt samtykke uavhengig av grad av gjennomføring av tiltaket de ble trukket til. Effekter på funksjon, mestring og egenopplevd helse er basert på de som har besvart spørreskjema. En helse-økonomisk betraktning er utarbeidet på grunnlag av EQ-5D verktøyet og et overslag av kostnader ved gjennomføring av gruppe-tilbudet Best iLag.

1.5 Prosessevalueringen

Hensikten med en prosessevaluering er å gi en analyse av selve implementeringen av tiltaket, med tanke på videre implementering og for å belyse effekt-resultatene. Ved å beskrive deltakerne og deres opplevelse av tiltaket, og inkludere perspektivene til personer på tilbydersiden kan man få en dypere forståelse av hva som er de såkalte «aktive ingrediensene» i tiltaket, hva som har vært utfordrende, om det er gjort tilpasninger underveis og så videre. Ved å belyse disse tingene øker man forståelsen av tiltaket utover om det har en effekt eller ikke, og bidrar til å øke sannsynligheten for lignende resultater om tiltaket prøves ut et annet sted. Mange ulike mål kan bli brukt for å gjennomføre en prosessevaluering. Målene som er brukt i Best iLag er valgt ut på bakgrunn av forskningslitteraturen (Steckler & Linnan, 2002; Glasgow et al., 2006) og de økonomiske og tidsmessige rammene for prosjektet. Disse inkluderer:

- Prosessmål fra spørreskjema:
 - Opplevd nytte
 - Dose mottatt (hvor aktivt man har benyttet seg av elementene i tiltaket)
 - Hemmende og fremmende faktorer

- Intervjuer
 - Deltakere (individuelle intervjuer)
 - Initiativtakere (gruppeintervju, 3 deltakere)
 - Henvisere/saksbehandlere (gruppeintervju, 3 deltakere)

Det ble også stilt noen spørsmål til kontrollgruppen om treningstiltaket og tilfredsheten med dette, men det ble ikke gjennomført intervjuer med disse.

2 Beskrivelse av deltakerne

2.1 Demografi

Tabell 1. Demografiske kjennetegn ved deltakerne basert på spørreskjema ved inklusjon. Antall og prosent.

	Antall	%
Fødeland		
Norge	143	94,7%
Utenfor Norge	8	5,3%
Kvinne	130	85,5%
Mann	22	14,5%
Alder		
Under 30 år	19	12,5%
30-49 år	88	57,9%
Over 50 år	45	29,6%
Sivilstatus		
Ugift	59	38,8%
Gift/Partner	45	29,6%
Samboer	35	23,0%
Kjæreste (ikke samb.)	13	8,6%
Barn		
Ikke barn	30	20,4%
1 barn	26	17,7%
2 barn	55	37,4%
3 barn	26	17,7%
4 barn eller flere	10	6,8%
Har lese-skrivevansker	13	8,7%
Utdanning		
Grunnskole	11	7,3%

Videregående	57	37,7%
Universitet/høyskole 1-4 år	56	37,1%
Universitet/høyskole >4 år	16	10,6%
Annet	11	7,3%

2.2 Arbeidstilknytning og forventninger til arbeid ved inklusjon (før randomisering)

Tabell 2. Arbeidstilknytning, forventninger til arbeid og tidligere deltakelse i NAV-tiltak, basert på spørreskjema ved inklusjon. Alle deltakere. Antall og prosent.

n=142-152	Antall	%
I jobb	79	52,3%
Ikke i jobb	72	47,7%
...problemer med å få jobb	10	13,9%
...psykiske plager	32	44,4%
...arbeidskonflikt	13	18,0%
...andre helseplager	65	90,3%
...hjemmesituasjon	12	16,7%
...godkjent yrkesskade	7	9,7%
...annet	11	15,3%
Aldri vært i arbeid	4	2,7%
Tidligere deltatt på arbeidsrettede NAV-tiltak	52	34,4%
Forventninger til effekt av arbeid på helseplager	130	85,5%
...forverre tilstanden	54	38%
...forsinke helbredelsen	32	22,5%
...ikke noen effekt	13	9,2%
...litt gunstig effekt	23	16,2%
...svært gunstig effekt	20	14,1%

Registerdata viste at halvparten av deltagerne hadde vært ute av jobb i minst et år ved inklusjon, middelvei for dager ute av arbeid før inklusjon var 362 dager i treningsgruppen og 373 dager i Best iLag. Gjennomsnittlig tid ute av arbeid før inklusjon var henholdsvis 786 og 775 dager.

I begge grupper hadde 51 % av deltagerne arbeidsavklaringspenger som ytelse ved oppstart. 41% i treningsgruppen og 35 % i Best iLag var sykmeldt, og andelen i arbeid 5 - og 12 %. To personer i hver gruppe hadde uføretrygd eller stønad til livsopphold som inntektsgrunnlag.

Sammenholdt med inklusjonskriteriene taler dette for at svært mange av deltagerne stod lenger fra arbeidsdeltagelse enn den primære målgruppen.

2.3 Selvrapportert helse og livskvalitet ved inklusjon

Tabell 3. Mål på selvrapportert helse og livskvalitet, gjennomsnitt og standardavvik.

	Gj.snitt	St.avvik
Helsetermometer (1-100)	51	15.8
Livets stige (1-10)		
...for ett år siden	4.74	2.3
...nå	4.65	1.5
...om ett år	7.22	1.8
Subjektive helseplager (plaget)	Antall	%
...muskel- og skjelett	148	98%
...pseudonevrologisk	144	95.4%
...gastrointestinale	111	73.5%
...allergi	95	62.9%
...influensa-lignende	68	45%
Funksjon (problemer med)		
...vanlige gjøremål	124	82.1%
...smerte/ubehag	131	86.8%
...angst/depresjon	90	60%
...gange	53	35.1%
...personlig stell	15	9.9%
Behandling siste 6 måneder (flere svar mulig)		
...fastlege	132	87%
...DPS	5	3%
...psykolog	26	17%
...fysio/manuellterapeut	58	38%
...kiropraktor	12	8%
...ryggskole	2	1%
...alternativ behandling	14	9%
...annet*	47	31%

* «Annet» inkluderte psykiatrisk sykepleier, kurbadet, healer, rusbehandling, samtale med filosof, samtaler med prest, sykehus.

Tabell 3 viser at deltakerne rangerer seg selv på midten både når det gjelder selv-rapportert helse (51 av 100) og livskvalitet (4.65 av 10). De ser i midlertid lysere på fremtiden (7.22 av 10). Nesten hele populasjonen rapporterer om muskel- og skjelettplager og pseudonevrologiske plager. Influensa-lignende symptomer er de minst rapportert plagene. Vi ser også at over 80% av deltakerne har problemer med daglige gjøremål og smerter/ubehag i hverdagen. Ulike plager og symptomer ser altså ut til å være uttalt i populasjonen, og det indikerer et delvis samsvar med målgruppen (målgruppe a: Personer i faresonen for å bli langtidssykemeldt eller allerede er sykemeldt på grunn av stressrelaterte symptomer, sykdom eller andre helserelaterte problemer).

Når det gjelder behandling det siste halvåret er det fastlegen som helt klart oppgis hyppigst (87%), etterfulgt av fysio/manuellterapeut (38%). Omtrent hver sjettede deltaker har oppsøkt psykolog (17%).

Tabell 4. *t*-test som viser kjennetegn ved de to gruppene ved inklusjon (baseline). Gjennomsnitt, forskjellsverdi (BiL er referansegruppe) og *p*-verdi (n=antall respondenter, Ktr = kontrollgruppe).

	Baseline			
	Gruppe	Gj.sn.	Forskjell	P
Forventning til arbeid som helsefremmende	BiL (n=81)	2,27	-0,43	.084
	Ktr (n=63)	2,70		
Livskvalitet (1-10)	BiL (n=70)	4,66	0,04	.873
	Ktr (n=57)	4,62		
Helsetermometer (0-100)	BiL (n=85)	50,1	-0,38	.887
	Ktr (n=63)	51,3		
Subjektive helseplager	BiL (n=88)	19,69	1,19	.402
	Ktr (n=63)	18,49		
Utømmelse 0-33	BiL (n=87)	18,68	0,23	.811
	Ktr (n=63)	18,44		
Alkohol (AUDIT)	BiL (n=88)	2,5	-0,80	.007
	Ktr (n=64)	3,3		
Mestring	BiL (n=87)	3,01	-0,01	.913
	Ktr (n=63)	3,02		
Håpløshet	BiL (n=87)	1,86	0,01	.353
	Ktr (n=63)	1,85		
Hjelpeløshet	BiL (n=87)	2,02	0,10	.892
	Ktr (n=63)	1,92		

Tabell 4 viser at gruppene er like på nesten alle de målte karakteristikkene. Unntaket er inntak av alkohol, hvor kontrollgruppen har et signifikant høyere inntak enn intervensjonsgruppen. Analyser av oppfølgingsdata vil ta hensyn til dette i resultatene.

3 Resultater

3.1 Dagsverk i arbeid

Tabell 5. Antall dagsverk i arbeid i løpet av 15 mnd oppfølging fra inklusjon i prosjektet fordelt på arbeidsstatus ved inklusjon.

Status ved inklusjon	n	Best iLag		n	Kontroll		p
		Middelverdi dagsverk	Gj.sn dagsverk		Middelverdi dagsverk	Gj.sn dagsverk	
I arbeid	11	189	189	3	319	317	0,05
Sykmeldt	30	134	146	26	164	147	0,97
AAP	45	0	49	32	0	37	0,48
Annet	3	33	37	2	103	103	0,64
Alle	89	58	98	63	33	98	0,96

Antall dagsverk deltagerne var i arbeid eller fulltidsstudier som ledd i tiltak framgår av tabell 5. Det var ingen forskjell mellom deltagerne i Best iLag og treningsgruppa med omsyn til arbeidsaktivitet. Utsikten til arbeidsdeltagelse er imidlertid klart større for de som er i arbeid eller er sykmeldt. Blant deltagerne med AAP er det ikke registrert ordinær arbeidsdeltagelse under 15 mnd oppfølging for 56% i Best iLag og 53 % i kontrollgruppa.

Det var en tendens til flere uker i arbeidsretta tiltak i Best iLag gruppa med 8,1 uker mot 4,9 uker i kontrollgruppa, $p= 0,15$.

Med unntak av alkohol-inntak var de to gruppene like på de målte karakteristikkene ved inntak. De kan derfor sammenlignes på oppfølgingstidspunktene for å identifisere eventuelle effekter av Best iLag.

3.2 Forskjell mellom gruppene på andel med registrert arbeidsforhold ved 15 måneders oppfølging

Tabell 6. Kji-kvadrat test mellom intervensjonsgruppe og ansettelse ved 15 måneder

Gruppetilhørighet	Ansatt ved 15 måneder		c^2 (df)	p -verdi
	Ja	Nei		
Trening	58,70 %	41,30 %	.098 (1)	.754
Best iLag	56,20 %	43,80 %		

Tabell 6 viser forskjellen i andel sysselsatte mellom de to gruppene ved 15 måneders oppfølging. Som det fremgår av tabellen er det litt høyere andel sysselsatte i treningsgruppen enn i Best iLag-gruppen, men denne forskjellen er ikke signifikant. Det er derfor ikke grunnlag for å si at det ene tiltaket har hatt større effekt på sysselsettingen enn den andre.

3.3 Sammenligning av de to gruppene på sekundærmål ved 3 måneder og 15 måneder

Tabell 7. *t*-test som viser forskjeller mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe ved 3mnd. og 15mnd. Gjennomsnitt, forskjellsverdi (BiL er referansegruppe) og *p*-verdi. Signifikante verdier uthevet i kolonnen P.

	Gruppe	3 måneder				15 måneder			
		n	Gj.sn.	For-skjell	p	n	Gj.sn.	For-skjell	p
Forventning til arbeid som helsefremmende (1-5)	BiL	49	2,73	0,10	.084	31	2,42	-0,02	.743
	Ktr	38	2,63			25	2,44		
Livskvalitet (1-10)	BiL	40	5,85	0,69	.093	23	6,00	0,94	.067
	Ktr	31	5,16			25	5,06		
Helsetermometer (0-100)	BiL	52	58,08	-0,75	.864	32	58,59	6,89	.153
	Ktr	40	58,83			27	51,70		
Subjektive helseplager (0-87)	BiL	54	16,70	-0,94	.604	35	16,61	-3,90	.099
	Ktr	41	17,64			30	20,51		
Utmattelse 0-33	BiL	52	11,18	0,07	.944	31	17,13	-0,87	.545
	Ktr	40	11,12			27	18,00		
Alkohol (AUDIT)* (0-4)	BiL	55	2,15	-0,83	.019*	35	2,06	-1,28	.015*
	Ktr	41	2,98			30	3,33		
Mestring (1-4)	BiL	53	3,08	0,08	.449	31	2,98	0,20	.166
	Ktr	40	3,00			27	2,78		
Håpløshet (1-4)	BiL	53	1,71	-0,17	.227	31	1,83	-0,16	.382
	Ktr	39	1,88			26	1,99		
Hjelpeløshet (1-4)	BiL	53	1,76	-0,30	.010	31	1,84	-0,34	.069
	Ktr	40	2,06			26	2,19		

*De to gruppene var ikke like ved inklusjon (se tabell 4).

t-testene som ble gjort mellom gruppene på 3-månedersoppfølgingen og 15-månedersoppfølgingen viser at det ved tre måneder kun var signifikant-forskjell på skalaen som måler «Hjelpeløshet». Her skåret kontrollgruppen signifikant høyere enn intervensjonsgruppen. Ved 15 måneders-oppfølgingen var det ingen signifikant forskjell mellom de to gruppene på noen mål (unntaket er alkohol-forbruk som også er signifikant forskjellig ved 3 måneder, men her var gruppene ulike allerede ved inklusjon). Forskjellen på nivået av helseplager er signifikant om man bruker et signifikansnivå på 0,1 (altså at det er 10% sannsynlighet for at forskjellen er tilfeldig), i favør av Best iLag-gruppen.

3.4 Sammenligning av forskjeller på ulike måletidspunkt

Tabellen under viser endringen blant deltakerne som har svart på de aktuelle målene på både inklusjonstidspunktet, 3-månedersoppfølging og 15-månedersoppfølging. Resultatene viser økning eller reduksjon hos samme deltaker på de ulike måletidspunktene. Testen som er utført er en «same sample» *t*-test, som sammenligner snittet av respondentenes svar på ett måletidspunkt, med de samme respondentene sitt svar på et annet måletidspunkt. Det betyr at det kun er respondenter som har svart på begge de to måletidspunktene som sammenlignes, som er inkludert i analysen.

Raden «omnd-3mnd» viser forskjellen mellom inklusjonstidspunktet og 3-månedersoppfølging, og raden «3mnd-15mnd» viser forskjellen mellom 3-månedersoppfølging og 15-månedersoppfølging. Det er kun deltakere som har svart på begge de to måletidspunktene, som er inkludert i den enkelte analysen. Derfor er gruppen som utgjør grunnlaget for analysen noe mindre (vist i «n»). Der hvor forskjells verdiene er positive har gjennomsnittet økt, der hvor de er negative har gjennomsnittet sunket. På målene som handler om livskvalitet og mestring vil en økning tolkes som en positiv endring, mens hvor det måles symptomer eller alkoholforbruk vil en økning tolkes som en negativ endring. Signifikante endringer er uthevet i kolonnen «P».

Tabell 8. *t*-test som viser forskjeller hos en og samme deltaker (men på gruppenivå) på måletidspunktene T1 (3mnd) og T2 (15mnd) fordelt på de to gruppene. Tidspunkt, gjennomsnitt, forskjellsverdier og *p*-verdi. Signifikante verdier uthevet i kolonnen P.

	Tids- punkt	Best iLag			Kontroll		
		Gj.sn.	For- skjell fra for- rige tids- punkt	P	Gj.sn.	For- skjell fra for- rige tids- punkt	P
Forvent- ning til ar- beid som helsefrem- mende (1-5)	0mnd- 3mnd	2,75 (n=48)	0,63	.006	2,63 (n=38)	0,18	.292
	3mnd- 15mnd	2,48 (n=25)	0,16	.582	2,35 (n=23)	-0,17	.477
Livskvalitet (1-10)	0mnd- 3mnd	5,94 (n=34)	1,62	.000	5,16 (n=31)	0,55	.064
	3mnd- 15mnd	6,16 (n=19)	-0,32	.512	5,32 (n=17)	0,68	.114
Helseter- mometer (0-100)	0mnd- 3mnd	57,63 (n=51)	6,7	.012	58,83 (n=40)	9,0	.003
	3mnd- 15mnd	60,14 (n=28)	3,07	.269	51,95 (n=24)	-5,04	.212
Subjektive helsepla- ger	0mnd- 3mnd	16,70 (n=54)	-2,35	.004	17,70 (n=40)	0,00	.999
	3mnd- 15mnd	16,20 (n=32)	0,41	.635	20,62 (n=28)	1,5	.237
Utmattelse 0-33	0mnd- 3mnd	15,78 (n=51)	-2,72	.000	15,36 (n=40)	-2,02	.088
	3mnd- 15mnd	16,32 (n=31)	0,1	.925	17,67 (n=27)	1,08	.416
Alkohol (AUDIT)	0mnd- 3mnd	2,15 (n=55)	-0,29	.028	2,98 (n=41)	-0,49	.060
	3mnd- 15mnd	2,00 (n=32)	-0,31	.115	3,54 (n=28)	0,54	.126

Tabell 8 forts.

	Tids- punkt	Best iLag			Kontroll		
		Gj.sn.	For- skjell fra for- rige tids- punkt	P	Gj.sn.	For- skjell fra for- rige tids- punkt	P
Mestring	0mnd- 3mnd	3,08 (n=53)	0,13	.051	3,00 (n=40)	0,01	.864
	3mnd- 15mnd	3,02 (n=29)	-0,14	.223	2,75 (n=24)	-0,15	.200
Håpløshet	0mnd- 3mnd	1,72 (n=53)	-0,14	.098	1,87 (n=39)	0,06	.512
	3mnd- 15mnd	1,82 (n=29)	0,08	.516	2,06 (n=24)	0,08	.520
Hjelpeløs- het	0mnd- 3mnd	1,76 (n=53)	-0,23	.001	2,06 (n=40)	0,14	.171
	3mnd- 15mnd	1,83 (n=29)	0,10	.465	2,25 (n=24)	0,10	.422

Resultatene fra tabell 8 viser altså endringen som har skjedd *innad* i gruppene, ikke *mellom* de to gruppene, og baserer seg på sammenligning av snittet til deltakerne som har svart på begge tidspunkt. Denne analysen viste at det ved 3-månedersoppfølgingen er en signifikant *økning* i intervensjonsgruppen på målene livskvalitet og selvrapportert helse, og en signifikant *nedgang* i subjektive helseplager, utmattelse, alkoholforbruk og hjelpeløshet. Mellom 3 mnd og 15mnd er det ingen signifikante forskjeller hos intervensjonsgruppen. I kontrollgruppen er det en signifikant økning i selvrapportert helse, ved 3 måneder, men denne har gått signifikant ned ved 15 måneder. Ellers er det ikke signifikante endringer innad i kontrollgruppen.

3.5 Sammenligning innad i gruppene mellom inklusjon og 15-måneders oppfølging

Tabellen under viser endringen fra inklusjonstidspunktet til 15-månedersoppfølgingen. Dette sier noe om en lengre effekt av en økning eller reduksjon i de to gruppene.

Tabell 9. *t*-test som viser forskjellen hos en og samme deltaker (men på gruppenivå) på måletidspunktene T0 (inklusjon) og T2 (15mnd) fordelt på de to gruppene. Tidspunkt, gjennomsnitt, forskjellsverdi og *p*-verdi. Signifikante verdier uthevet i kolonnen P.

	Tids- punkt	Best iLag			Kontroll		
		Gj.sn.	Forskjell fra for- rige tids- punkt	P	Gj.sn.	Forskjell fra for- rige tids- punkt	P
Forventning til arbeid som helsefremmende (1-5)	15mnd (n=31)	2,42	0,39	.190	2,44 (n=25)	-0,24	.365
Livskvalitet (1-10)	15mnd (n=21)	5,90	1,14	.017	5,15 (n=24)	0,71	.053
Helsetermometer (0-100)	15mnd (n=32)	58,59	6,92	.012	51,70 (n=27)	1,27	.555
Subjektive helseplager	15mnd (n=35)	16,61	-2,21	.061	20,34 (n=29)	1,89	.225
Utmattelse 0-33	15mnd (n=30)	17,33	-1,41	.262	18,04 (n=26)	-0,92	.456
Alkohol (AUDIT)	15mnd (n=35)	2,6	-0,54	.016	3,33 (n=30)	-0,17	.465

Tabell 9 forts.

	Tids- punkt	Best iLag			Kontroll		
		Gj.sn.	For- skjell fra for- rige tids- punkt	P	Gj.sn.	Forskjell fra for- rige tids- punkt	P
Mestring	15mnd (n=31)	2,98	-0,05	.647	2,77 (n=26)	-0,21	.025
Håpløshet	15mnd (n=31)	1,83	-0,06	.592	2,01 (n=25)	0,08	.513
Hjelpeløs- het	15mnd (n=31)	1,85	-0,12	.287	2,20 (n=25)	0,28	.058

Forskjellene på de ulike målene mellom inklusjon og ved 15 måneders oppfølging i tabell 9 er spesielt interessante å med tanke på å få en indikator på langtidseffekten av tiltaket. Denne analysen viste at det for intervensjonsgruppen var en signifikant økning i livskvalitet og helsetermometer, og en signifikant reduksjon av alkoholforbruk fra inklusjon til 15 måneder. Reduksjonen i subjektive helseplager var signifikant på 0,10-nivå (0,05-nivå ellers brukt). Kontrollgruppen viste en signifikant nedgang i opplevelse av mestring.

Antall svar ved 15 mnd gir klart redusert styrke til å fange endringer, illustrert ved reduksjon i subjektive helseplager som kommer signifikant ut ved 3 mnd men ikke ved 15 mnd til tross for ytterligere reduksjon i skår i intervensjonsgruppen. Signifikant forbedringen av flere av helsevariablene med bare 31 svar i intervensjonsgruppen taler for at endringene er praktisk betydningsfulle.

3.6 Kost-nytte vurderinger

Tabell 10. Antall respondenter på hvert nivå i EQ-5D-dimensjoner ved inklusjon (T0) og etter 15 måneder (T2) for treningsgruppen og Best iLag. Endring i funksjonsstatus EQ5-D.

Tre-ning	Vanlige aktiviteter		Smerte/ubehag		Angst/depresjon		Gange		Personlig stell	
	To	T2	To	T2	To	T2	To	T2	To	T2
Nivå 1	3	3	4	3	7	8	19	17	25	24
Nivå2	25	24	17	19	18	16	9	11	3	4
Nivå3	0	1	7	6	2	3	0	0	0	0
Total	28	28	28	28	27	27	28	28	28	28
2&3	25	25	24	25	17	16	9	11	3	4
Endret nivå	0		2		-1		2		1	

Best iLag	Vanlige aktiviteter		Smerte/ubehag		Angst/depresjon		Gange		Personlig stell	
	To	T2	To	T2	To	T2	To	T2	To	T2
Nivå1	5	10	3	2	13	17	22	21	31	31
Nivå2	25	23	23	27	19	16	11	12	2	2
Nivå3	3	0	7	4	1	0	0	0	0	0
Total	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
2&3	28	23	30	31	20	16	11	12	2	2
Endret nivå	-5		1		-4		1		0	

Basert på de 55 personene som har svart på alle EQ-5D spørsmålene ved inklusjon og etter 15 måneder, (24 med trening og 31 i Best ilag), og en antagelse at respondentene sin helsestatusendring har holdt seg jevn fra T1 (3mdr) til T2 (15mdr) vil en omtrentlig og pragmatisk kalkulasjon, basert

på danske vekter (TTO-metodikk) og ingen diskontering m.m, kunnet se slik ut for gruppen samlet:

Treningstilbud medførte	0,075 QALY
<u>Best iLag intervensjon medførte</u>	<u>1,870 QALY</u>
Best iLag akkumulert effekt	1,795 QALY

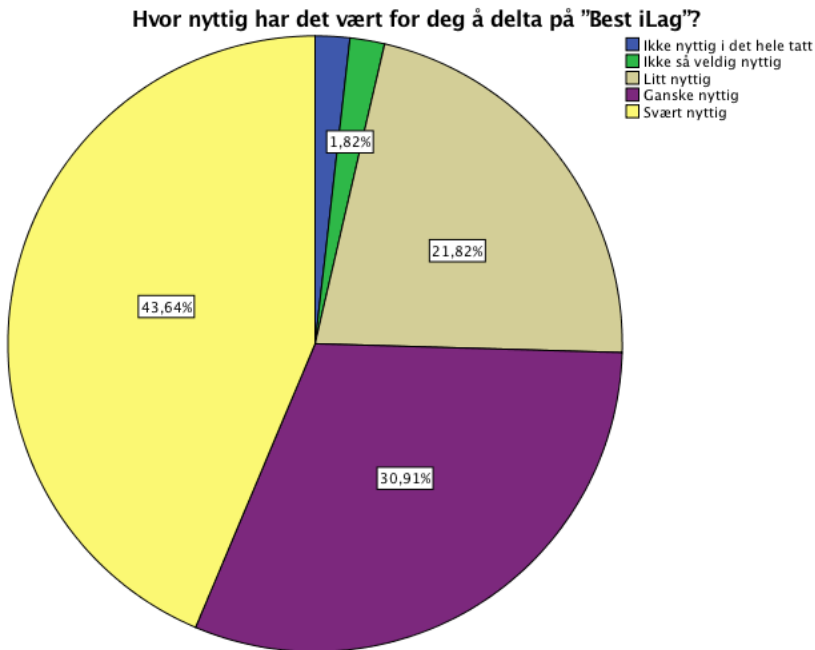
Med en estimert kostnad på 50 000 NOK for gjennomføring av en gruppe med 6-8 deltagere med 16 samlinger a 2 timer i Best iLag, vil kostnaden for å vinne en QALY (kvalitetsjustert leveår) være NOK 140 000 per QALY ved 5 grupper og NOK 225 000 per QALY ved 8 grupper for å få gjennom 31 deltakere.

Sammenholdt med Helsedirektoratets signaler om vilje til å betale (WTP) 1,12 mil. 2012 kroner per vunnet QALY i sektorovergripende tiltak, framstår Best iLag som et gunstig tilbud (Helsedirektoratet). Skulle effekten holde seg ut over ett år vil kostnad per QALY reduseres tilsvarende.

Her er benyttet et etter vårt syn konservativt overslag, og resultatet taler for at det kan være gunstig å gjøre en nærmere analyse av kostnadseffektivitet.

3.7 Prosessmål Best iLag

Formålet med prosess spørsmålene til intervensjonsgruppen er å få innblikk i nytten av å delta i tiltaket, og hvorvidt man tok aktivt i bruk verktøyene som ble gjort tilgjengelig.

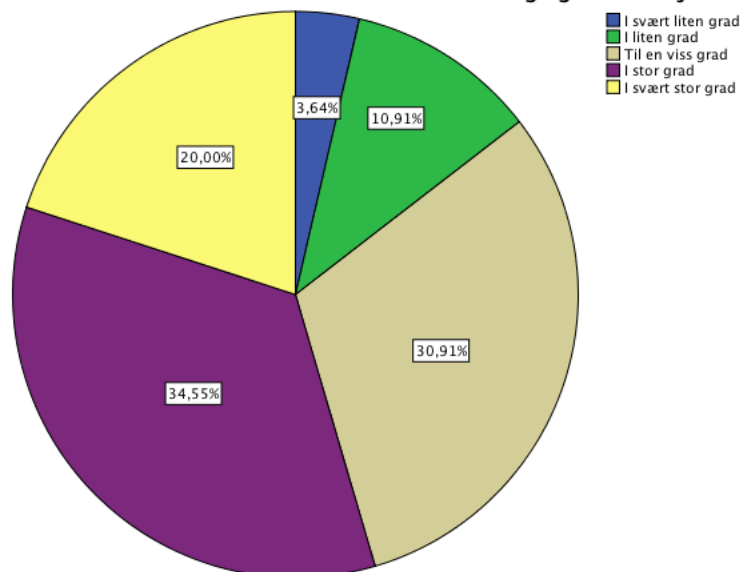


Nesten 75% av deltakerne oppgir at de syntes det var ganske eller svært nyttig å delta på Best iLag. Bare to personer mente det ikke var så veldig nyttig, eller ikke nyttig i det hele tatt.

Omtrent halvparten av deltakerne oppgav at de brukte loggen (en slags personlig dagbok man ble oppmuntret til å holde underveis i opplegget) aktivt, det vil si fra én dag til alle dager i uken. Omtrent hver femte deltaker oppgav

å aldri eller nesten aldri bruke loggen. Omtrent 87% av deltakerne oppgav at de fullførte oppgavene de ble bedt om å gjøre mellom samlingene. Bare én person oppgav å aldri ha gjort disse.

På noen av samlingene fikk du informasjon om ulike støttetiltak hos NAV. I hvor stor grad opplever du at denne informasjonen har gitt deg bedre oversikt over tilbud som er relevante for deg og din situasjon?



Over halvparten av deltakerne oppgir at informasjonen de fikk om ulike støttetiltak hos NAV i stor eller svært stor grad var relevante for deres situasjon. En tredjedel mente den til en viss grad var relevant, mens ca. 15% syntes ikke denne informasjonen var særlig relevant.

Hemmende og fremmende faktorer

Deltakerne fikk en liste med faktorer man antar vil være fremmende for deltakelsen, og ble bedt om å avkrefte eller bekrefte dette. Disse kan gi en

pekepinn på utfordringer med implementeringen, eller elementer som bør justeres med tanke på videre implementering. Når det gjelder fremmende faktorer ser vi at alle kjernekomponentene i tiltaket ble av de fleste opplevd som faktorer som var til hjelp for deltakelsen. Øverst ligger tverrfaglig informasjon og det å bli anerkjent for sin kompetanse/styrker. Minst nyttig var handlingsplanen, selv om denne også ble bekreftet av de fleste deltakerne som en fremmende faktor.

Et invertert mønster av dette ser vi i tabellen over hemmende faktorer for deltakelse. Nesten alle deltakerne avkrefter at de ulike faktorene var et hinder. Unntaket er påstanden «Jeg har en sykdom, og denne var et hinder», hvor ca. 1/3 bekreftet at dette var en hemmende faktor. Med tanke på målgruppen kunne man tenke at dette tallet skulle være enda høyere.

Fremmende faktorer (n=57)	Ja (%)	Nei (%)
Det var til hjelp at samlingene var hver uke.	86%	14%
Å jobbe med SMART-mål var til hjelp	89,5%	10,5%
Handlingsplanen jeg laget, var til hjelp.	78,6%	21,4%
Informasjonen om ulike støttetiltak var til hjelp.	87,7%	12,3%
Å være med i en gruppe med andre mennesker økte forpliktelsen min til å delta på samlingene/tiltaket.	86%	14%
Jeg opplevde anerkjennelse for min kompetanse/mine styrker.	87,7%	12,3%
Det var til hjelp/støtte å være i en gruppe med andre mennesker i samme eller lignende situasjon.	86%	14%

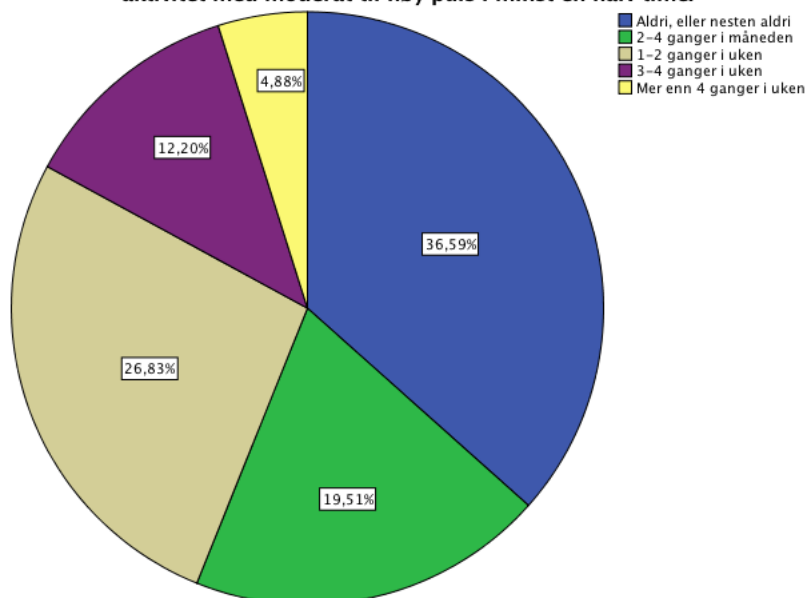
Hemmende faktorer (n=56-57)	Ja (%)	Nei (%)
Det var et hinder at møtene var for ofte.	5,3	94,7
Det var et hinder at møtene var for sjeldent.	5,3	94,7
Det var et hinder at deltakelsen var for tidkrevende.	5,3	94,7
Det var et hinder at jeg hadde utfordringer med de andre i gruppen.	1,8	98,2

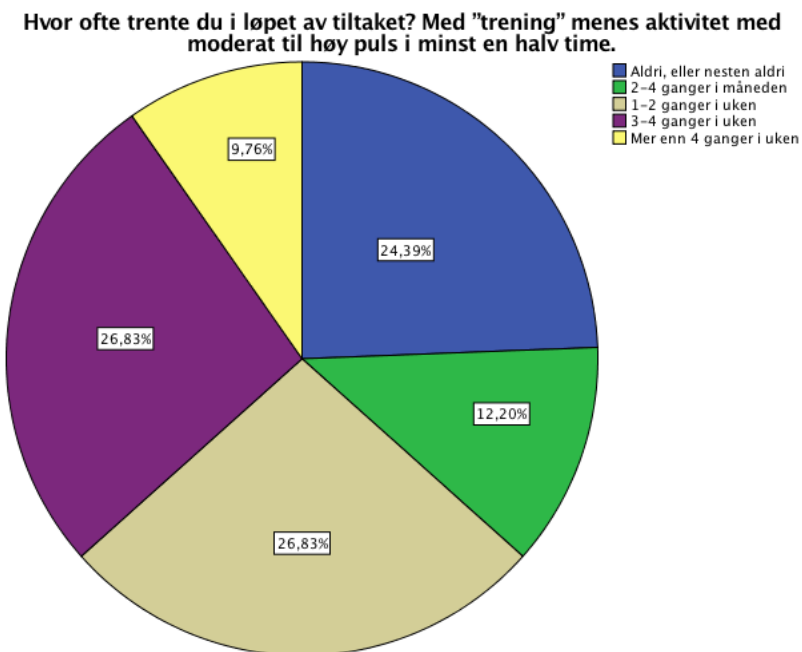
Jeg har en sykdom, og denne var et hinder.	28,1	71,9
Innholdet i "Best iLag" ikke var slik jeg trodde det skulle være, og det opplevde jeg negativt.	7,1	92,9
Selve endringsprosessen som det legges opp til, var for krevende.	7,1	92,9
Det var et hinder å komme seg til de forskjellige stedene som samlingene ble holdt.	0%	100%

3.8 Prosessmål treningstiltak

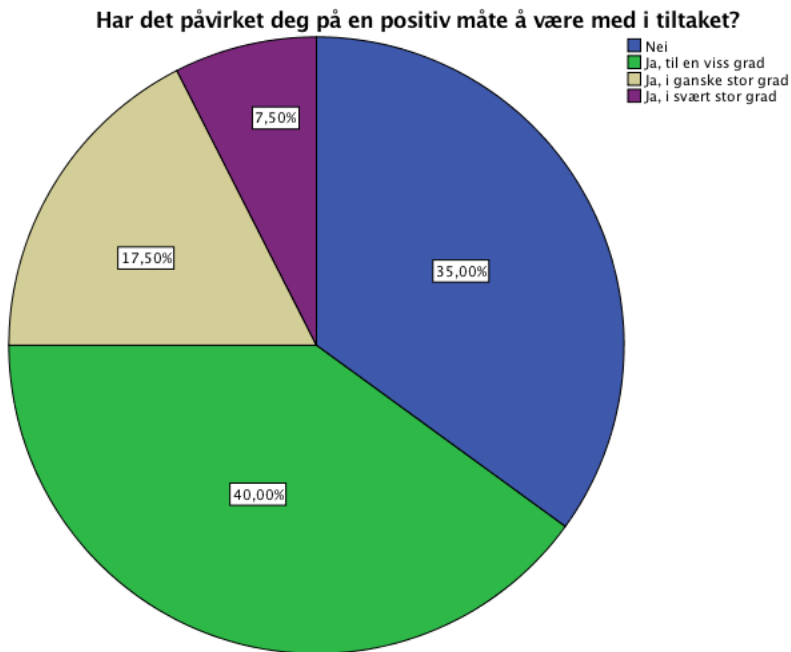
Selv om hovedvekten av prosessevalueringen gjelder intervensjonen som studeres, ble det stilt noen få spørsmål til kontrollgruppen. Spørsmålene gjaldt hvorvidt de hadde benyttet seg av treningsmulighetene, og om det opplevdes positivt.

Hvor ofte trente du før du begynte å motta tiltaket? Med "trening" menes aktivitet med moderat til høy puls i minst en halv time.





Som vi ser av de to figurene, holder gruppen som trente 1-2 ganger i uken seg stabil, mens andelen som trente mindre enn dette er redusert, og andelen som trente mer enn dette har økt. Det tyder på at treningstilbudet ble benyttet og økte aktivitetsnivået hos kontrollgruppen.



Over en tredjedel rapporterer at det ikke har betydd noen forskjell å være med i tiltaket, mens 40% oppgir at det til en viss grad har vært positivt. 25% sier det har vært en ganske eller svært positiv påvirkning å delta.

4 Resultater intervjuer

Tre deltakere ble intervjuet i individuelle intervjuer. Vi ønsket å rekruttere både personer som hadde positive erfaringer og mindre gode erfaringer med tiltaket, men det var kun personer som hadde positive erfaringer som hadde samtykket til å bli kontaktet for intervju. På grunn av risiko for identifisering oppgis ikke kjønn eller alder på informantenes sitater. I tillegg til deltaker-intervjuene ble det utført to gruppeintervjuer: Ett med tiltaksutviklerne (tre deltakere), og ett med henvisere NAV (3 deltakere).

4.1 Deltaker-intervjuer

Temaene som ble tatt opp i intervjuguiden var forventninger til tiltaket, positive og mindre positive erfaringer med tiltaket, hva man selv ville ha endret, og resultater av å ha vært med i tiltaket.

4.1.1 Forventninger og motivasjon

Alle informantene uttrykte at de stod ved et veivalg når det gjaldt jobb, som de av helsemessige eller arbeidsmiljømessige årsaker ikke kunne fortsette i. Alle hadde et ønske om å fortsette i arbeidslivet, men så at situasjonen de var i nå, ikke var holdbar. Dette så ut til å være en viktig del av motivasjonen for å melde seg på studien.

«Nei, det var nå det at jeg satt i en blindvei og ikke visste, som jeg sa til dem, har [spesifikt yrke] hele livet og tror selv det er det eneste jeg kan. Det å få litt veiledning i forhold til det, kanskje er det noe annet man kan gjøre, og få litt innspill der. Og vi så litt på hvilke papirer jeg hadde, og, jeg kunne jo kanskje gjort mye annet.»

- Deltaker 2 -

«Ja, jeg hadde jo forventning om at det skulle være et trygt forum for å snakke om ting uten at det blir sånn sykdomsprat. Og at jeg kanskje skulle få hjelp til å klare å komme meg i en annen jobb.»

- Deltaker 1 -

«Jeg håpet i hvert fall at jeg skulle komme noen vei videre. (...)Så, jeg måtte finne noe annet som jeg kunne gjøre, som jeg så for meg at jeg kan gjøre, hundre prosent. Sånn, den jobben som jeg hadde så klarte jeg bare mellom femti og seksti prosent.»

- Deltaker 3 -

4.1.2 Gruppedynamikk

Alle tre opplevde det positivt å være en del av en gruppe, og fikk hjelp av å høre andres perspektiver og erfaringer, samt få tilbakemeldinger på sine egne målsetninger og sine egne styrker.

«Å føle at man er trygg når man snakker om ting inni det rommet der, og det var jo tydelig. Altså det vi snakker om her, det blir her, og sånn var det. Og det var kanskje det som gjorde at det gikk bra til slutt.»

- Deltaker 2 -

«Det var sånn at, jeg så frem til at vi skulle møtes. Først så syntes jeg det hørt ut som at det var mye med to ganger i uka første fire ukene. Tenkte jeg, oi, dette her blir litt mye. Men når vi da var ferdige med to ganger i uka, og skulle gå over til én gang i uka, så var det, da følte det plutselig sånn at oi, skal vi møtes så sjeldent? Da savnet man egentlig å ha det to ganger i uka.»

- Deltaker 3 -

«Altså, en ting var jo det å komme deg ut, det andre var at de tok hensyn til alle nivåer. Fikk liksom lage et opplegg ut ifra der du var, og så. Du ble jo pusha litt på det målet.»

- Deltaker 2 -

Samspeillet i gruppen var viktig for deltakerne, og de hadde i det store og hele positive erfaringer med dette. Én deltaker opplevde tilfredshet med at gruppen var såpass homogen:

«Vi ble jo en liten gruppe for det var frafall. Og det var jo damer som var på min alder, så vi var veldig jevne i alder og hadde, ikke lik yrkesbakgrunn, noen av oss hadde det. Men det var veldig hyggelig folk. (...) Vi lagde jo regler med en gang og hadde veldig fokus på at det skulle være positivt og at det var lov å flire og sånne ting.»

- Deltaker 1 -

Det ble også vektlagt at det var trygghet, backing og god stemning i gruppen.

«...det var jo veldig mye backing innad i gruppa. Så alle var jo villig til, jo mer kjent man ble, jo mer ga man av seg selv. Så det er jo litt av det, du blir jo utfordret på det å være i gruppe. Det er jo ikke alle som er like rett på linja, men så er det jo trygt etter hvert. Dratt og tatt litt kaffe i lag etter vi har vært på den gruppa og.»

- Deltaker 2 -

«[samspillet] syns jeg var veldig bra. Eh, man kunne si det man, akkurat det man tenkte og følte, og, ja, det var god stemning, vi flirte mye og.»

- Deltaker 3 -

4.1.3 Innholdet i samlingene

Når det gjaldt innholdet i gruppesamlingene, ble det spurt spesifikt om målsettings-arbeidet og nytten ved eksterne innslag, som å dra på trenings-senter og få introduksjonstime, eller å høre på presentasjoner fra eksterne foredragsholdere (om ulike NAV-tiltak, fagfolk innen fysioterapi, smerte og psykiatri). Når det gjaldt målsettingsarbeidet opplevde alle informantene dette som nyttig. Særlig veiledningen med tanke på å sette seg og jobbe mot realistiske mål ble trukket frem.

«At du ikke setter deg, det er bedre å sette dem litt under den lista som du kanskje når. At du når målene dine, enn at du setter deg så høye. Jeg var nå ute av jobb i to måneder, som jeg sa, jeg styrer ikke det her selv, det er [diagnose] som styrer. Og de er jo veldig tydelig på det, at man setter seg noen realistiske mål. Hva vil være fornuftig å bruke det kurset til.»

- Deltaker 2 -

«Fokuset var vel at alle skulle sette seg sine egne mål. Eh, og, for alle så var ikke det å komme ut i jobb, en gang. Noen hadde først som mål å, å komme seg gjennom en dag.»

- Deltaker 3 -

«Så jeg jobber jo liksom mest med, prøve å være i lag med folk som jeg vil være i lag med og, og så ute i jobb, hva er det som skal til for at jeg skal få en annen jobb.»

- Deltaker 1 -

En av deltakerne fortalte også at hun hadde tatt med seg det hun lærte om SMART-mål i familielivet:

«Det har jeg brukt litt, i ettetid. I samarbeid med mannen min da egentlig, for mål for familien og, sånn at vi har, at vi har satt noen konkrete mål om hva vi skal jobbe med.»

- Deltaker 3 -

En annen sentral del av gruppe-opplegget var å synliggjøre mulighetene man har gjennom NAV-systemet for veien videre, og å få kunnskapsbaserte foredrag om mental helse, smerte, og trening. To av deltakerne opplevde dette svært nyttig, mens en deltaker opplevde det mindre nyttig. Sistnevnte hadde riktignok ikke fått med seg så mange av disse foredragene.

«Ja, vi dro jo bort og besøkte et sånt treningscenter, så det var jo også veldig bra.(...) Det å kunne være med, litt sånn på trening, og litt forskjellig, hvor kan du få hjelp. (...) Så det hjalp meg jo ganske mye til å finne ut hva man egentlig kunne gjøre. Har man drevet med en ting ganske lenge, så tror man at det bare er det man kan.»

- Deltaker 2 -

«Nei og så, så, var det veldig fint å få all den informasjonen som vi fikk, (...) Jeg tror det som var, det som var, det viktigste for min del, det var det her med, når vi fikk

informasjon om at vi kunne få arbeidstrening, gjennom NAV. (...) For NAV har veldig mange flere tilbud da, enn det som jeg visste fra før av da i alle fall, og som jeg klarte å finne ut av på egenhånd. Så, og da, da, var det jeg sa at jeg ønsker å gå ut i arbeidspraksis, og det var ikke noe problem. Fikk jeg meg en plass.»

- Deltaker 3 -

Ja, jeg syns det ble litt sånn bare, for mye, for det blir bare sånn powerpoint-opplegg og så blir det ikke personlig (...) Nei, altså noe var jo bra, men det har jo også med personen som presenterer å gjøre.»

- Deltaker 1 -

4.1.4 Personlige endringer som følge av tiltaket

På spørsmål om hva som har endret seg for dem etter å ha deltatt på Best i Lag var det mange positive tilbakemeldinger. Alle opplevde det nyttig å jobbe med mål, og få «lov» til å jobbe med seg selv fremfor å tenke på alle andre. Deltakerne snakker om indre forandringer som gjelder mot, selvtillit og trygghet på egne valg.

«Man får lov til å jobbe med seg selv, man har en unnskyldning til å gjøre det, for ellers så tar man hensyn til alle andre. Så jeg tror det at man når målet sitt og får bedre selvbilde og blir tryggere.»

- Deltaker 1 -

«Personlig har jeg blitt sterkere. Jeg har jo ikke hatt angstanfall eller stressrelaterte symptomer som jeg hadde hele den tiden. Så det har blitt veldig mye bedre de siste månedene. Og jeg er jo tøffere, føler jeg selv.»

- Deltaker 1 -

«Ja, jeg har vel kanskje fått litt mer motet tilbake, det tror jeg. Jeg har jo nesten aldri vært syk, og så plutselig skal du sittende hjemme. (...) jeg tenker nå hver dag på de

kursene, at de slutta litt for fort. Det var kjempebra. Så det tror jeg, hvis det er rett folk som kan ta det videre, så tror jeg det kommer til å bli kjempebra.»

- Deltaker 2 -

«Jeg tror nok at det hadde tatt mye lenger tid hvis jeg ikke hadde vært, med i Best i Lag. For du starter jo også noen tankeprosesser, ikke sant, vi lærte jo litt om hvordan man skal tenke og, og sånn, og at, jeg er her, først og fremst for meg, og så for alle andre. Så jeg kan velge selv hva jeg vil gjøre.»

- Deltaker 3 -

«...vi lærte om den her kognitive diamanten, som sier noe om at det vi tenker påvirker det vi føler som igjen påvirker handlingene våre, og som blir en sånn, veldig ond spiral, hvis man først begynner å tenke negativt. Så, den bruker jeg av og til å tenke tilbake på.»

- Deltaker 3 -

Kombinasjonen av å jobbe med seg selv og indre prosesser samtidig som man jobbet mot mål i livet ble også trukket frem. Flere av informantene hadde begynt et studieløp for å kvalifisere seg til en ønsket jobb, og kjente til at andre i gruppen hadde enten begynt i jobb eller tatt steg mot dette.

«Man får mulighet til å komme videre, samtidig som man får, lære en del ting om, fysisk og psykisk helse og, stressmestring også kommer jeg på nå, som også, bra.»

- Deltaker 3 -

«Så, jeg tror det var, dagen etter vi hadde siste Best i Lag, så begynte jeg arbeidspraksis.(...) Der fikk jeg komme til en flott arbeidsplass, som tok imot meg som om jeg var en ordinær ansatt. Fått gjort masse meningsfulle oppgaver. Som da førte til at jeg nå har fått studere, sånn at jeg kan få en utdanning, og få en sånn jobb.»

- Deltaker 3 -

«Og det var jo flere i gruppa også som hadde konkrete ting de skulle prøve ut, arbeid, etter at de var ferdige.»

- Deltaker 3 -

«Etter Best i lag. Jeg følte at jeg hadde fått litt av det som, selvbilde, men det handler jo også om mot, at jeg fikk det motet til å, når jeg hørte hvordan de andre gjorde det så, så ble det litt sånn: Det er ikke så farlig. Og så: prøv.»

- Deltaker 1 -

4.1.5 Tilbakemeldinger på opplegget

På spørsmål om det var noe deltakerne ville endret, var det ingen tydelig misnøye med konkrete deler av opplegget, men noen generelle tilbakemeldinger.

«Men, jeg tror jeg ville gitt folk mulighet til å sende en personlig feedback etter hver samling. For noen ganger så satt du gjennom hele møtet og sa ingenting, men du hadde likevel noe på hjertet. [...]For det går jo tross alt en uke, så det er jo ganske sånn, du er jo ganske målrettet den uken, du går og venter på neste.»

- Deltaker 1 -

«...at man hadde en sånn oppsummering, at det, man møtes og tok en kaffe og, "hvor er vi hen". For det ser jeg, alle går hvert til sitt. Det hadde kanskje vært litt artig, sikkert for dem og, og fått en tilbakemelding.»

- Deltaker 2 -

«...vi kunne sikkert vært presset litt mer. For min del. Det er ikke sikkert at noen andre trengte mer press.»

- Deltaker 1 -

En deltaker ønsket at samtalen skulle vært styrt av gruppelederne i større grad, for å sikre at alle kom til orde:

«...en person tok ordet for ofte i forhold til de som var mer sånn tilbakeholdne og som kanskje kunne trengt å ta ordet oftere. Så det der med styringen om hvem det var som skulle snakke gikk egentlig litt på hvem som ville seg forover fortest.»

- Deltaker 1 -

4.1.6 Gruppeledernes betydning

Alle tre informantene kom i løpet av intervjuet uoppfordret inn på at de opplevde lederne av Best iLag som empatiske, forståelsesfulle og dyktige.

«De stod for temaet, og så var det opp til andre å komme med innholdet. De er jo veldig lette å være i lag med, tror ikke det er en jobb for hvem som helst, sitte å høre på andre sine tragedier.»

- Deltaker 1 -

«Det er hvor mye den måten de er på, de to menneskene som ledet kurset.[...] Veldig flinke på det altså. Hadde du en dag da noen var dårlig, så hoppet vi litt over og, gikk tilbake [senere].»

- Deltaker 2 -

«...jeg likte spesielt godt de to veilederne som var der.(...) så var de veldig, veldig behagelige folk, de veilederne. Så. Ja også, det var veldig fint også at hun ene hadde jobbet i NAV i mange år, og hun andre hadde vært ute av arbeid lenge, i mange år. Og så hadde hun kommet tilbake igjen. Da kan du liksom se, på en måte, at de kunne gi av sine erfaringer fra to veldig forskjellige ståsteder. Og se også det at det går an å komme tilbake til arbeidslivet selv om, ja, man har vært veldig syk eller vært ute lenge. Så alt er mulig.»

- Deltaker 3 -

Informantene uttrykte et ønske om at tiltaket skulle fortsette så flere i deres situasjon kunne få hjelp.

4.2 Intervju med initiativtakere/gruppeledere

Initiativtagerne til Best iLag var de samme som utviklet opplegget, og to av de tre gjennomførte opplegget. Spørsmålene til dem dreide seg om konseptutviklingen, om det ble gjort tilpasninger eller endringer underveis i opplegget, og hvilke erfaringer de har gjort seg med gjennomføringen av opplegget.

4.2.1 Konseptutvikling

Idéen til Best iLag startet med et møte mellom de to kursholderne, da de utvekslet erfaringer fra henholdsvis støtteapparatet og brukersiden for en sykmeldt arbeidstaker. Ideen ble tatt videre med en leder på Arbeidslivssenteret, og ble utviklet videre sammen med en tredjeperson, som var fastlege og hadde relevant erfaring med sykefraværsarbeid.

«Det handler jo om å skape noe som, å fylle et tomrom som er i systemet, eller som vi opplever er i systemet.»

Tanken var å synliggjøre alle verktøyene som fantes i NAV-systemet, men som ikke opplevdes så synlig eller tilgjengelig for brukerne. Videre var det et ønske om å skape en møteplass for personer i lignende situasjoner, og å legge til rette for å jobbe med målarbeid.

«Og det er ble bakgrunnen for det som ligger under, i grunn, i prosjektet, det å ønske å tilby en plass der vi møter andre, vi tror vi er bedre i lag enn en og en, møte likemenn. Og lære metoder som gjør at du er selvhjulpen senere. Og at du får mer kunnskap som, det er ikke sikkert at du trenger det akkurat nå, men en gang i livet så kan du

få bruk for det. Og da, tenkte vi at med den kunnskapen, med den bagasjen, så skal det mer til før du faller ut av jobb igjen, enn uten.»

Tanken om likemannsarbeidet stod sentralt i utviklingen. I følge initiativtakerne var det et ønske om å veie opp for både NAV-systemet og helsevesenet sin tendens til at kommunikasjonen er preget av å gi råd fra en faglig bakgrunn, uten å undersøke i særlig grad hva brukeren eller pasienten selv ønsker eller trenger.

«At her skal ikke noen komme og fortelle deg hva som er lurt, det må du liksom komme fram til selv. Og rådføre deg med dine likemenn. Det er ikke noen som er eksperter på ditt liv, det er du selv, så må du prøve å gå videre derfra.»

Når initiativtakerne skal oppsummere grunnsteinene i Best iLag, trekker de frem gruppen, det å få tverrfaglig informasjon, og det å jobbe med selvbestemte målsetninger som kan øke mestringen. Det å komme raskt i gnag med målsetninger ser de som avgjørende, og noe de har blitt mer nøye på etter hvert.

«På sett og vis, det her med målarbeid og klare å få dem i gang så fort som overhode mulig. Og så for å skape en forståelse for at prosessen er i gang, du går ikke ut av den døren der og så lar du det ligge, nå er du på.»

4.2.2 Gjennomførbarhet og implementering

Når det gjaldt det å spre kunnskap om Best iLag til henvisere, som fastleger og saksbehandlere, har det vært noe trått. Det har kommet få henvisninger fra fastleger, og de som har kommet fra saksbehandlere har kommet fra enkeltindivider som har tro på opplegget. Det har vært krevende å få en

bred forståelse av nytten av Best iLag både blant fastleger og saksbehandlere. Siden egenhenvisning også er mulig, har deltakere også funnet veien til tiltaket gjennom informasjon via ulike kanaler. Ën utfordring mener de er at det ikke er et tiltak på linje med de andre tiltakene i NAV, og «teller» derfor ikke som resultat. Dette gjør at færre henviser, mener initiativtakerne.

Målgruppen har endret seg noe etter at tiltaket først ble utviklet. I utgangspunktet var det tenkt for folk som så for seg å returnere til arbeid i løpet av en fire-ukers periode, mens de som har oppsøkt tiltaket er alt fra personer på kanten til en sykemelding, til personer som har vært sykemeldt i flere år. Det har i midlertid ikke vært grunn til å endre innholdet i gruppeopplegget, som passer godt for ulike situasjoner.

På spørsmål om hva som skal til for at Best iLag kan implementeres andre steder, trekkes det frem at brukererfaring fra en av kursholderne er viktig.

«En ting som er viktig i prosjektet er jo brukererfaring. Det er [navn på initiativtaker] sitt bidrag. For det er noe med å kunne si at jeg har vært der. Og det har betydd mye, det ser vi at har betydd [mye].»

Om dette ivaretas ser man ingenting i veien for at tiltaket kan overtas av andre kursholdere og implementeres med suksess. Kostnadene knyttet til tiltaket er lave, fordi det brukes intern arbeidskraft og gruppesamlingene holdes i egne lokaler. Initiativtakerne opplever at de har fått full støtte oppover i lederlinjen, til høyeste leder på Arbeidslivssenter. Dette har betydd mye. En annen ting som trekkes frem er at tiltaket er utviklet av Arbeidslivssenteret og ikke på det lokale NAV-kontoret, og forankringen her har

vært lav. Det kan forklare lav grad av henvisning fra saksbehandlere. Samtidig oppleves det som en styrke ved tiltaket at det nettopp er Arbeidslivssenteret som tilbyr det, siden dette kan oppleves som en mer «nøytral» aktør enn det lokale NAV-kontoret.

Initiativtakerne vektlegger enkelt-deler av gruppeopplegget som har en viktig sammensveisende funksjon i gruppen. Spesielt trekkes oppstartsaktiviteter med introduksjonsrunde frem, og det å dra på treningscenter sammen.

«Gang nummer tre så er vi iført treningstøy oppe hos Aktiv. Det har også betydning (...) og så skjer det noe med stemningen når man kommer tilbake, da har det skjedd noe. Da har vi vært og svettet ilag og litt sånn. Og da har det skjedd noe. Og vi ser at hvis vi da hadde, så de som hadde gått glipp av den jobber litt ekstra for å komme inn i det samværet.»

Initiativtakerne legger vekt på at det skal være åpen og raus stemning i gruppen, men er tydelige på at fokuset skal være løsningsorientert, og at ikke enkeltpersoner skal ta for mye plass på bekostning av andre. Dette er viktig for at gruppedynamikken skal ha sin tiltenkte funksjon.

«De brukerne, vi flirer mye, vi har det trivelig. Og samtidig så er det jo tydelig. Så kommer det noen tårer, det er aldri noe farlig, det er greit.»

Det har vært overvekt av kvinner blant deltakerne, og lederne ønsker seg en større blanding av menn og kvinner. De så at det gjorde noe positivt med dynamikken.

Når det gjaldt lengden på gruppe-opplegget, ble det reflektert rundt om man kunne ha likt antall samlinger, men over færre uker. Slik opplegget er i dag, er det to samlinger i uken de første fire ukene, og så reduseres det til én gang i uken de siste ukene. Tanken bak dette var at da skulle man være klar for en form for yrkesaktivitet igjen, og kanskje ha mindre tid til gruppe. Det lederne ser er imidlertid at deltakerne selv ønsker å opprettholde frekvensen, og at det nesten kan bli en dødperiode når man går over til å møtes én gang i uken.

4.3 Intervju med saksbehandlere/henvisere

De tre saksbehandlerne hadde ulike erfaringer med å henvise til Best iLag. De satte ord på at det i starten ikke var så lett å kommunisere tydelig hva tiltaket innebar, og at dette førte til færre henvisninger.

«Jeg tenker jo at, vi har litt problemer med å rekruttere. Det tror jeg kanskje skyldes litt at, det fortsatt er for en del personer vanskelig å si at, hva er dette her for noe.»

«Så har jeg måttet gå noen runder for å komme inn i det, sånn at, det er klart at vi har en så travel hverdag at ting, altså det går så fort hele tiden at du ikke setter deg godt inn i noe som helst.»

Kommunikasjonen ble i midlertid tydeligere etter hvert som de forstod mer av tiltaket, og hørte brukernes egne erfaringer. Saksbehandlerne «solgte» det inn til brukere det kunne være aktuelt for fordi de hadde hørt mye bra om det, og fordi selv hadde tro på opplegget, selv om det ikke gikk inn som ordinært tiltak som kunne «telles» og rapporteres. I kommunikasjonen med brukerne la de vekt på målsetningsarbeidet og at det kunne være positivt å dra nytte av gruppedynamikken.

«Nei, hvordan jeg har solgt det inn, at jeg har tro på det, at det er gode tilbakemeldinger, at det i slutten, siste, kanskje ti stykkene har jeg sagt det veldig konkret at det handler om å sette seg mål, hvordan man skal nå de målene. Det var jeg kanskje ikke så tydelig på i starten, men det har jeg liksom sagt ganske tydelig at det handler om. Og at en kan få noe ut av den gruppedynamikken.»

«At jeg på en måte sagt at en selvhjelpsgruppe, det blir ditt ansvar å finne deg mål, å sette deg målsetninger og jobbe deg mot de målene, men du er i en gruppe som kan hjelpe deg videre i det, så du er ikke alene om å gjøre de her tingene.»

Saksbehandlerne i intervjuet mente tiltaket skilte seg ut fra andre tiltak ved at brukeren ble ansvarliggjort for sin egen prosess. Man går ikke på tiltaket for at noen skal gi deg svar, men for at man selv skal få klarhet i veien videre. Det var også en fordel at man ikke trengte å gjøre en avklaring før man henviste brukerne, og at det gikk raskt å opprette kontakt mellom brukeren og gruppelederne. Videre trakk de frem det sosiale samholdet og støtten som unikt ved tiltaket, og viktigheten av å få økt selvtilliten.

«Så det med selvtilliten er kanskje det jeg vil poengtere mest, og opplever jo at folk etter det er litt mer klar på hav vil jeg videre, hva vil jeg med mitt liv. Og i hvert fall den forståelsen av at jeg er herre i mitt liv, det er ikke jeg som nav-ansatt som er herre i ditt liv, men det er du selv.»

Et annet moment som ble trukket frem som unikt var at tiltaket var «på huset». De kjente til initiativtakerne og deres filosofi, og satte pris på at brukerne kunne få møte kollegaer med en annen tilnærming.

«Jeg vet ikke helt hvordan jeg skal forklare det, men det er sånn en god følelse å se at kollegaer jobbe videre, men på sin måte, med noe som du følger opp til vanlig. Så det er veldig sånn, lav terskel, høyt under taket, jeg vet at folk har sittet og strigrått, det tror

jeg folk har sagt til meg, det var en bruker som sa at det var lov til å bare, ja, det var trygt på en måte.»

«Og så har jeg savnet veldig å ha noe sånne tiltak i nav. Det å ha egne interne tiltak som man kan være med og påvirke (...) istedenfor de her tiltakene som vi kjøper hos en tiltaksarrangør og så vet du ikke helt hva du kommer ut med det, for det varierer så veldig. Men her vet vi at vi har kunnskapen om nav inne på huset. Og er det noe de damene lurer på så kommer de alltid og spør om regelverket eller sånne ting. Det synes jeg er veldig bra.»

Et interessant moment som kom opp også i dette gruppeintervjuet, var eierskapet til tiltaket, og at denne nok var svak hos NAV lokalt, fordi det var utviklet på Arbeidslivssenteret og ikke hos dem. Saksbehandlerne mente det ville være mye å vinne på å involvere NAV lokalt i prosessen, slik at de kunne fått større eierskap til det. En annen ting som ble bekreftet i intervjuet med saksbehandlerne var at Best iLag fylte et tomrom i hva NAV kunne tilby.

«...og jeg har egentlig savnet et sånn type tiltak som det her, veldig, tidligere. Så for meg var det veldig sånn, midt i blinken.»

Til slutt nevnte en av saksbehandlerne at det kunne være nyttig å bli involvert underveis eller på slutten av Best iLag med sin bruker, for å kunne følge opp best mulig videre, og kjenne til hva slags mål man har satt seg og hva man er motivert for.

5 Oppsummering og diskusjon

5.1 Effekt på hovedutfallsmål og sekundærmål

Best iLag hadde ikke effekt på arbeidsdeltakelse ved 15 måneder. Det ser allikevel i det store og hele ut til å ha vært berikende for deltakerne på ulike områder. Selv om det ikke ble funnet forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen på de ulike sekundærmålene ved 3- og 15-månedersoppfølgingen, var det flere signifikante forskjeller innad i gruppene på de ulike måletidspunktene. En analyse av forskjell i endring fra inklusjon til 15 mnd i subjektive helseplager var signifikant $p=0,03$. Det er naturlig at både kontrollgruppe og intervensjonsgruppe går opp den første tiden man er med i en studie, av den enkle årsak at man får et innslag av noe nytt og kanskje nyttig (gruppetiltak eller treningsmuligheter). Derfor er det spesielt interessant å se på forskjellene fra inklusjonstidspunktet til 15-månedersoppfølgingen (tabell 8). Her var det høyere livskvalitet, bedring av egenvurdert helse og lavere alkoholforbruk i intervensjonsgruppen.

Endringene i intervensjonsgruppa synes å vare ved. For kontrollgruppen hadde opplevelsen av mestring sunket fra inklusjonstidspunktet, selv om denne hadde vært høyere ved 3 måneder. Da var det en del deltakere som sannsynligvis hadde opplevd mestring gjennom å trene mer enn man pleide, som prosessmålene for denne gruppen indikerer. Om denne vanen ikke ble opprettholdt kan det forklare hvorfor mestringen ikke var like høy ved 15 måneder.

For intervensjonsdeltakerne kan det tenkes at den økte livskvaliteten betyr at man har fått verktøy gjennom Best iLag som har vært til hjelp, fått sosial støtte eller nye vennskap gjennom gruppene, eller kommet et steg nærmere et mål som var viktig. Dette har vi ikke data på, men er spekulasjoner basert på innholdet i intervensjonen og intervjuene. At alkoholforbruket har gått ned, er også interessant å merke seg.

Prosessevalueringen viser at begge grupper opplevde deltakelsen som nyttig – også de som mottok et aktivt kontrolltiltak. Andelen i kontrollgruppen som har vært middels aktiv tidligere holdt seg stabil ved 3 måneder, mens gruppen som trente lite var blitt mindre og gruppen som trente mye var blitt større. Denne forskyvningen kan indikere at treningskortet har økt aktivitetsnivået også hos de som før var passive, og ikke bare hos de som allerede var aktive.

5.2 Gjennomførbarhet og implementering

Hovedvekten av prosessevalueringen ligger på intervensjonen Best iLag. 75% av deltakerne opplevde det nyttig å delta, og de aller fleste involverte seg i deltaker-oppgavene. Dette ble også gjenspeilet i intervjuene, hvor informantene ga uttrykk for engasjement i deltakelsen, og at de aktivt benyttet seg av verktøyene de ble tilbudt. Når det gjaldt hemmende og fremmende faktorer var den eneste hemmende faktoren som skilte seg ut, sykdom. Dette var som sådan ikke en ingrediens i tiltaket, men allikevel nyttig å fange opp. Alle faktorene som antas å være fremmende ble bekreftet av de aller fleste deltakerne, med SMART-mål som den viktigste faktoren (89,5%). Når man ser dette i sammenheng med erfaringene som kom frem

i intervjuene med tilbyderne, indikerer de samlede resultatene at tiltaket vil kunne la seg implementere andre steder uten for store praktiske utfordringer, og med noenlunde samme kvalitet. Kjernekomponentene er klare, det ser ikke ut til å være noen opplagte barrierer for deltakelse fra deltakerens side, og utfordringer og erfaringer knyttet til rekruttering og målgruppe kan tas videre i arbeidet med å implementere tiltaket nye steder.

I intervjuene med deltakerne kom det tydelig frem at de var tilfredse med tiltaket og det de fikk ut av det. Alle uttrykte at de hadde stått ved et veivalg når det gjaldt jobb, og flere hadde tatt konkrete steg mot en ny jobb etter tiltaket, og kjente andre i gruppen som hadde gjort det samme. Støtten fra gruppen var viktig, samtidig som de uoppfordret nevnte initiativtakere/gruppelederne som viktige bidragsyttere til at tiltaket ble som det ble. Den tverrfaglige informasjonen og timen på treningssenteret ble trukket frem som noe positivt, og for to av informantene førte dette til konkrete steg videre på veien. Informantene nevnte selvtillit, mot, og styrke som konkrete indre endringer, og noen hadde tatt i bruk de ulike verktøyene på andre arenaer i livet. Informantene uttrykte et ønske om at tiltaket skulle fortsette så flere i deres situasjon kunne få hjelp.

Intervjuene med initiativtakere gav et bilde av hva som har ligget bak utviklingen av tiltaket, faktorer knyttet til gjennomførbarhet og implementering, og hva man har måttet justere (som målgruppen og arbeidet med målsetting). Her er det interessante momenter med tanke på videreføring i andre settinger, blant annet at en av gruppelederne bør ha brukererfaring, at det er viktig å fasilitere en raus og åpen kultur i gruppen, og legge til rette for opplevelser som knytter gruppen sammen. I intervjuet med saksbehandlerne kom det frem at det hadde vært litt famlende kommunikasjon til

brukerne om tiltaket i starten, men at dette hadde kommet seg etter hvert. Alle tre hadde stor tro på den måten å jobbe på, og trakk frem unike aspekter ved Best iLag som andre NAV-tiltak ikke tilbød. Både saksbehandlere og initiativtakere reflekterte rundt eierskap hos Arbeidslivssenteret versus NAV lokalt, og utfordringer som kanskje kunne spores tilbake til dette.

5.3 Konklusjon

Selv om Best iLag ikke hadde effekt på arbeidsdeltakelse ved 15 måneders oppfølging, tyder resultatene av prosessevalueringen og sekundærmålene på at Best iLag er et nyttig tiltak som fyller et tomrom i hva NAV ellers kan tilby. Det unike med tiltaket er gruppesettingen, målsettingsarbeidet, den tverrfaglige informasjonen, ansvarliggjøringen i forhold til sin egen prosess, og at det er et tiltak «på huset». Tiltaket har lave kostnader, og en analyse av endringer i helsemålet EQ-5D viser at effekten tiltaket har på kvalitetsjusterte leveår er god sett i forhold til de lave utgiftene ved tiltaket. Det at kjernekomponentene er såpass klare og forholdsvis enkle å gjennomføre (SMART-mål, føre dagbok, besøke treningssenter, tverrfaglig informasjon), og at tiltaket har lave kostnader knyttet til seg, gjør det sannsynlig at man kan gjennomføre vellykkede implementeringer av tiltaket på nye plasser.

6 Referanser

AiR - Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering 2014

Baer N. Mental Health and Work: Norway. OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs., 2013.

Brage S, Nossen JP, Thune O. Flere blir sykmeldt for symptomer og plager. NAV.no 2013

Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA: The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 1998, 158(16):1789–1795.

Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright D, Wallace EP: Development of a fatigue scale. J Psychosom Res 1993, 37(2):147–153.

Eriksen HR, Ihlebaek C, Ursin H: A scoring system for subjective health complaints (SHC). Scand J Public Health 1999, 27(1):63–72.

Glasgow, R. E., Green, L. W., Klesges, L. M., Abrams, D. B., Fisher, E. B., Goldstein, M. G., ... & Orleans, C. T. (2006). External validity: we need to do more. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(2), 105-108.

Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR, Ihlebæk CM; Comorbid subjective health complaints in low back pain Spine 2006

Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samfunnsøkonomiske%20analyser/Verdi%20QALY%20og%20eksempler%20-%20Bakgrunnsdokument%20-%20Notat%20til%20DFØ%20og%20VD%20over%20sjon%204%20mai.pdf>

Loisel P, Durand P, Abenhaim L, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, et al. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine*. 1994;51(9):597-602

Odeen M, Magnussen LH, Mæland S, Larun L, Eriksen HR, Tveito TH. Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occupational Medicine*. doi: 10.1093/occmed/kqs198

Odeen M, Westerlund H, Theorell T, Leineweber C, Eriksen HR, Ursin H. Expectancies, socioeconomic status, and self-rated health: use of the simplified TOMCATS questionnaire. *Int J Behav Med*. 2012;1:1.

Steckler, A. B., Linnan, L., & Israel, B. (2002). *Process evaluation for public health interventions and research* (pp. 1-23). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

The EuroQol Group: EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990, 16(3):199–208.

Tveito TH, Halvorsen A, Lauvålien JV, Eriksen HR; Room for everyone in working life? 10% of the employees–82% of the sickness leave 2002 - bora.uib.no

Appendix 1

Beskrivelse Innhold Best iLag - gruppetilbud

Hvor i prosessen	Hvem	Hva	Hvorfor (intensjon)
Inntaks-samtale	Gruppeledere	<p>Presentere prosjektet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treningsgruppa - Best iLag gruppa <p>Konkluderes med om dette er aktuelt eller ikke.</p> <p>Deltakerne svarfrist – 3 dager</p> <p>Ja: Undertegner samtykkeerklæring og fyller ut spørreskjema</p>	Avklare aktualitet
<p>Uke 1</p> <p>Møte 1</p> <p>Mål: Bli kjent, skape trygghet og starte prosess</p>	Gruppeledere	<p>Presentasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 og 2 presenterer seg for hverandre. Presenterer så den andre for gruppa 	Enklere å presentere seg selv for en fremmed, enn for flere. Så er det lettere å presentere den andre for alle. Og til sist, du har allerede fått en som du kjenner litt ekstra.
		Lage grupperegler	Involvering Trygghet
		<p>Livshjul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Livshjulet presenteres - Alle deltakerne fyller ut sitt livshjul/skalerer seg i fht de 9 innsatsområdene 	Å gjøre ting synlig er mange ganger et kraftig verktøy. Livshjulet vil synliggjøre balansen de ulike delene av livet har i forhold til det å stå i arbeid.

		<p>Kort informasjon om handlingsplan</p>	
		<p>Introduksjon av mål- arbeidet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvorfor mål - Attraktive mål - Mål for deg - Spille på følel- sene <p>SMART – modellen</p>	
		<p>Positivt fokus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulighetsfokus <p>Anerkjennelse</p>	<p>Forskning viser at man lærer best av situasjoner hvor man har lyktes.</p>
		<p>Arbeidsoppgave til møte 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skriv ned 3 gode ting du gjør for deg selv frem til vi møtes neste gang - Synliggjøre eget mål for deltagelse <p>Velge innsatsområder</p>	

<p>Møte 2 Mål: Lære om målarbeid – det å sette seg mål. Bevisstgjøring i endringsprosessen</p>	<p>Gruppeledere</p>	<p>Oppsummering om hva vi snakket om sist.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle presenterer hvilke 3 gode ting de har gjort for seg selv, og får positiv feedback på det. 	<p>Synliggjør individuelle forskjeller på hva som er godt for oss.</p>
		<p>Gjennomgang av innsatsområdene som er valgt</p>	
		<p>S - spesifikt M - målbart A - attraktivt R - realistisk T – tidsbestemt</p> <p>Økologisk og positivt formulert</p>	<p>Målsettingsteori: Hensikten er å konkretisere resultatet av å nå målet og hva man trenger for å oppnå det</p>
		<p>Endringsprosessen/ Endringshjulet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Med utgangspunkt i endringshjulet i Motiverende intervju 	<p>Bevisstgjøring i forhold til mulige reaksjoner hos seg selv – motstand mot endring. Bevisstgjøring av å gå inn i prosess</p>
		<p>Presentere LOGG</p>	
		<p>Arbeidsoppgave til møte 4: Sette seg mål på de tre innsatsområdene</p>	
<p>Uke 2 Møte 3 Mål: Får informasjon om Aktiv på dagtid. Få kunnskap om trening. Bli kjent på en annen arena</p>	<p>Aktiv på dagtid/ Tromsø treningssenter</p> <p>Gruppeleder</p>	<p>Deltakerne får</p> <ul style="list-style-type: none"> - Møte 2 treningsveiledere - Prøve seg på trening i sal med apparater – tilpasset opplegg - Informasjon om Aktiv på dagtid 	<p>Redusere terskelen for fysisk aktivitet</p> <p>Mange deltakere har ytelse fra NAV – Aktiv på dagtid</p> <p>Mange aldri forsøkt treningsstudio</p>

			Sosialt - «Sette gruppa»
Møte 4 Mål: Formulere presise mål for innsatsområdene	Gruppeledere	Tilbakemelding fra Aktiv på dagtid – opplevelse Deltakerne presenterer målene sine, og bruker tid til konkretisering. Handlingsplan Hvordan etablere en vane – E.B.Larssen	
		Arbeidsoppgave til møte 5: Slutfør målarbeid	
Uke 3 Møte 5 Mål: Kunnskap om smerte – hvordan kan du selv påvirke – jobb/trening	UNN – Fysisk medisin og rehabiliterings avdelingen	Jobb og smerte	Gi trygghet ved fysisk aktivitet
	Gruppeledere	AI – 2 og 2 – 3 minutter – Hvilken nytteverdi har dette for meg? Hvordan kan jeg benytte meg av denne kunnskapen i den videre prosessen?	Involvering og implementering
	Gruppeledere	Konkretisering av mål	
	Gruppeledere	Handlingsplan+ - Hvordan skal de nå målet de har satt seg - Når starter du?	

		- 20% - hva visst.... 80% - fremover- tenking	
	Gruppeledere	Logg – Hvordan brukes denne?	
		Arbeidsoppgave til møte 6: Synliggjøre hvilken aktivitet som gjøres for nå målene – IO 1, 2 og 3	
Møte 6: Mål: Bli kjent med hva Karriere Troms kan bistå med	Karriere Troms	Informerer om tilbudet	Hjelp til å se muligheter
	Gruppeleder	AI – 2 og 2 – 3 minutter – Hvilken nytteverdi har dette for meg? Hvordan kan jeg benytte meg av denne kunnskapen i den videre prosessen?	Involvere og implementere
	Gruppeleder	Hva har du gjort for deg selv på vei mot målene dine?	
		Jobber videre med handlingsplan	
		Arbeidsoppgave til møte 7: Synliggjøre hvilken aktivitet som gjøres for nå målene – IO 1, 2 og 3	
Uke 4 Møte 7: Mål: Psykisk helse – Hva er det?	Arbeidsgiverlos – NAV Arbeidslivssenter	Samtaler om den psykiske helsen vår - Involverer deltakerne	Gi trygghet ved psykiske helseplager
		Jobber videre med handlingsplan	
		Arbeidsoppgave til møte 8:	

		Hvordan har du det når du har vært i tilpasset fysisk aktivitet? Synliggjøre hvilken aktivitet som gjøres for nå målene – IO 1, 2 og 3	
Møte 8:	NAV Arbeidsrådgivning og Senter for jobbmestring	Informerer om tilbudet	Bli kjent med hva ARK/Senter for jobbmestring kan bistå med.
	Gruppeledere	AI – 2 og 2 – 3 minutter – Hvilken nytteverdi har dette for meg? Hvordan kan jeg benytte meg av denne kunnskapen i den videre prosessen?	
		Klar for arbeidsaktivitet?	
		Handlingsplanarbeid	
		Arbeidsoppgave til møte 9: Synliggjøre hvilken aktivitet som gjøres for nå målene – IO 1, 2 og 3	
Uke 5 Møte 9:	NAV Arbeidslivssenter	<ul style="list-style-type: none"> - Informerer om IA-plass - Snakker om det å være i jobbskifte 	Trygge i en jobbskifte-situasjon
	Gruppeledere	AI – 2 og 2 – 3 minutter – Hvilken nytteverdi har dette for meg? Hvordan kan jeg benytte meg av denne kunnskapen i den videre prosessen?	
		Handlingsplanarbeid	
		Arbeidsoppgave møte 10: Synliggjøre hvilken aktivitet som gjøres for nå målene – IO 1, 2 og 3	

Uke 6 Møte 10:	Gruppeledere	Midtveiseevaluering av livshjul	Egenevaluering – feedback Progresjon? Nødvendig med justering?
	Senter for jobbmestring	Snakker om søvn, søvnkvalitet og søvnhygiene	Bidra til økt egenmestring i forhold til søvn
		Handlingsplanarbeid.	
		Arbeidsoppgave til møte 11: Synliggjøre hvilken aktivitet som gjøres for nå målene – IO 1, 2 og 3	
Uke 7 Møte 11:	Arbeidsgiverlos	Samtaler om stress og stressmestring	Bidra til økt egenmestring i forhold til negativt stress.
		Handlingsplanarbeid	
		Arbeidsoppgave til møte 12: Synliggjøre hvilken aktivitet som gjøres for nå målene – IO 1, 2 og 3	
Uke 8 Møte 12		Handlingsplanarbeid	
		Arbeidsoppgave til møte 13: Synliggjøre hvilken aktivitet som gjøres for nå målene – IO 1, 2 og 3	
Uke 9 Møte 13	NAV Tromsø	<ul style="list-style-type: none"> - Informasjon om økonomi og muligheter - Viser nav.no - Motiverer til å eie egen sak 	Få bedre kjennskap ulike tiltak i regi av NAV.
		Handlingsplanarbeid	

		Arbeidsoppgave til møte 14: Synliggjøre hvilken aktivitet som gjøres for nå målene – IO 1, 2 og 3	
Uke 10 Møte 14	Gruppeledere NAV Troms	Styrkekort	Bli bevisst personlige styrker/gode egenskaper
		Arbeidsoppgave til møte 15: Synliggjøre hvilken aktivitet som gjøres for nå målene – IO 1, 2 og 3	
Uke 11 Møte 15	Gruppeledere	Sluttevaluering livshjulet	Synliggjøre utviklingen den perioden som har gått.
Uke 12 Møte 16	Gruppeledere	Avslutning og veien videre	Trygge deltakerne på at de har det som skal til.