

# HelseArbeid - et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltagelse?

En analyse av virkning, kostnader og effekt av forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen.

Forskningsprosjektet



HELSEiARBEID



HELSEiARBEID



Sluttrapport Tromsø mai 2024

Nils Fleten

Tone Seppola-Edvardsen

Anje Christina Höper

Christoffer L Terjesen

Ingri Emelie Henriksen

Fleten, Nils  
nils.fleten@nav.no

## Forord

Prosjektet «HelseArbeid- et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltagelse?» er finansiert med FoU midler fra Arbeids og velferdsdirektoratet og forskningsgruppen takker for muligheten til å evaluere HelseArbeid tiltaket.

Samtidig takker vi også Universitetssykehuset Nord-Norge, UiT Norges arktiske universitet og NAV Troms og Finnmark for deres medfinansiering.

Vi sender også en stor takk til deltagende arbeidsplasser og ansatte som har bidratt og gjort gjennomføringa mulig.

En spesiell takk går til Gunda Hamland, Frantz Hintinger og Jostein Bentzen, samt Janne Ursin og Stian Kersenboom Johnsen for utvikling og sterke ønsker om å få evaluert HelseArbeid tilbudet i nord.

Uten innsatsen og viljen til å bli evaluert hos arbeidslivsrådgiverne og koordinator ved NAV arbeidslivsenter Troms og Finnmark, samt ansatte og koordinatore ved HelseArbeid-senter ved Finnmarkssykehuset, klinikk Kirkenes, HelseArbeid-senter ved Universitetssykehuset Nord Norge og Helsepartner Nord Norge AS (tidl. Opptreningscenteret i Finnmark) ville gjennomføring vært umulig. Mange takk for innsatsen.

Vi takker også deltagerne i styringsgruppen og referansegruppen: Deltagelse fra LO og NHO samt involverte institusjoner var uvurderlig når forutsetningene for gjennomføring endret seg med pandemi og nedstengning. På samme måte var muligheten til faglige rådføringer i referansegruppen til stor nytte. Vi takker for alle gode innspill og føringer.

Tromsø, Mai 2024

Forskningsgruppen «HelseArbeid – et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltagelse?»

## Innhold

Sammendrag .....	4
1 Innledning .....	5
1.1 Bakgrunn .....	5
2 Gjennomføring og metode .....	7
2.1 Organisering .....	7
2.2 Godkjenninger .....	8
2.3 Inkludering .....	9
2.4 Intervensjon .....	11
2.4.1 Intervensjonsarm A: HelseArbeid-intervensjon (HIA) .....	11
2.4.2 Intervensjonsarm B: Kontrollgruppe, vanlig IA-oppfølgning (IA) .....	11
2.5 Analyser og utfallsmål .....	13
2.5.1 Utfallsmål: .....	13
2.5.2 Styrkeberegning: .....	14
3. Resultater .....	15
3.1 Materiale .....	15
3.1.1 Oppsummering materiale .....	22
3.2 Sykefravær .....	23
3.2.1 Egenrapportert sykefravær .....	23
3.2.2 Bedriftsdata sykefravær i prosjektperioden .....	25
3.2.2.1 Har gjennomføring av aktiviteter og sektortilhørighet betydning? .....	29
3.2.3 Legemeldt sykefravær fra NAV sykefraværsregister. ....	32
3.2.3.1 Individuelt sykefravær .....	32
3.2.3.2 Kjønn- og aldersfordelt fraværsutvikling i prosjektperioden. ....	34
3.2.3.3 Utdanning og fravær .....	36
3.2.3.4 Deltidsarbeid og fravær .....	38
3.2.3.5 Diagnosegrupper og fravær .....	39
3.2.3.6 Forskjell i endring av legemeldt sykefravær .....	42
3.2.3.7 Lederinvolvering .....	44
3.2.4 Oppsummering av sykefraværsdata .....	46
3.3 Trivsel og helse .....	47
3.3.1 Generell tilfredshet og egenvurdert helse .....	47
3.3.2 Endring i subjektive helseplager .....	50
3.3.3 Kunnskap om og holdninger til alminnelige helseplager .....	57
3.3.4 Helseangst .....	61
3.3.5 Medikamentbruk .....	62

3.3.6 Oppsummering trivsel og helse .....	63
3.4 Arbeidslivsforhold .....	64
3.4.1 Krav kontroll støtte .....	64
3.4.2 Tilrettelegging .....	67
3.4.3 Sosial støtte fra kolleger .....	69
3.4.4 Oppsummering arbeidslivsforhold .....	70
3.5 Bruk av helsetjenester.....	71
3.5.1 Oppsummering bruk av helsetjenester .....	73
4. Diskusjon .....	74
4.1 Styrker og begrensninger.....	74
4.2 Sykefravær .....	76
4.3 Trivsel og helse .....	77
4.4 Arbeidsplassforhold .....	77
4.4 Prosjekterfaringer .....	79
5. Oppsummering.....	80
6. Referanseliste .....	81
Vedlegg 1 Utvidet sammendrag.....	83
Vedlegg 2 Samtykke .....	88
Vedlegg 3 Spørreskjema.....	91

## Sammendrag

Prosjektet «HelseArbeid- et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltagelse?» finansiert med FoU-midler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, er en evaluering av bedrifts tiltaket under HelseArbeid-konseptet. Målet var å undersøke om tverrfaglig helseinformasjon og prosessarbeid på arbeidsplassen, økte egenmestring av helseplager, reduserte sykefravær og helsetjenesteforbruk, og om det var kostnadseffektivt.

Spørsmålet ble belyst ved hjelp av en kvalitativ studie med observasjon og semistrukturerte intervjuer i to arbeidsplasser, og en klynge-randomisert studie med 97 arbeidsplasser, hvor 45 ble trukket til HelseArbeid (HIA)-tilbudet, og 52 til vanlig IA-tilbud som kontrollgruppe. Datagrunnlag i denne studien var spørreskjema til ansatte ved inkludering, etter intervensjonsperioden, og så et år oppfølging deretter, registerdata av sykefravær på individ- og bedriftsnivå, samt registerdata av helsetjeneste forbruk.

Denne rapporten oppsummerer spørreskjema- og fraværdata i HIA- og IA-gruppen. Videre analyser som korrigerer for forhold som kan påvirke resultatene i denne rapporten, helsetjenesteforbruk og kostnadseffektivitet bearbeides i et PhD-prosjekt. Den kvalitative delen av prosjektet er publisert i UiT Norges arktiske universitet sitt forskningsarkiv MUNIN (<https://hdl.handle.net/10037/31820>)

### Resultater

**Materiale:** Det var ikke klare forskjeller mellom HIA- og IA-gruppen i type arbeidsplasser som ble inkludert. Av 1457 personer som samtykket til deltagelse, besvarte 941 spørreskjema 1 og 480 spørreskjema 3, hvorav 350 besvarte begge. Det var en klar overvekt av langtidsutdannede kvinner i begge grupper, men mest i HIA- gruppen, og overvekten her økte med tid. Det ble for få menn til å gjennomføre hensiktsmessige analyser separat for kvinner og menn. Bedriftsdata sannsynliggjør at rundt en av tre ansatte samtykket til innhenting av fraværdata og en av fire besvarte spørreskjema 1.

**Sykefravær:** Egenrapportert fravær, legemeldt fravær fra bedriftsdata og individuelt fravær fra NAV-register viste gjennomgående små forskjeller i fraværutvikling i HIA- og IA-gruppen fra året før til ett år etter avsluttet intervensjon. Men under hovedtyngden av intervensjon i 2021 viste individdata signifikant fraværreduksjon i HIA-gruppen sammenlignet med IA-gruppen fra 2018 og 2019. Mønsteret støttes av bedriftsdata. Etter intervensjonsperioden økte fraværet i HIA- gruppen, en tendens som kom tidligere i IA-gruppen. Lederstabilitet og aktiv medvirkning i rapportering sammenfalt med redusert sykefravær i intervensjonsperioden i HIA-gruppen, men gav heller ikke varig reduksjon. Deltidsansatte reduserte fravær mer i HIA- enn IA-gruppen, men er få i antall.

**Trivsel og helse:** Gjennomgående rapporterte deltakerne god trivsel og helse uten sikre forskjeller mellom HIA- og IA-gruppen gjennom prosjektperioden. Holdninger til ryggsmertor og vanlige angst- og depresjonsplager endret seg noe i HIA-gruppen. Søvnvansker og tretthet dominerte egenrapportert arbeidspåvirkning av psykiske symptomer.

**Arbeidsforhold:** HIA-gruppen rapporterte lavere krav og høyere kontroll i arbeidet enn IA-gruppen gjennom prosjektperioden, men endringene var små. Samtidig økte opplevd støtte i arbeidsmiljøet i HIA-gruppen. Andel som rapporterte erfaring med tilrettelegging økte mest i HIA-gruppen.

### Diskusjon

Både svarprosent, overvekt av langtidsutdannede kvinner og antall svar maner til forsiktighet i tolking og generalisering av funnene. Det samme gjelder endringer i arbeidslivet under og etter Covid-19 -pandemien i prosjektperioden. Prosjektet bekrefter et potensiale for forfraværreduksjon med HelseArbeid-tilbudet på arbeidsplassen, men den økningen som kom etter intervensjons perioden er en klar utfordring. Både økt erfaring med tilrettelegging og opplevd støtte i arbeidsmiljøet, støttes av den kvalitative delen av prosjektet. Videre analyser som kontrollerer for forhold som kan påvirke resultat og evaluering av kostnader opp mot mulige effekter vil kunne bedre beslutningsgrunnlaget for veien videre. Betydning av arbeidsplassinvolvering framheves også i den kvalitative studien.

### Konklusjon

Prosjektet bekrefter at helseinformasjon og bearbeiding av denne på arbeidsplass har potensiale for å redusere sykefravær, og øke bruk av tilrettelegging av arbeid.

Arbeidsplassforankring, brukermedvirkning og lederinvolvering synes viktig for effekten av HelseArbeid. Dette vil kanskje også løse den store utfordringen med å nå mer varige endringer ut over intervensjonsperioden.

Arbeid med arbeidsmiljø og sykefravær er på ingen måte uavhengig av hvilke endringer som ellers skjer i samfunn og arbeidsmarked.

Resultatene kan tale for en dreining mot mestring av søvnvansker, søvnhygiene, og hensiktsmessig håndtering av tretthet/slitenhet i HIA-presentasjonene og arbeidsplassprosessene.

Lederinvolvering framstår viktig for resultater og taler for at lederstøtte og opplæring i sykefraværsoppfølging kan være hensiktsmessig i NAV-arbeidslivssenter sin arbeidsplasskontakt.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Norsk statistikk viser at hovedårsaken til sykefravær og uførhet skyldes muskel- og skjelettplager, spesielt korsryggsmerter, og psykiske helseplager som angst og depresjon (2; 3; 4). Prevalensen av disse komplekse tilstander i den generelle befolkningen er høy (5; 6; 7). Muskel- og skjelettsmerter er ofte assosiert med psykiske plager og omvendt (8; 9; 10). Nyere forskning viser at det for personer med disse plagene ofte er bedre for helsen å være i arbeid enn å være sykmeldt (11). Korte intervensjoner på arbeidsplassene med arbeidsfokuset helseinformasjon, basert på "ikke-skade-modellen" introdusert av Aage Indahl (6), kan redusere sykefraværet (12; 13; 14). "Ikke-skade-modellen" baserer seg på evidens om at korsryggsmerter er en ikke-farlig, men begrenset tilstand, og at personer med denne tilstanden kan være i aktivitet på tross av plager. Studier har vist at trygghetsskapende informasjon på arbeidsplassen om korsryggsmerter kan øke arbeidsdeltakelsen, forbedre egen-vurdert arbeidsevne, og redusere opplevde plager og tristhet, uten å endre forekomsten av korsryggsmerter (15). Mestring av ryggsmerter på jobb og avgjørelsen om sykmelding virker å hovedsakelig være styrt av faktorer som gjelder arbeidsmiljøet generelt (16). Derfor vil en koordinert intervensjon som adresserer både trygghetsskapende informasjon om smerter og vanlige psykiske helseplager samtidig med informasjon og prosesser som skaper et fleksibelt og inkluderende arbeidsmiljø, være lovende med hensyn til sykefravær.

I Troms startet et slik samarbeid mellom spesialist helsetjenesten og NAV arbeidslivssenter i 2009 som iBedrift Troms inspirert av Aage Indahl sitt arbeid med iBedrift Helse Sør- Øst. iBedrift Troms ble videreført som HelseArbeid i 2018. Til tross for gode tilbakemeldinger, ble iBedrift Troms aldri vitenskapelig evaluert. Deler av konseptet, som helseinformasjon gitt av helsepersonell på arbeidsplassen kan gi redusert sykefravær, forbedret egen-vurdert arbeidsevne, og reduserte fysiske og psykiske helseplager ut fra foreliggende forskning (15,16). Effekten av NAV arbeidslivssenter sitt IA-arbeid er mindre forskningsevaluert, og det mangler ennå kunnskap om effektene av å innlemme NAVs informasjons- og prosessarbeid, samt de økonomiske aspektene av slike konsept. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet fremhevet «behovet for kunnskap om effekt av tilbud som kombinerer helse- og arbeidsperspektivet» (17) og ønsket både kvalitativ og kvantitativ forskning for optimalisering av implementering og innhold i konseptet HelseArbeid (1).

Med NAV FoU midler og bidrag fra Helse Nord og UiT Norges arktiske universitet, startet inkludering i forskningsprosjektet «HelseArbeid- et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltagelse?» våren 2019 for å gi kunnskap om det tverrfaglige samarbeidet i bedriftstiltaket til HelseArbeid-konseptet fremmer mestring, arbeidsdeltagelse og endrer forbruk av helsetjenester, sammenlignet med det vanlige monosektorielle IA-tilbudet fra NAV Arbeidslivssentrene.

Denne rapporten gir en deskriptiv oppsummering av ansatte sine svar i tre omganger med spørreskjema og av registrert sykefravær på bedrifts- og individnivå. Siden deskriptive data kun beskriver ubearbeidede tall, må man være forsiktig med å trekke konklusjoner på dette grunnlaget. Rapporten blir fulgt opp som PhD- prosjekt med mer spesifiserte analyser som korrigerer for andre faktorer enn intervensjonen og som foretar en effektevaluering. Sammen med tilhørende kost-effekt-analyser vil det kunne gi et bedre vurderingsgrunnlag

hvorvidt tiltaket er helse- og samfunnsøkonomisk hensiktsmessig. Dette vil være relevant for blant annet politiske beslutningstakere, NAV, helsetjenesten og arbeidslivet.

Studien ble gjennomført i Troms og Finnmark som en såkalt pragmatisk studie, det vil si gjennomført som del av den ordinære driften. Dette tilsier at resultatene indikerer hva som er rimelig å forvente i daglig drift, mer enn hva som kan oppnås under best mulige betingelser. Kombinasjonen av kvantitative og kvalitative forskningsmetoder gir et mer helhetlig bilde av tiltaket og vil kunne bidra til forbedring av tiltaket. Studien gir derfor et viktig bidrag til fagfeltet, og er helt i tråd med NAV sin kunnskapsstrategi ved å frembringe systematisk kunnskap om effekter av NAVs arbeidsrettede tjenester og virkemidler” (18).

## 2 Gjennomføring og metode

### 2.1 Organisering

Prosjektet startet 1. juli 2018 med etablering av prosjektgruppen for forskningsarbeidet. Overordnet prosjektleder var Nils Fleten, rådgivende overlege NAV Troms og Finnmark og Førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet. Anje C Höper, leder for forskningsgruppen *Arbeidshelse i nord* ved UiT og overlege ved Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge, ledet den kvantitative delen av prosjektet. Den kvalitative delen av prosjektet ble ivaretatt av medisinsk antropolog og postdoktor Tone Seppola-Edwardsen ved Arbeidshelse i nord/UiT. I tillegg var Christoffer L Terjesen aktiv deltager i gruppen, både i kraft av å være kvalitetsrådgiver i HelseArbeid fra 01.07.18, og som PhD-student i 75% ved Arbeidshelse i nord/UiT fra august 2019, med førsteamanuensis Nils Fleten, PhD Anje C Höper og professor Jan Abel Olsen som veiledere. Arbeidslivsrådgiver Ingri Emelie Henriksen ved NAV arbeidslivssenter ivaretok den daglige dialogen mellom deltagende arbeidsplasser og prosjektgruppen.

NAV Troms og Finnmark som eier av FoU-prosjektet oppretta en styringsgruppe september 2018 som bestod av

Leder: Bente Ødegaard, Avdelingsdirektør NAV Troms og Finnmark  
Medlemmer: Janne Ursin, Arbeids- og velferdsdirektoratet (fra des 2019 erstattet av Stian Kersenboom Johnsen)  
Stein Kristiansen, LO  
Vibeke Tannvik, NHO  
Sameline Grimsgaard, ISM - UiT Norges arktiske universitet  
Gunda Hamland, NAV Arbeidslivssenter Troms og Finnmark  
Jostein Bentzen HelseArbeid-senteret, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) (fra 2023 erstattet av Øyvind Lyngdal )

Referansegruppe ble også etablert med konstituering 13.09.18.

Medlemmer: Stian Kersenboom Johnsen, Arbeids og velferdsdirektoratet (fra des 2019 Silje Jordteig, avløst i 2023 av Hilde Lysgård Eilertsen).  
Torill Tveito, Universitetet Sør Øst  
Silje Kaspersen, SINTEF/NTNU  
Gunda Hamland, Arbeidslivssenteret NAV Troms og Finnmark (fra des 2019 Nils Edholm)  
Jostein Bentzen, fra 2023 Øyvind Lyngdal, Universitetssykehuset Nord-Norge  
Nils Fleten, Prosjektleder NAV Troms og Finnmark/ UiT Norges arktiske universitet  
Anje C Höper UiT Norges arktiske universitet / Universitetssykehuset Nord-Norge  
Tone Seppola-Edwardsen, UiT Norges arktiske universitet  
Christoffer L Terjesen, HelseArbeid-senteret UNN

Ingri Emelie Henriksen fungerte som sekretær for både styrings- og referansegruppe.



## 2.2 Godkjenninger

Den regionale komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, godkjente prosjektet desember 2018, 2018/2262/REK nord.

Anbefaling fra Universitetssykehuset Nord-Norge sitt personvernombud forelå ultimo februar 2019 prosjekt nr 02222.

Etter registrering i ClinicalTrials.gov (19) var det klart for å starte inkludering i prosjektet.

Protokoll for studien er publisert i egen artikkel “Comparing the New Interdisciplinary Health in Work Intervention with Conventional Monodisciplinary Welfare Interventions at Norwegian Workplaces: Protocol for a Pragmatic Cluster Randomized Trial” (20).

Det ble innhentet samtykke av alle deltakere, med separat samtykke for kobling til sykefraværsregister NAV, og kontroll og utbetaling av helserefusjoner — KUHR databasen, Helsedirektoratet, samt for kobling til Tromsøundersøkelsen. (Vedlegg 1)

For kobling til registerdata for sykefravær fra NAV og helsetjenesteforbruk fra KUHR databasen ble det i tråd med nytt GDPR-direktiv utarbeidet personvernkonsekvensvurdering (DPIA) som ble godkjent av personvernombudet ved UNN august 2023 ref. 2022/2867-12.

NAV juridiske avdeling godkjente så utlevering sykefraværdata basert på samtykke fra 1299 personer i september 2023 (sak 23/4653).

Søknad om utlevering av helseforbruksdata fra KUHR registeret, 1289 samtykker, forventes behandlet i Helsedirektoratet på nyåret 2024 sak (23/4653).

## 2.3 Inkludering

Rekruttering til studien ble gjennomført gjennom NAV Arbeidslivssenterets ordinære arbeid i kontakt med arbeidsplasser, basert på en analyse av arbeidsplassens behov og dialog med ledelse og arbeidstakerrepresentanter. IA avtalens bransjesatsing kan derfor ha påvirket hvilke typer arbeidsplasser som inngikk.

Inkludering av arbeidsplasser startet våren 2019, av arbeidsplasser som hadde vist interesse for deltagelse til NAV arbeidslivssenter. På disse arbeidsplassene ble det holdt orienteringsmøte med NAV arbeidslivsrådgiver. Arbeidsplassene som etter dette takket ja til deltagelse i forskningsprosjektet fikk fortløpende tildelt et prosjekt-ID-nummer hos koordinator i NAV. Personalledelsen skulle samtidig sende ut orientering til deres ansatte etter arbeidsplassens epostliste, vedlagt orientering om prosjektet, samtykkeskjema for deltagelse og lenke til spørreskjema med 14 dagers svarfrist. (Vedlegg 2).

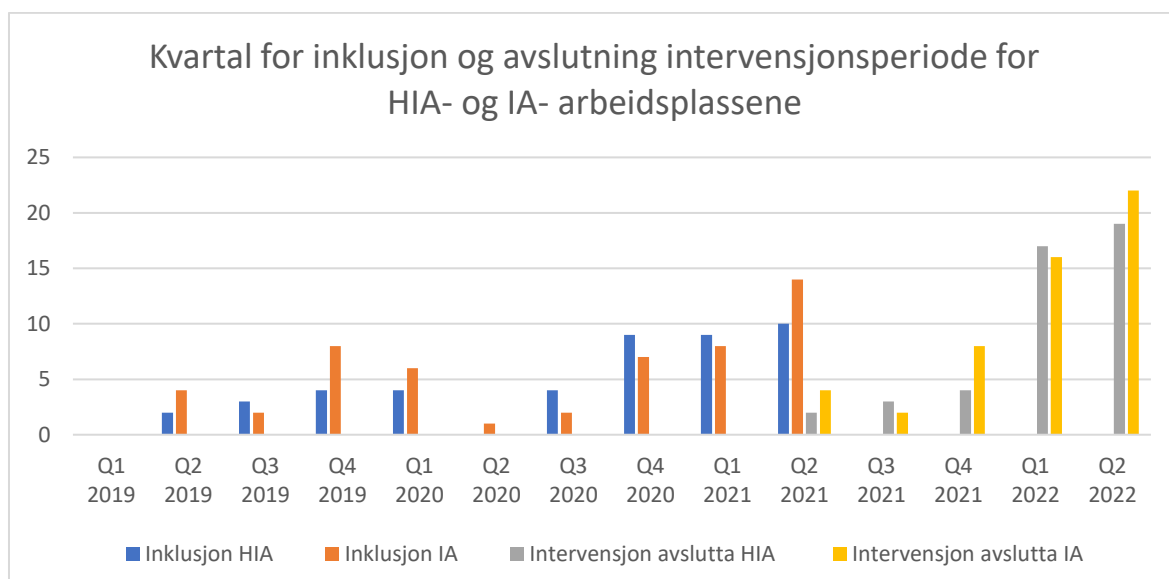
Når deltagelse ble bekreftet etter orienteringsmøtet og svarfristen var utløpt, ble arbeidsplassen trukket til HelseArbeid eller kontrollgruppen ved hjelp av åpning av en tildelingskonvolutt. For å sikre uavhengig trekning, ble tildelingskonvoluttene laget på UiT ved hjelp av en datagenerert tilfeldig nummerliste som indikerte randomisering til en av gruppene. Numrene ble lagt i lukket konvolutt av medprosjektleder Anje C Höper som ikke hadde kjennskap eller tilgang til de inkluderte arbeidsplassene og deres ID-nummer. Åpning av konvolutt ble gjennomført av prosjektkoordinator og prosjektleder ved NAV, Ingri Henriksen og Nils Fleten, og meddelt NAV arbeidslivsrådgiver.

Av i alt 146 arbeidsplasser som i utgangspunktet sa ja til deltagelse, trakk 44 seg før randomiseringen ble åpnet. Av de resterende 102 som ble randomisert, ble 5 raskt ekskludert etter uventet vedtak om nedleggelse av arbeidsplassene. Fire av disse 5 arbeidsplassene var trukket til HIA og en til IA. I alt 97 arbeidsplasser ble så endelig med i studien.

En utfordring i rekrutteringen viste seg å være forankring på arbeidsplassen. Når intensjonsavtaler om deltagelse ble avtalt på overordnet organisatorisk ledd var det flere som trakk seg før trekking av intervensjon. Andre ble med, men fulgte i liten grad opp rapportering og gjennomføring av intervensjonen. For å bedre medvirkning og oppfølging ble det utarbeidet en presentasjons mal i samarbeid med NAV arbeidslivssenter og HelseArbeid - senteret ved UNN. Og fra januar 2020 fikk alle arbeidsplasser som takket ja, tilbud om egen presentasjon fra forskningsgruppen om hva deltagelse inne bar. Dette for å rydde unna eventuelle misforståelser og sikre best mulig deltagelse av de ansatte, uavhengig av utfallet av trekning til intervensjonstilbud. Særlig for Christoffer L Terjesen medførte dette mange (fysiske) arbeidsplassbesøk, som erfaringsmessig fungerte bedre enn digitale orienteringsmøter. Avklaring om at prosjektet ikke primært var innrettet mot ansatte med høyt sykefravær, men av mer generell arbeidsmiljøkarakter, førte imidlertid også til flere frafall før endelig inkludering.

Ved nedstengning av landet grunna Covid-19-pandemi den 12. mars 2020 var 34 arbeidsplasser inkludert i studien. Både videre rekruttering og gjennomføring av intervensjon ble satt på vent, med gjenopptak høsten 2020. 1.juli 2021 ble inkludering avsluttet med 97 inkluderte arbeidsplasser, fordelt på 45 til HIA intervensjon og 52 til vanlig IA- tilbud. Intervensjonen ble avsluttet i de siste arbeidsplassene i juli 2022 og tilsvarende for innhenting av spørreskjema 2 i juli 2022 (figur 2.3.1).

Figur 2.3.1 Grafisk framstilling av inklusjon og avslutning av intervensjonsperioden for arbeidsplassene.



Ikke bare inklusjon ble satt på vent ved nedstengningen av landet i mars 2020, men også den utadrettede aktiviteten på arbeidsplassene. Basert på tiden det i denne situasjonen tok å gjennomføre planlagte presentasjoner på arbeidsplassene, ble intervensjonsperioden i begge armer forlenget med ett år for arbeidsplasser inkludert før tredje kvartal 2020, og med 1,5 år for arbeidsplasser inkludert høsten 2020.

Avslutning av intervensjonsfasen hopet seg derfor opp første halvår 2022.

En annen utfordring var andelen av ansatte som leverte samtykke til deltagelse i forskningen og i enda større grad andelen som faktisk svarte på det elektroniske spørreskjema. I samråd med styrings- og referansegruppen og tilleggsgodkjenning fra REK innførte vi derfor trekning av to gavekort à 750 NOK for hver et hundre nye besvarelser av spørreskjemaene som rekrutteringstiltak.

## 2.4 Intervensjon

I den klyngerandomiserte studien ble den tverrfaglige HelseArbeid-intervensjonen (HIA) sammenlignet med vanlig tilbud fra NAV arbeidslivsenter. Av de 45 arbeidsplassene randomisert til HelseArbeid gjennomførte 36 alle tre presentasjoner i intervensjonsperioden. Tilsvarende var 47 av 52 arbeidsplasser i kontrollgruppen fortsatt med etter beregnet intervensjonsperiode. Bedriftsdata sykefravær var tilgjengelig for 40 av disse arbeidsplassene, og 12 av disse valgte ingen tiltak fra NAV arbeidslivsenter. Gjennomføringstid for intervensjon ble justert i henhold til forsinkelsene ved nedstengninger og satt til 2 år for arbeidsplasser inkludert før nedstengningen, og 1,5 år for arbeidsplasser inkludert høsten 2020. Arbeidsplasser inkludert første halvår 2021 gjennomførte med ett års intervensjonstid.

Med bakgrunn i nedstengning og geografisk beliggenhet ble det også utarbeidet et digitalt tilbud, og for noen arbeidsplasser ble HIA-presentasjonene derfor gjennomført på teams.

Arbeidsplasser som trakk seg fra gjennomføring og rapportering, oppgav dels utfordringer med personalmangel, økt sykefravær og/eller spesielle forhold knyttet til håndtering av pandemi som årsak. Sannsynligheten for manglende gjennomføring var også klart høyere der deltagelse var forankret på overordnet nivå i organisasjonen og ikke på den enkelte deltagende arbeidsplassen. Et betydelig skifte av leder, 31% i løpet av treårsperioden med prosjektdeltagelse, påvirket også gjennomføring og rapportering. Kjennskap til deltagelse i prosjektet ble ofte ikke videre formidlet til ny leder.

### 2.4.1 Intervensjonsarm A: HelseArbeid-intervensjon (HIA)

HelseArbeid-tilbudet innebar normalt tre samlinger à 1,5 - 2 timer i løpet av ett år, der alle ansatte og ledere, inkludert sykmeldte, fikk tilbud om å møte. Spesialisthelsetjenestepersonell informerte om vanlige helseutfordringer som muskel- og skjelettsmerter med fokus på rygg, smerter og takling av disse, samt vanlige psykiske plager. I hver samling fulgte NAV arbeidslivrådgiver opp denne informasjonen med en presentasjon om hvordan man kan anvende kunnskapen inn i eget arbeidsmiljø. Relevante tematikker om sykefravær ble tatt opp og plenumsdrøftelser om påvirkningsmuligheter på individ-, gruppe-, ledelse- og organisasjonsnivå ble gjennomført. Dette inkluderte muligheter for å stå i jobb tross helseplager, muligheter for tilrettelegging, helsefremmende arbeidsmiljø og samarbeid, og hvordan framstå som en god kollega. Mellom disse tre presentasjonene var det en forventning om at arbeidsplassene arbeidet med denne problematikken internt. Om ønskelig kunne NAV arbeidslivrådgiver bidra. Skjematisk framstilling av intervensjonen er vist i figur 2.4.1.

### 2.4.2 Intervensjonsarm B: Kontrollgruppe, vanlig IA-oppfølging (IA)

I kontrollgruppen med vanlig IA-oppfølging kunne tilbudet variere noe mer etter ønske fra den enkelte arbeidsplass. Drøfting av muligheter for tilrettelegging, helsefremmende arbeidsmiljø og samarbeid, og hvordan framstå som en god kollega kunne også her være en del av tilbudet. Men helseinformasjon fra spesialisthelsetjenesten inngikk ikke i valgmulighetene i prosjektperioden. "Ses i morgen" kurs ([Kurspakken Sees i morgen! – nav.no](#)) med fokus på psykiske utfordringer og arbeid, ble registrert gjennomført i 7 arbeidsplasser i kontrollgruppen. «Kurs psykisk helse», «Arbeidsmiljøprosess», «Der skoen trykker», «Veien videre», samt lederutvikling og sykefraværsoppfølging er andre tiltak som er registrert gjennomført i IA gruppen.

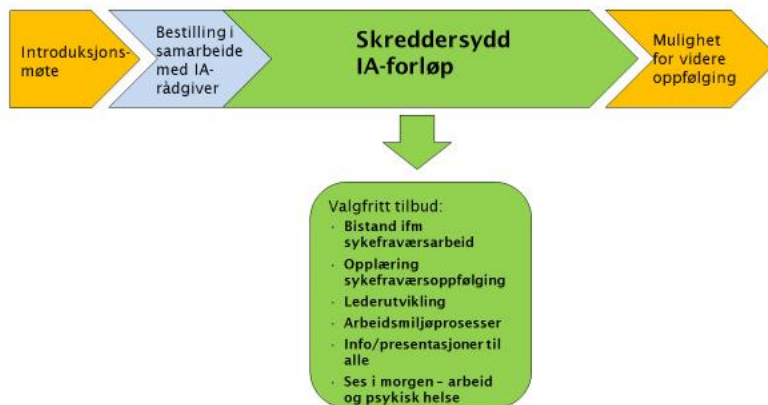
Figur 2.4.1. Skjematisk framstilling av HelseArbeid-intervensjonen

## HelseArbeid - tilbud



Figur 2.4.2. Skjematisk framstilling av IA- intervensjonen (kontrollgruppe)

## IA - tilbud



## 2.5 Analyser og utfallsmål

Analyser av sykefravær og mestring av helseplager og arbeid, vil baseres på endringsanalyser, inkludert forskjelli-forskjell-analyser for å se om HelseArbeid-intervensjonen har effekt utover det vi ser i kontrollgruppen. Sykefravær vil analyseres både på bedriftsnivå og individnivå. Deskriptive analyser av endring i skår innad og mellom kontroll- og intervensjonsgruppen, gjøres med parametriske og ikke parametriske tester med signifikansnivå 0,05, avhengig av normalfordeling eller ikke. Analysene vist i denne rapporten er altså kun beskrivende og tar ikke hensyn til andre bakgrunnsdata. Slik videre bearbeiding av data vil gjøres i PhD- prosjektet som i større grad vil inkludere regresjonsmodeller som kontrollerer for bakgrunn (kjønn, alder, utdanning, nettverk etc.) og livstil (som fysisk aktivitet og alkohol) for å se effekt av intervensjonene på sykefravær-, helse- og arbeidsplassvariabler. Det vil her også gjøres flernivåanalyser med beregning av ICC (Interclass Correlation Coefficient) for å belyse hvor mye av variansen som kan tilskrives arbeidsplassen og ikke intervensjonen.

Informasjonen om individuelle faktorer hentes fra studiens spørreskjema ved inklusjon, etter intervensjonsperioden og et år etter avsluttet intervensjon. (Spørreskjema Vedlegg 2). Det gjøres oppmerksom på at tabellene og figurene kan vise forskjellige utvalg av besvarelsen på spørreskjema. Dette kan være alle som har besvart spørreskjemaene på de gitte tidspunktene, eller utvalget som har besvart flere spørreskjemaer for å se endringer hos den enkelte deltager. Dette kommer frem av beskrivelsen i figur- og tabelltekst.

### 2.5.1 Utfallsmål:

Arbeidsdeltakelse – sykefravær to år før til ett år etter intervensjonsperioden– er målt ved hjelp av variabler fra tre forskjellige kilder:

- Arbeidsplassregister/NAV bedriftsdata - legemeldt sykefravær på arbeidsplassnivå
- NAV sykefraværsregister – individuelt legemeldt sykefravær
- Spørreskjema – egenrapportert individuelt egenmeldt fravær siste tre måneder

Mestring av helseplager og arbeid fra spørreskjemaer til de individuelle deltakerne:

- Subjektive helseplager (Subjective Symptom Check List, SCL) 29 item, skår 0-3, endring i totalskår og i undergrupper
- Helserelatert livskvalitet (Euroqol-5 dimension, EQ-5D), 5 dimensjoner helse, skår 0-5, vektet og analyseres i PhD- arbeidet.
- Egenvurdert helse (EQ-5D stigen), skår 0-100
- Generell tilfredshet med livet (Satisfaction with life scale – SWLS), 3 item, skår 1-7
- Helsebekymring (revidert Whitely- index 6), 6 item, skår 0-4
- Helsetjenesteforbruk siste år, spørreskjema (+ KUHR database for PhD- arbeidet)
- Medikamentbruk siste 4 uker, spørreskjema
- Karasek; krav-kontroll-støtte modell (arbeidsmestring), 17 item skår 1-4
- Sosial støtte fra kollegaer, 16 item, skår 1-5.

### 2.5.2 Styrkeberegning:

Styrkeberegning av antall arbeidsplasser som er nødvendig for å påvise en betydningsfull 10 % reduksjon av sykefravær (0,6 prosentpoeng) var pragmatisk og basert på erfaring fra tidligere klynge-RCT med intervensjonen iBedrift med rygg fokus (15; 16). De tidligere studiene talte for at vi trengte ca. 50 arbeidsplasser i hver arm. I styrkeberegning for individdata i spørreskjema gjorde vi beregninger ut fra en betydningsfull endring på 5 punkter i pasientaktiveringsverktøyet PAM (21). Vi har i denne studien valgt å ikke benytte «PAM» da de stiller krav om utlevering av datamateriale til USA, men vårt datamateriale vil gi lignende informasjon som om vi hadde benyttet dette verktøyet. Med standard deviasjon på 17, styrke 80%, og signifikansnivå 5% trengte vi 364 deltagere. Da deltagerne ikke var uavhengig av arbeidsplassforhold må dette korrigeres for med en «variance inflation factor» som vi beregnet til 1,3. Dette ga behov for 240 personer i hver arm med to grupper. Med gjennomsnittlig 20 ansatte i hver arbeidsplass, en realistisk svarprosent på 50% og behov for å gjøre kjønnsstratifiserte analyser, måtte vi ha svar fra totalt ca. 1000 personer, som samsvarte med ca. 50 arbeidsplasser i hver arm.

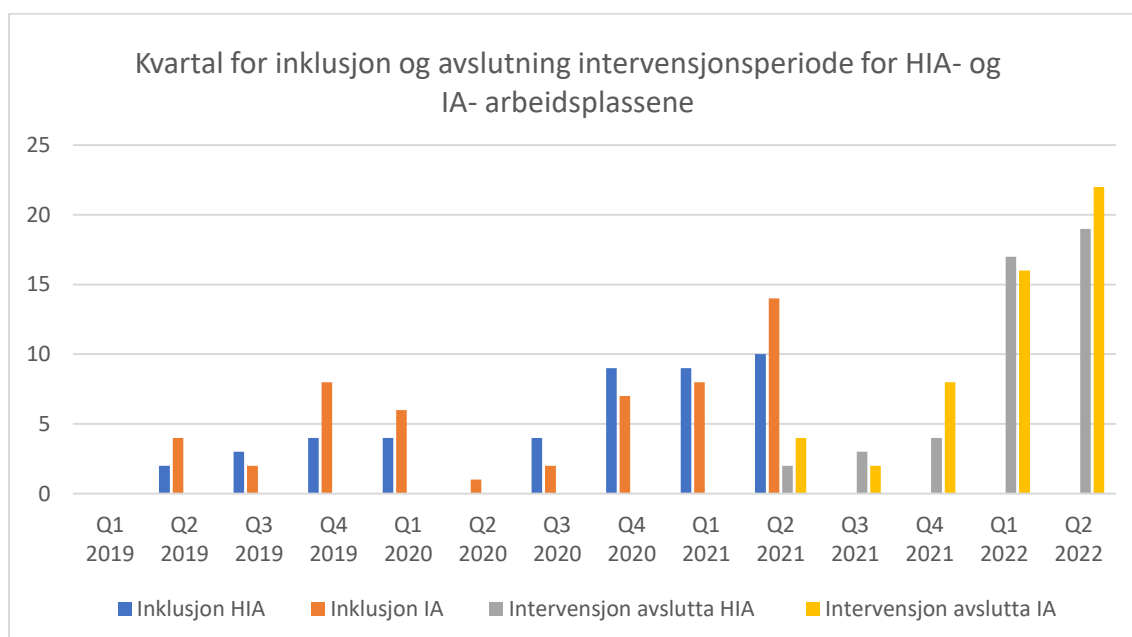
### 3. Resultater

#### 3.1 Materiale

Inklusjon av arbeidsplasser startet 2. kvartal 2019, og 34 arbeidsplasser var inkludert før både landet og rekruttering til studien ble stengt ned. Høsten 2020 tok inkludering seg opp og ytterligere 22 arbeidsplasser ble inkludert andre halvår 2020. Første halvår 2021 ble resterende 41 arbeidsplasser inkludert. Totalt ble 97 arbeidsplasser inkludert, hvorav 45 ble trukket til HelseArbeid-gruppen og 52 til IA-gruppen (kontrollgruppe). En arbeidsplass var definert som en enhet som dannet et naturlig avgrenset arbeidsmiljø. Dermed kan en bedrift ha hatt flere deltakende arbeidsplasser i studien, som også kan ha blitt trukket til forskjellige intervensjonsgrupper.

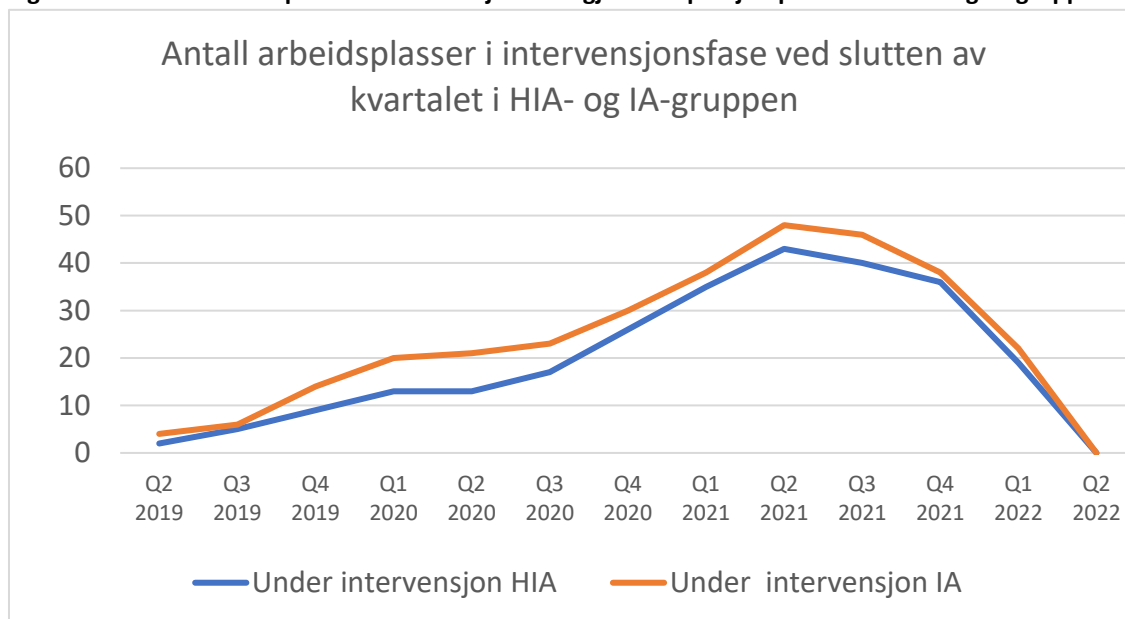
På grunn av nedstengning og stans i aktivitet som følge av Covid-19-pandemien ble intervensjonsperioden utvidet til to år for arbeidsplasser inkludert før sommer 2020 og til halvannet år ved inklusjon høsten 2020. Dette for å sikre at de planlagte møtene på arbeidsplassene kunne gjennomføres. Tid for inklusjon og avslutning av «intervensjonsperioden» er vist i figur 2.3.1 (her gjentatt i figur 3.1.1, for å lette sammenstilling med påfølgende data). Et klart flertall av arbeidsplassene både i HIA- og IA-gruppen avsluttet intervensjonsfasen første halvår 2022 som følge av utvidelsen av intervensjonsperioden ved inklusjon før 2021. Antall arbeidsplasser som var i intervensjonsfase i prosjektet gjennom prosjektperioden er vist i Figur 3.1.2. Figuren viser en klar høyreforskyving av intervensjonen som omfatta flest i 2021.

**Figur 3.1.1 Tidspunkt for inklusjon og avslutning av intervensjonsperioden.**





**Figur 3.1.2 Antall arbeidsplasser i intervensjonsfase gjennom prosjektperioden i HIA- og IA-gruppen.**



Tabell 3.1.1 viser at det var en klar overvekt av offentlige arbeidsplasser i begge grupper. Med hensyn til næring var også trekningen innenfor det som forventes ved tilfeldig fordeling. Begge grupper hadde også overvekt av arbeidsplasser i kommuner med mer enn 5000 innbyggere.

*Tabell 3.1.1 Materiale: Oversikt over inkluderte arbeidsplasser i studien. n = antall*

	HIA (intervensjon)		IA (kontroll)		Total		
	n	%	n	%	Sum n	%	p
<b>Inkluderte arbeidsplasser</b>	45	46,4	52	53,6	97	100	0,31
<b>Sektor</b>							
Privat	11	24,4	15	28,8	26	26,8	0,63
Offentlig	34	75,6	37	71,2	71	73,2	
<b>Næring</b>							
Industri	6	13,3	11	21,2	17	17,5	0,54
Kontor	13	28,9	18	34,6	31	32,0	
Helse	13	28,9	13	21,2	26	26,8	
Utdanning	13	28,9	10	19,2	23	23,7	
<b>Urban</b>							
> 5000 innb	27	60,0	36	69,2	63	64,9	0,34
< 5000 innb	18	40,0	16	30,8	34	35,1	
<b>Intervensjon avsluttet</b>							
2021	22	48,9	26	50,0	48	49,5	0,77
2022	23	51,1	26	50,0	49	50,5	
<b>Forlenget intervensjon pga Covid</b>							
1 år	13	28,9	20	38,5	33	34,0	0,45
½ år	13	28,9	10	19,2	23	23,7	
0 år	19	42,2	22	42,3	41	42,3	

I HelseArbeid -gruppen var det 9 arbeidsplasser som ikke gjennomførte hele bedriftsintervensjonen, hvorav 3 trakk seg før presentasjonene startet. Tilsvarende droppet 7 arbeidsplasser ut fra videre oppfølgingsaktiviteter i kontrollgruppen. I alt hadde 12 arbeidsplasser i kontrollgruppen ingen registrerte leveranser fra Nav arbeidslivsenter i intervensjonsperioden.

I alt 1457 personer samtykket til deltagelse. Det var en klar overvekt av kvinner i begge grupper. Av de inkluderte samtykket 1299 til at fravær ble innhentet fra NAV sitt sykefraværsregister. Kjønnfordelingen for disse samsvarer med kjønnfordeling av alle inkluderte, men blant de som svarte på spørreskjema var kjønnforskjellen forsterket i HIA-gruppen, tabell 3.1.2.

Hvor mange som fikk muligheten til å delta er ukjent, men i et utvalg av 83 arbeidsplasser der vi har opplysninger om fraværsdata, var det rapportert 3627 ansatte og i dette utvalget var 1289 personer inkludert (35,5%), 1185 personer samtykket til innhenting fravær NAV (31,9%) og 832 besvarte spørreskjema 1 (22,9%). Disse prosenttallene kan gi oss en pekepinn angående en estimert svarprosent av studien.

*Tabell 3.1.2 Materiale: Oversikt over kjønnfordeling og antall personer som ble inkludert, samtykket til uthenting av sykefraværsdata fra NAV og besvarte spørreskjema 1, 2 og 3. Av de inkluderte mangler opplysning om kjønn hos tre personer. p-verdi gjelder forskjell i kjønnfordeling i de to gruppene.*

	HIA			IA			p-verdi
	Menn	Kvinner	Sum	Menn	Kvinner	Sum	
<b>Inkludert*</b>	148	455	603	268	583	851	<0,01
	24,5%	75,5%		31,5%	68,5%		
<b>Samtykke NAV</b>	137	399	536	244	519	763	0,01
	25,6%	74,4%		32,0%	68,0%		
<b>Spørreskjema 1</b>	69	301	370	161	410	571	<0,01
	18,6%	81,4%		28,2%	71,8%		
<b>Spørreskjema 2</b>	59	198	257	92	240	332	0,19
	23,0%	77,0%		27,7%	72,3%		
<b>Spørreskjema 3</b>	46	158	204	76	200	276	0,22
	22,5%	77,5%		27,5%	72,5%		
<b>Spørreskjema 1 &amp; 2</b>	34	164	198	67	182	249	0,01
	17,2%	82,8%		26,9%	73,1%		
<b>Spørreskjema 1 &amp; 3</b>	24	121	145	53	152	205	0,04
	16,6%	83,4%		25,9%	74,1%		

\* manglende opplysning om kjønn = 3

Aldersfordeling i materialet er gjengitt i tabell 3.1.3. Yngste deltaker var 18 år og 45 personer var 64 år eller eldre ved inklusjon. Aldersfordeling var ganske lik mellom gruppene, og endret seg lite i utvalget som samtykket til fraværsinnhenting eller som svarte på spørreskjema. I andel som svarte på både spørreskjema 1 og 3 var det imidlertid en klar nedgang i den yngste gruppen, og mest uttalt for menn.

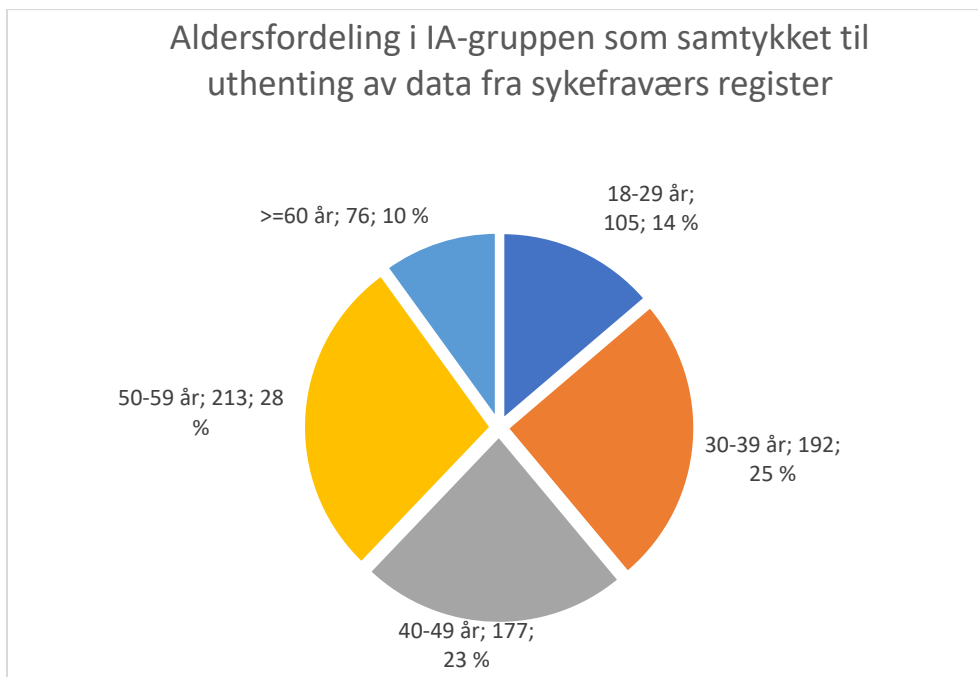
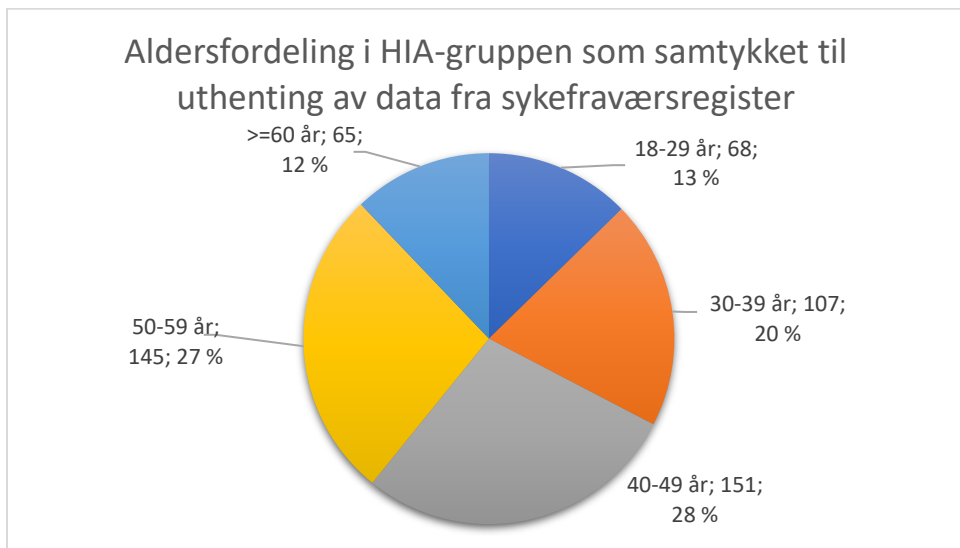
Det er nærliggende å se dette i sammenheng med generelt lavere svarprosent blant menn, og yngre svarer i mindre grad på spørreskjema enn eldre ved befolknings undersøkelser. Mest sannsynlig er også de yngste mindre etablert på arbeidsplassen og har en større turnover, noe som kan bidra til dette.

Aldersfordeling blant de som samtykket til innhenting av fraværsdata fra NAV er også illustrert i Figur 3.1.3.

Tabell 3.1.3 Materiale: Aldersfordeling som prosent i 10 års-aldersgrupper av inkluderte menn og kvinner, de som samtykket til innhenting fraværdata og de som besvarte spørreskjema 1, samt de som besvarte både spørreskjema 1 og 3 i HIA- og IA-gruppen. n = antall

	HIA			IA			P verdi
	Menn	Kvinner	Sum	Menn	Kvinner	Sum	
<b>Inkludert n</b>	<b>146</b>	<b>449</b>	<b>595</b>	<b>267</b>	<b>581</b>	<b>848</b>	<0,01
18-29 år	11,0%	14,5%	13,6%	14,6%	14,1%	14,3%	
30-39 år	17,1%	21,6%	20,5%	28,1%	23,8%	25,1%	
40-49 år	26,0%	28,3%	27,7%	21,3%	25,1%	23,9%	
50-59 år	30,1%	24,7%	26,1%	26,2%	27,9%	27,4%	
>=60 år	15,8%	10,9%	11,9%	9,7%	9,1%	9,3%	
<b>Sykefravær n</b>	<b>137</b>	<b>399</b>	<b>536</b>	<b>244</b>	<b>519</b>	<b>763</b>	
18-29 år	10,9%	13,3%	12,7%	14,3%	13,5%	13,8%	
30-39 år	17,5%	20,8%	20,0%	26,2%	24,7%	23,0%	
40-49 år	25,5%	29,1%	28,2%	23,0%	23,3%	25,3%	
50-59 år	31,4%	25,6%	27,1%	27,8%	28,9%	27,9%	
>=60 år	14,6%	11,3%	12,1%	10,7%	9,6%	10,0%	
<b>Spørreskjema 1 n</b>	<b>69</b>	<b>301</b>	<b>370</b>	<b>161</b>	<b>410</b>	<b>571</b>	
18-29 år	11,6%	15,9%	15,1%	14,9%	15,4%	15,2%	
30-39 år	18,8%	20,3%	20,0%	29,8%	22,0%	24,2%	
40-49 år	29,0%	28,9%	28,9%	23,0%	27,6%	26,3%	
50-59 år	23,2%	24,3%	24,1%	29,0%	26,3%	26,8%	
>=60 år	17,4%	10,6%	11,9%	4,3%	8,9%	7,5%	
<b>Spørreskjema 1+3 n</b>	<b>24</b>	<b>121</b>	<b>145</b>	<b>53</b>	<b>152</b>	<b>205</b>	
18-29 år	4,2%	9,9%	9,0%	5,7%	11,8%	10,2%	
30-39 år	8,3%	18,2%	16,6%	22,6%	17,1%	18,5%	
40-49 år	37,5%	29,8%	31,0%	20,8%	31,6%	28,8%	
50-59 år	29,2%	31,4%	31,0%	45,3%	28,9%	33,2%	
>=60 år	20,8%	10,7%	12,4%	5,7%	10,5%	9,3%	

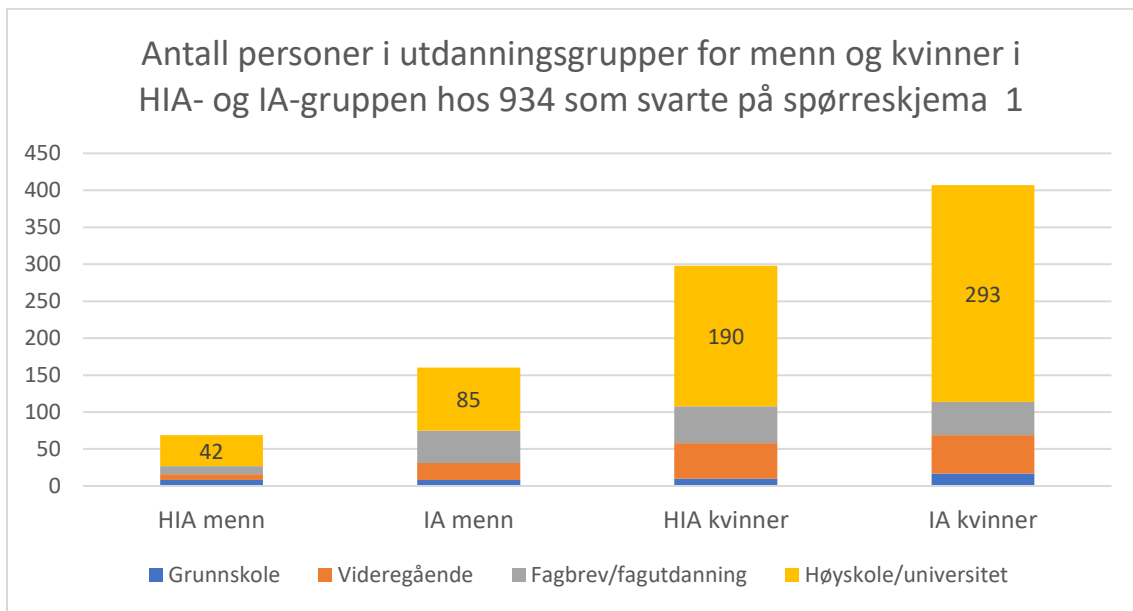
**Figur 3.1.3 Aldersfordeling i HIA -gruppen og IA-gruppen for personer som samtykket til uthenting registerdata individuelt sykefravær n= 1299**



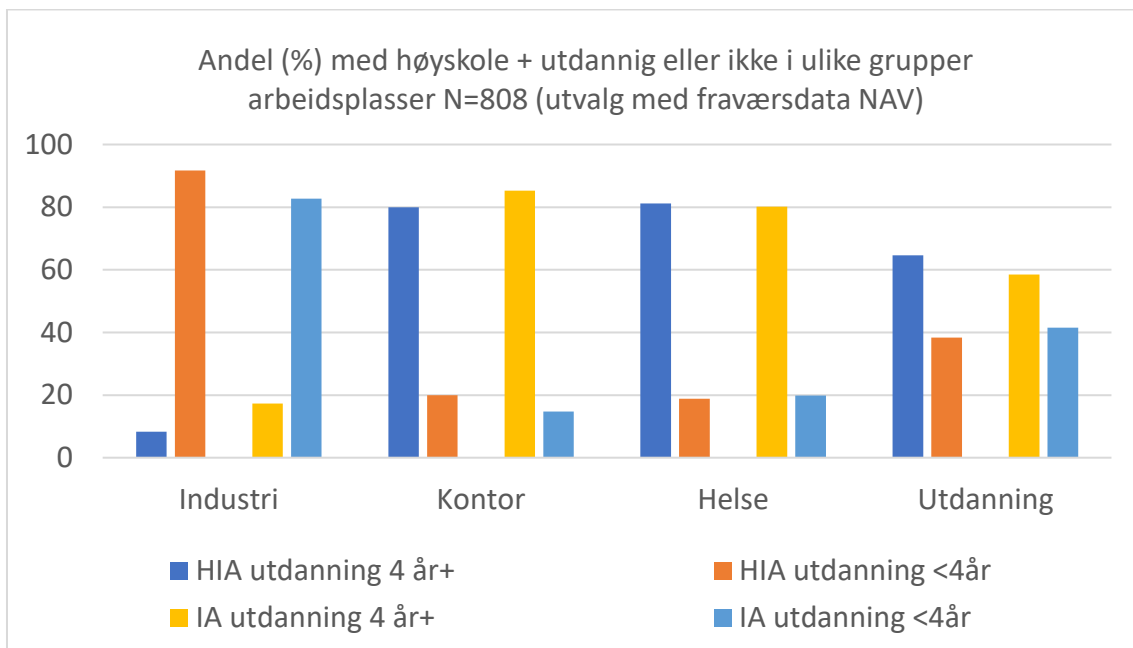
Hos respondentene som besvarte spørreskjema var det en stor overvekt av personer med høyskole- eller universitetsutdanning (Figur 3.1.4). I HIA-gruppen utgjorde disse 61 % av menn og 63 % av kvinnene, tilsvarende i IA-gruppen var 53 % for menn og 67 % for kvinner. Utdanningsnivået var langt høyere enn gjennomsnittet for Troms og Finnmark. I Tromsø hadde 45 % over 16 år kort eller lang universitetsutdanning i 2022, og tilsvarende i hele fylket var 33,6%, (SSB).

Figur 3.1.5 viser at det var stor forskjell i utdanningsnivå mellom de ulike næringene, der det i industri (inkludert renhold og handel) rapporterte over 90 % grunn- og fagutdanning, mens innen kontorarbeid rapporterte over 80 % høyskole- eller universitetsutdanning. Undervisningssektoren hadde en litt jevnere utdanningsprofil, men her var det også klar overvekt av langtidsutdannede.

**Figur 3.1.4 Utdanningsbakgrunn for menn og kvinner i HIA- og IA-gruppen**

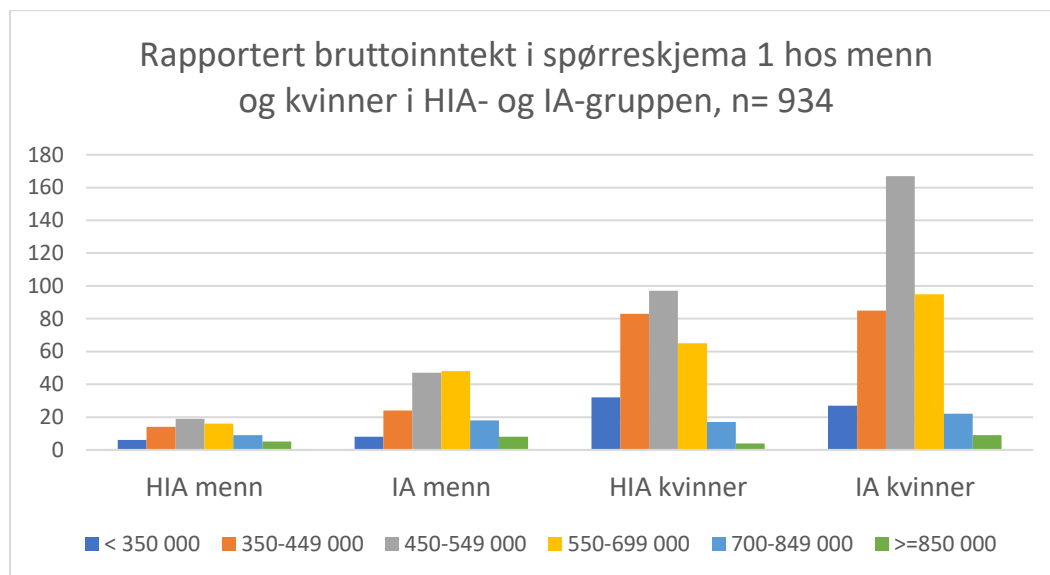


**Figur 3.1.5 Andel personer som rapporterte høyskole-/universitetsutdanning eller ikke i ulike typer arbeidsplasser for utvalget med besvart spørreskjema 1 og samtykke til innhenting av fraværdata fra NAV. Industri inkluderer også verksted, transport, renhold og handel.**



Rapportert inntektsnivå er gjengitt i figur 3.1.6. Lavinntekt, (< 350 000) var vanligst blant kvinner og relativt flere menn hadde høyinntekt. I IA-gruppen for kvinner var inntekt rundt 500 000 dominerende. Midlere inntekt dominerer for begge kjønn. I HIA-gruppen rapporterte 39 % av kvinnene inntekt under 450 000 mens tilsvarende i IA-gruppen var 28%.

**Figur 3.1.6 Rapportert bruttoinntekt i HIA- og IA-gruppen for kvinner og menn i spørreskjema 1, n=antall.**



To av tre menn i HIA-gruppen rapporterte stillesittende arbeid, mot 54 % i IA-gruppen. For kvinner var bildet motsatt med 49 % stillesittende arbeid i HIA-gruppen mot 62% i IA-gruppen. 16 % av menn i HIA-gruppen rapporterte fysisk arbeid med gåing og løfting eller annet tungt arbeid, mot 31% i IA-gruppen. For kvinner har 29 % i HIA-gruppen og 23 % i IA-gruppen tungt arbeid med løft.

På fritiden var det ingen forskjell mellom HIA og IA, 43 % av menn rapporterte mosjonsidrett, tyngre arbeid eller konkurransedrett og henholdsvis 24 og 25% av kvinnene rapportere samme aktivitetsnivå.

Respondentene rapporterte å være tilbakeholdne med alkoholinntak. I IA-gruppen oppgav 47 % av menn at de drakk alkohol aldri, eller månedlig eller sjeldnere, i HIA-gruppen var tilsvarende 38 %. For kvinner angav 53% av kvinnene i HIA-gruppen og 44% i IA-gruppen alkoholinntak månedlig eller sjeldnere. 1% oppgav inntak av alkohol mer enn 4 ganger per uke i alle gruppene.

Blant menn var det 48 % som aldri hadde røykt i HIA-gruppen mot 59% i IA-gruppen, tilsvarende for kvinner 51 og 53%. I HIA-gruppen røykte fortsatt 7 % av menn og 13 % av kvinnene, og i IA-gruppen var tilsvarende 4 % for menn og 9 % av kvinnene.

Alt i alt hadde respondentene høyere utdanning, drakk og røyk mindre enn gjennomsnitt i fylket og var mer fysisk aktiv på fritid enn normalbefolkningen. Med 20 % med BMI over 30 og 6 % med BMI over 35, var også andelen med overvektige lavere enn i normalbefolkningen, basert på Folkehelse rapporten 2022.

Både for menn og kvinner oppgav 1 av 5 respondenter at de hadde personalansvar og det var ingen forskjell mellom intervensjonsgruppene.

### 3.1.1 Oppsummering materiale

Det var ikke signifikante forskjeller mellom type arbeidsplasser som ble inkludert, og forskjellen i antall i de to gruppene var innenfor det som forventes ved tilfeldigheter.

Begge grupper hadde en klar overvekt av kvinner, en forskjell som også var statistisk signifikant for samtykke til kobling til NAV, svar på spørreskjema 1, og blant de som svarte flere ganger. Antall menn var for liten til at man kunne gjennomføre hensiktsmessige analyser separat for kvinner og menn.

Andelen langtidsutdannede var langt høyere enn gjennomsnittet for landsdelen, og deltakerne rapporterte mer aktivitet og mindre ugunstig helseadferd enn gjennomsnittet.

## 3.2 Sykefravær

Studien innhentet sykefravær på tre forskjellige måter:

- 1) Egenrapportert egen- og legemeldt sykefravær, besvart av respondentene i spørreskjema,
- 2) Aggregert egen- og legemeldt sykefravær rapportert fra deltakende arbeidsplasser, og
- 3) Legemeldt sykefravær fra NAV sykefraværsregister fra de personene som spesifikt samtykket til dette.

### 3.2.1 Egenrapportert sykefravær

I spørreskjemaene ble de ansatte bedt om å oppgi antall fraværsdager over de siste tre måneder (tabell 3.2.1.1 og 3.2.1.2). Om lag 50% rapporterte å ha hatt sykefravær siste tre måneder. Andelen med egenmelding varierte fra 44 til 49% i HIA-gruppen som viste en tendens til økning, men ikke signifikante funn,  $p=0,16$ . Andelen med legemeldt fravær var mer stabilt, rundt 15 % siste tre måneder. Tre respondenter oppgav mer enn 92 dager fravær i løpet av tre måneder, som ble korrigert til 90. To personer rapporterte både 70 dager egenmeldt og 70 dager legemeldt fravær i løpet av tre måneder, som ble korrigert til 7 dager egenmeldt og 70 dager legemeldt da det ikke kan være mer enn 92 dager til sammen. Svarene viste at det kan ha vært en sammenblanding av egenmeldt og legemeldt fravær, og tilsier en forsiktighet med tolking av tallene. Økt antall dager med Covid-19-relatert fravær i spørreskjema 2 er i samsvar med det som kan forventes ut fra tidspunkt for utsendelse av spørreskjemaene. Både egenmeldt og legemeldt fravær viste økt gjennomsnittlig lengde fra spørreskjema 1 til spørreskjema 2. Endringene var mindre fra spørreskjema 2 til spørreskjema 3.

Tabell 3.2.1.1 Selvrapportert egenmeldt sykefravær siste 3 måneder i spørreskjema ved inklusjon (1), etter intervensjon (2), ett år etter avsluttet intervensjon (3) i HelseArbeid-gruppen (HIA) og kontrollgruppen (IA).  $n$  = antall

	HIA 1	IA1	HIA 2	IA 2	HIA 3	IA 3
<b>n svart</b>	369	572	253	330	199	269
<b>n fravær</b>	184	283	128	175	102	126
<b>% med fravær</b>	49,9	49,5	50,6	53,0	51,2	46,8
	HIA 1	IA1	HIA 2	IA 2	HIA 3	IA 3
<b>n egenmeldt</b>	161	256	120	161	98	118
<b>% med egenmeldt</b>	43,6	44,7	47,4	48,8	49,2	43,9
<b>n tilfeller</b>	229	572	174	236	160	158
<b>Gjennomsnitt lengde, dager</b>	1,41	1,21	3,47	4,06	4,04	3,46
<b>Sum dager</b>	543	692	403	637	388	405
<b>Sum dager covid</b>	78	93	205	259	56	62
<b>% sykefravær egenmeldt*</b>	2,26	1,86	2,45	2,97	3,00	2,32

\*Egenmeldt fraværsprosent er beregnet ut fra 65 arbeidsdager per 3 mnd.



Tabell 3.2.1.2 Selvrapportert legemeldt sykefravær siste 3 måneder i spørreskjema ved inklusjon (1), etter intervensjon (2), ett år etter avsluttet intervensjon (3) i HelseArbeid-gruppen (HIA) og kontrollgruppen (IA). n = antall

	HIA 1	IA1	HIA 2	IA 2	HIA 3	IA 3
<b>n legemeldt</b>	49	70	34	54	26	36
<b>% legemeldt</b>	14,1	12,4	13,4	16,4	13,1	13,3
<b>n tilfeller</b>	184	283	109	157	96	114
<b>Gjennomsnitt lengde, dager</b>	3,81	5,97	6,52	7,42	4,72	6,54
<b>Sum dager</b>	701	1690	649	1084	415	706
<b>Sum dager Covid-19 relatert fravær</b>	14	40	78	116	6	76
<b>% sykefravær legemeldt*</b>	2,11	3,28	2,85	3,65	3,20	4,04

\*Legemeldt fraværspersent beregnet ut fra 90 kalenderdager per 3 mnd.

Endring i selvrapporterte fraværsdager i utvalget som besvarte spørsmålet både i spørreskjema 1 og 2, og i spørreskjema 1 og 3 er gjengitt i tabell 3.2.1.3. Middelverdien var 0 i alle gruppene. Positiv verdi av endring tilsvarer en økning fra spørreskjema 1. Forskjellene mellom intervensjonsgruppene var små og ikke signifikante. Endring i antall samme tidsrom, skyldes flere som ikke har svart på spørsmålet om egenmeldte- enn om legemeldte dager.

Tabell 3.2.1.3 Gjennomsnittlig endring i selvrapportert dager sykefravær i HIA- og IA-gruppen fra spørreskjema 1 til spørreskjema 2 og fra spørreskjema 1 til spørreskjema 3. n = antall

	Egenmeldt 1 til egenmeldt 2	Egenmeldt 1 til egenmeldt 3	Legemeldt 1 til legemeldt 2	Legemeldt 1 til legemeldt 3
<b>HIA n</b>	195	144	195	161
<b>Gjennomsnitt dager endring</b>	0,36	0,75	2,46	0,78
<b>IA n</b>	247	200	264	223
<b>Gjennomsnitt dager endring</b>	0,63	0,59	2,52	1,46
<b>Totalt n</b>	442	344	459	384
<b>Gjennomsnitt dager endring</b>	0,51	0,66	2,50	1,17

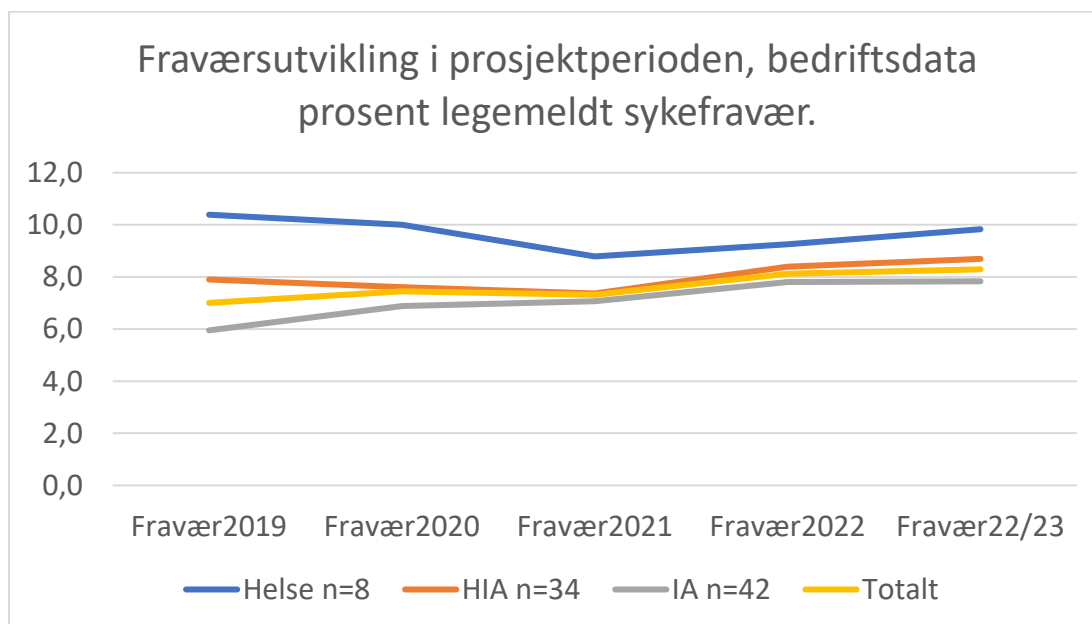
### 3.2.2 Bedriftsdata sykefravær i prosjektperioden

Innhenting av arbeidsplassenes registrerte fravær med egen- og legemeldt fravær viste seg mer utfordrende enn forventet, og det var to forhold som virket inn på dette: Det ble rapportert manglende kunnskap om hvordan ta ut rapport av arbeidsplassens fravær, særlig fra offentlig sektor. I tillegg var det stor utskiftning av ledere, 31% i prosjektperioden, der de nye ofte ikke hadde eierskap til prosjektdeltakelse. Sammen gav dette lite rapportering av egenmeldt fravær i perioden. Rapporteringen er derfor basert på det samlede legemeldte fravær i og utover arbeidsgiverperioden der arbeidsplassene hadde rapportert, og det legemeldte fraværet som var registrert i NAVs bedriftsregister (SalesForce) for arbeidsplasser med eget bedriftsnummer. Fraværsopplysninger var da tilgjengelig for 76 arbeidsplasser, 34 i HIA-gruppen og 42 i IA-gruppen. I tillegg var i alt 8 arbeidsplasser i helse- og omsorgssektoren registrert under to overordnede bedriftsnumre. Her var 5 arbeidsplasser trukket til HIA og 3 til IA, men fravær spesifisert etter intervensjon var altså ikke mulig pga de overordnede bedriftsnumre. 13 arbeidsplasser hadde ikke eget bedriftsnummer som tillot uttrekk av fravær. Gjennomsnittlig var det registrert 37,2 ansatte per arbeidsplass i HIA-gruppen og 44,5 i IA-gruppen, middelværdi av ansatte var henholdsvis 25 og 27, og antall ansatte varierte mellom 8 og 136 i HIA-gruppen og 10 og 237 i IA-gruppen.

Siden data er delvis hentet fra NAVs register som er basert på bedriftsnummer, vil disse i det følgende kalles for «bedriftsdata», selv om de gjenspeiler de enkelte arbeidsplassene som er inkludert i studien.

I det følgende vises utvikling av fravær fra 2019 til og med første halvår 2023, sammenslått med andre halvår 2022. Fraværsprosent for bedriftsdata gjenspeiler antall fraværsdagsverk som prosent av avtalte dagsverk.

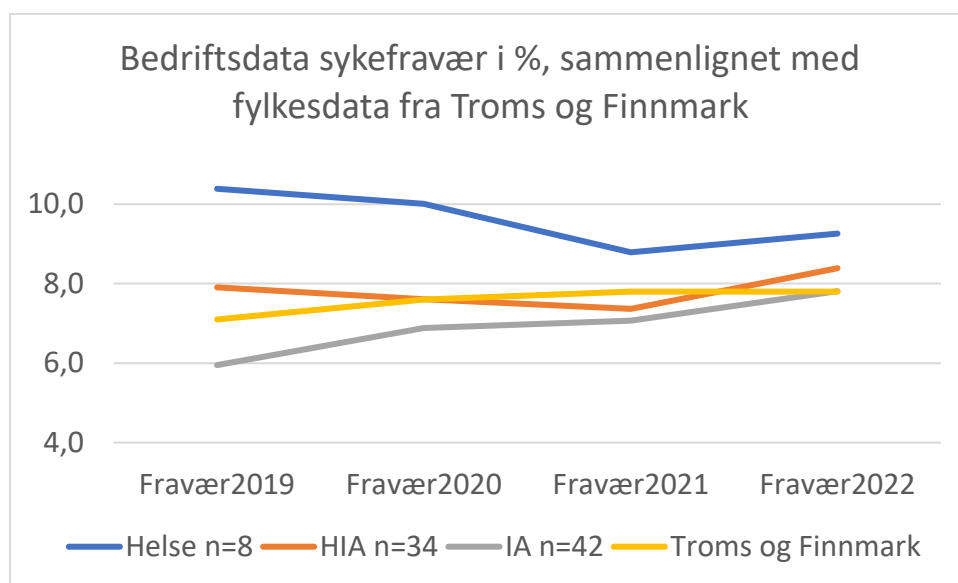
**Figur 3.2.2.1 Bedriftsdata for utvikling av det legemeldte fraværet som prosent av forventet dagsverk i prosjektperioden i 34 arbeidsplasser i HIA-gruppen og 42 arbeidsplasser IA-gruppen, samt 8 arbeidsplasser innen helse og omsorg der HIA og IA er registret samlet. *n* = antall arbeidsplasser fraværsdata er hentet fra, 22/23 er beregnet av 3. kvartal 2022 til og med 2. kvartal 2023.**



Tabell 3.2.2.1 Bedriftsdata for utvikling av legemeldt sykefraværspersent i HIA- og IA-gruppen i prosjektperioden for 34 arbeidsplasser i HIA-gruppen og 42 arbeidsplasser IA-gruppen, samt 8 arbeidsplasser innen helse og omsorg der HIA og IA er registret samlet. 22/23 er beregnet av 3. kvartal 2022 til og med 2. kvartal 2023. n = antall arbeidsplasser data er basert på

	Fravær2019	Fravær2020	Fravær2021	Fravær2022	Fravær22/23
<b>Helse n=8</b>	10,4	10,0	8,8	9,3	9,8
<b>HIA n=34</b>	7,9	7,6	7,4	8,4	8,7
<b>IA n=42</b>	6,0	6,9	7,1	7,8	7,8
<b>Total</b>	7,0	7,5	7,3	8,1	8,3

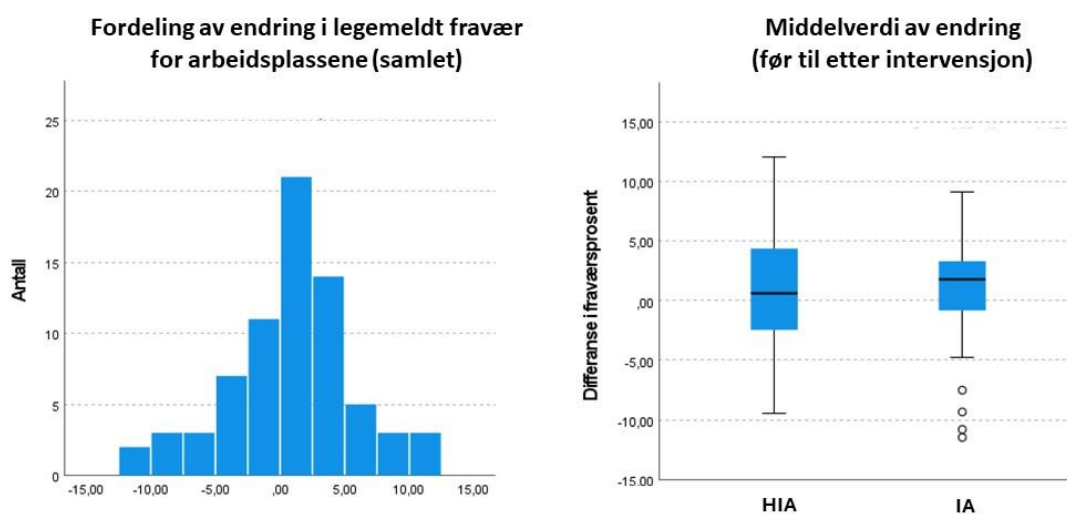
Figur 3.2.2.2 Bedriftsdata for utvikling av det legemeldte fravær i prosjekt perioden i deltagergruppene, sammenstilt med legemeldt fravær kvinner for Troms og Finnmark (nedre del av y-akse kuttet). N = antall arbeidsplasser fraværdata er hentet fra, Helse = arbeidsplasser innen helse og omsorg der HIA og IA er registret samlet.



I prosjekt perioden viste IA gruppen større økning i fravær enn den generelle fraværs økningen i fylket (NAV sykefraværstatistikk) (Fig 3.2.2.2). Dette må ses i sammenheng med en overvekt av arbeidsplasser i offentlig sektor, som også på fylkesnivå viste den største fraværs økningen i perioden. I IA-gruppen kom økningen tidlig i perioden mens HIA-gruppen hadde en nedadgående trend til og med 2021, men fikk en økning i 2022. Forskjellen i endring i fravær mellom gruppene tilsvarer 1,2 prosentpoeng fra 2019 til 2020, 1,6 prosentpoeng fra 2019 til 2021 og 1,3 prosentpoeng fra 2019 til 2022 (tabell 3.2.2.1). Basert på 240 dagsverk i året, tilsvarer dette en gevinst i HIA gruppa på opp mot 10 dagsverk per årsverk sammenlignet med IA gruppa i løpet av tre år. Beregninga tar utgangspunkt i totalt antall legemeldt fraværsdagsverk i prosent av forventet dagsverk i henholdsvis HIA og IA gruppen.

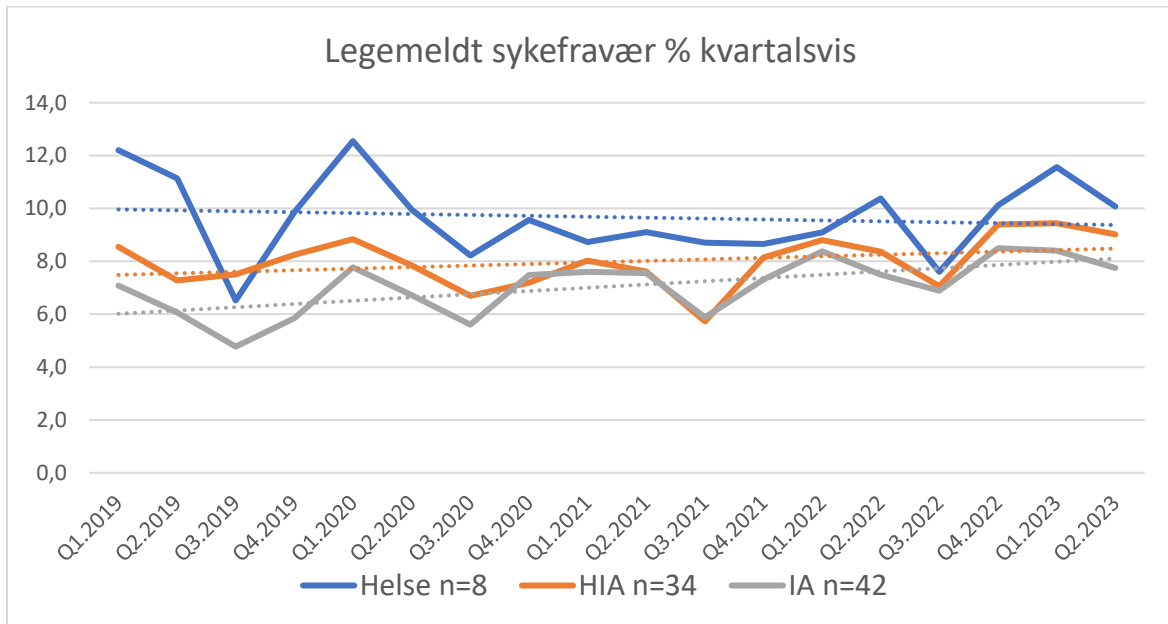
Endring i fravær fra året før inkludering av den enkelte arbeidsplass til året etter intervensjonsperioden for den enkelte arbeidsplass framkommer i figur 3.2.2.3. Begge grupper hadde en liten overvekt av arbeidsplasser med økt sykefravær, og den gjennomsnittlige økningen var 0,9%. I HIA-gruppen viste 14 av 32 (44%) arbeidsplasser nedgang i sykefravær, og tilsvarende 12 av 40 (30%) arbeidsplasser i IA-gruppen. Forskjellen var ikke statistisk signifikant.

**Figur 3.2.2.3 Bedriftsdata for fordeling av endring i legemeldt fravær i de enkelte arbeidsplassene samlet, n=72, og middelerdi av endring fra året før intervensjon til året etter avslutta intervensjonsperiode i HIA- og IA-gruppen. Positiv verdi indikerer økt fravær.**



Kvartalsvis endringer i legemeldt sykefravær basert på dagsverk gjennom prosjektperioden framgår av figur 3.2.2.4. Den viser den vanlige variasjonen for ikke sesongjustert fravær, med lavest fravær i tredje kvartal. HIA-gruppen viste en fallende trend fram til første kvartal 2022 da fraværet økte, og den økende trenden tiltok fra fjerde kvartal 2022. IA-gruppen viste en svakt stigende trend i hele perioden. Den blandede gruppen av helsearbeidsplasser viste en stabil trend og hadde en liten reduksjon fra før til etter respektive intervensjonsperioder.

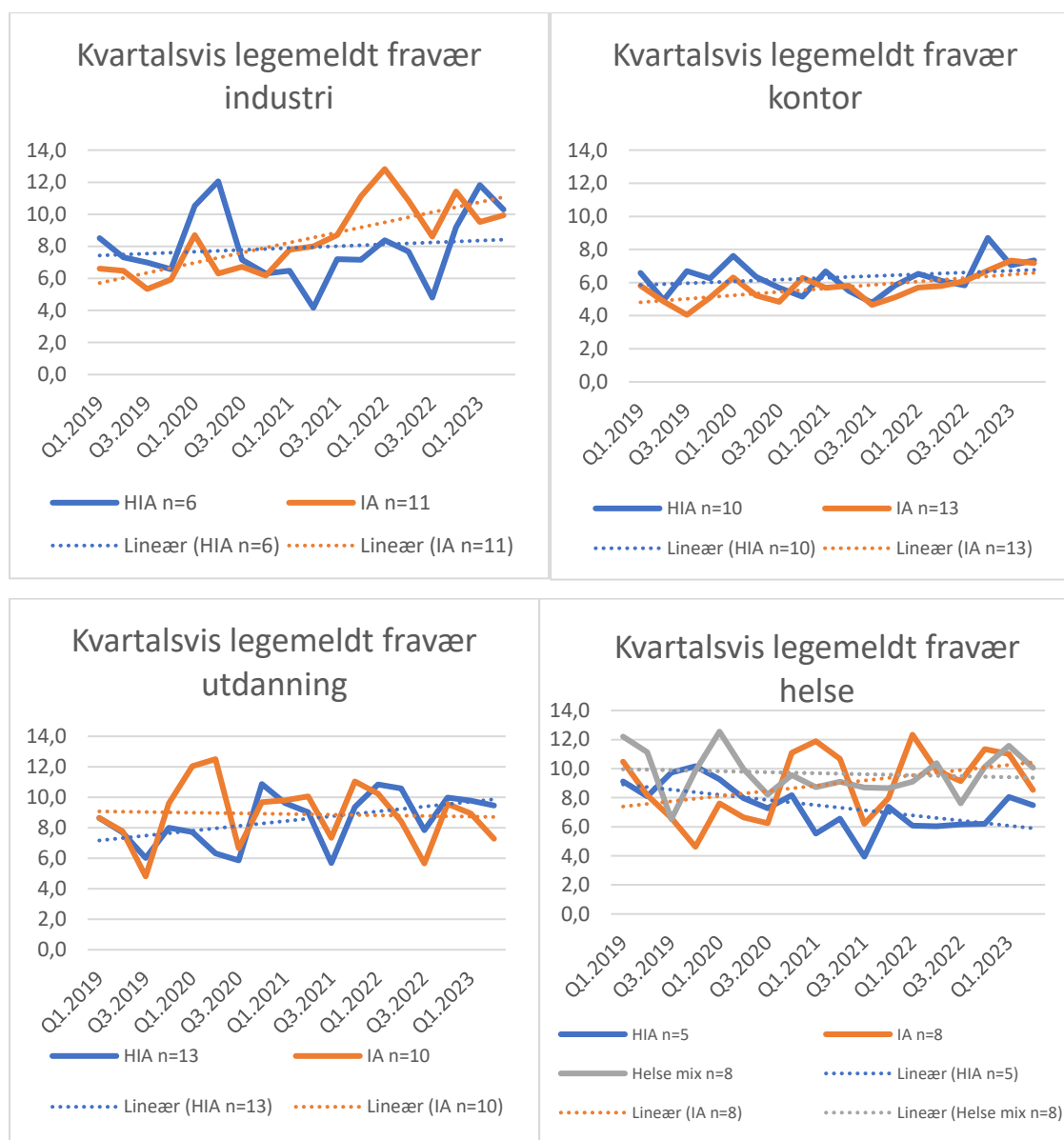
**Figur 3.2.2.4 Bedriftsdata for kvartalsvis fravær fra 2019 tom 2. kvartal 2023 for 34 arbeidsplasser i HIA-gruppen 42 i IA-gruppen samt 8 arbeidsplasser innen helse og omsorg der HIA og IA er registret samlet. Stiplede linjer viser den lineare trenden. *n* = antall arbeidsplasser fraværdata er hentet fra.**



Fraværet sortert etter grove kategorier av næring er vist i figur 3.2.2.5. *Industri* inkluderer industri, verksted, varehandel, transport og renhold, *kontor* består av arbeidsplasser med hovedvekt på kontorarbeid, inkludert trygd og velferd, *helse* inkluderer arbeidsplasser med pasientkontakt (både kommunalt og i helseforetak), og *utdanning* inkluderer barnehage, SFO og skole. Fordelt på næringer kan det se ut som om HIA intervensjonen hadde en god effekt i intervensjonsperioden som senest ble avsluttet etter 2. kvartal 2022, innen industri inkludert renhold og handel, samt innen helse og omsorg. Innen kontor og undervisningssektoren var forskjellen i fraværutvikling gjennom prosjektperioden mindre mellom gruppene.

Fraværstopp i første og andre kvartal 2020 er mest markant i sektorene med mest nedstengning grunnet Covid-19-pandemien.

**Figur 3.2.2.5 Bedriftsdata for kvartalsvis fravær i HIA og IA-gruppen fordelt på fire type næringer; *industri* (inkludert verksted, varehandel og transport), *kontor*, *helse* og *utdanning* (inkludert barnehage, SFO og skole). Data er basert på dagsverk fra 34 arbeidsplasser i HIA-gruppen 42 i IA-gruppen samt 8 arbeidsplasser innen helse og omsorg der HIA og IA er registret samlet. Stiplede linjer viser den lineære trenden, *n* = antall arbeidsplasser data er hentet fra.**

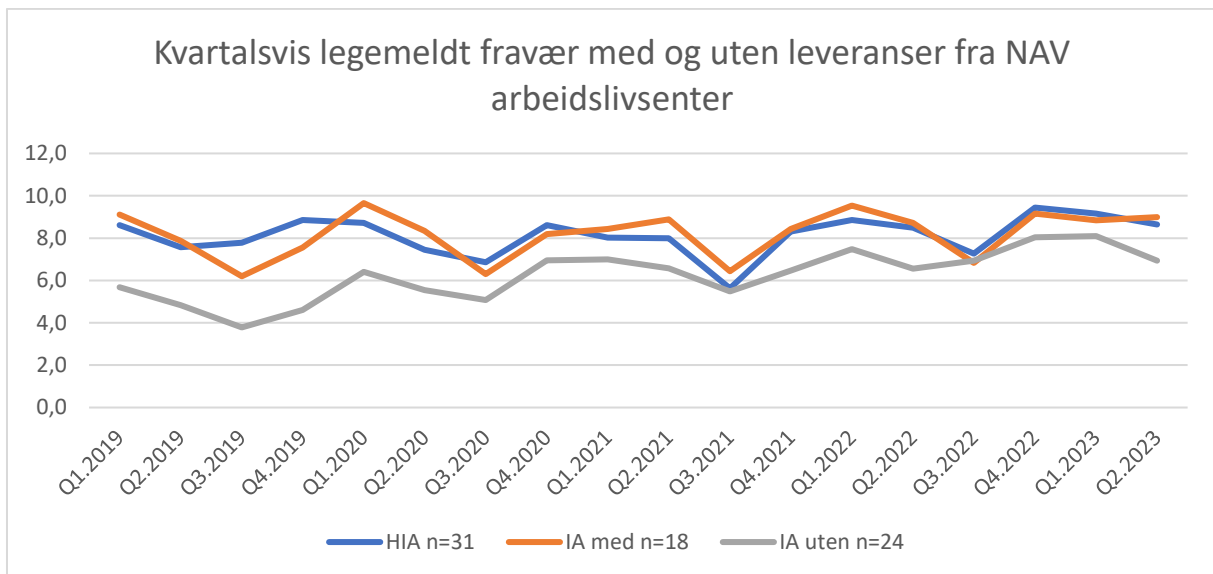


### 3.2.2.1 Har gjennomføring av aktiviteter og sektortilhørighet betydning?

For å vurdere om leveranser på arbeidsplassene hadde betydning for fraværsutvikling sammenligner figur 3.2.2.6 fraværsutviklingen av tre grupper; arbeidsplasser som gjennomførte HIA intervensjonene og arbeidsplasser i IA-gruppen med og arbeidsplasser i IA-gruppen uten leveranser fra NAV arbeidslivssenter. Både HIA- og IA-gruppen viser samme mønster når det er gjennomført tiltak i regi av NAV arbeidslivssenter. Arbeidsplassene som takket nei til IA-leveranser (grå linje) viser en økende fraværestrend i perioden, men startet fra et lavere fraværingsnivå i

utgangspunktet, som kan ha redusert potensialet for videre nedgang i sykefravær.. De tre arbeidsplassene som ikke gjennomførte en eller flere av HIA leveransene viste et svært svingende fravær med topp i første halvår 2020 (12%) og samme nivå i første halvår 2023, samtidig som de var nede i 2,4% fravær i fjerde kvartal 2020. Tallgrunnlaget ble for lite til å trekke noen slutninger om denne gruppen og de er derfor ikke vist i figuren.

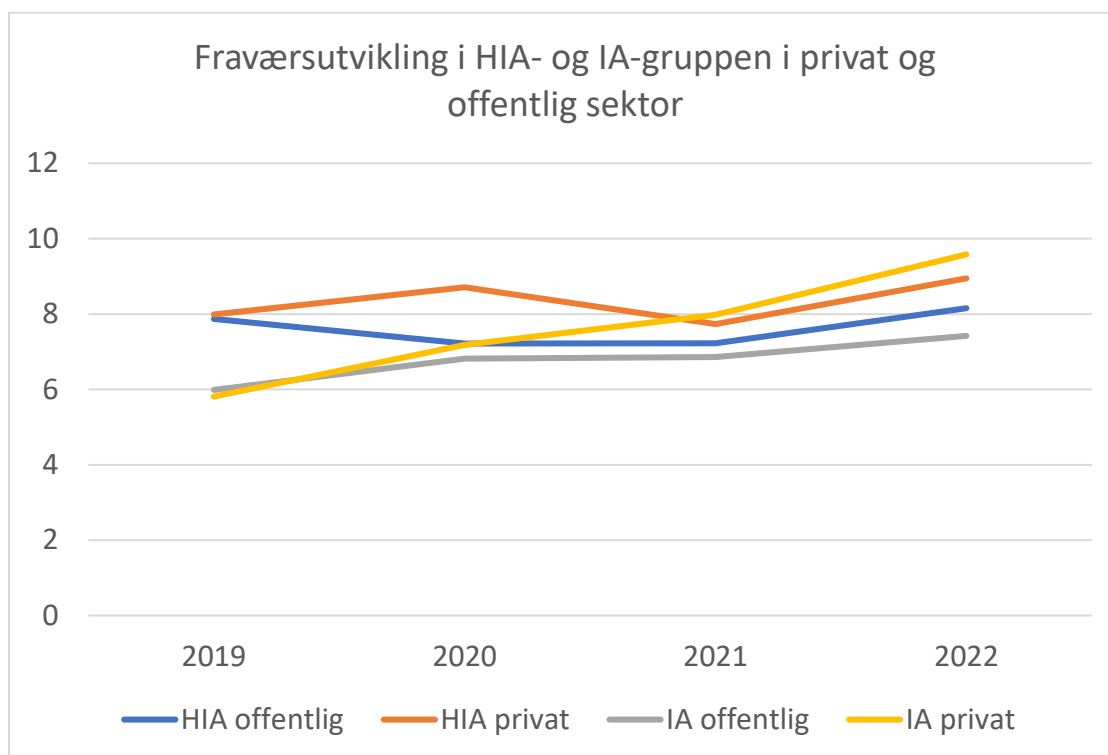
**Figur 3.2.2.6 Bedriftsdata for fravær stratifisert på HIA og IA med og uten gjennomføring av tiltak fra NAV arbeidslivssenter. *n* = antall arbeidsplasser data er hentet fra.**



For å se om det var forskjell i offentlig og privat sektor viser Figur 3.2.2.7 utviklingen i HIA- og IA-gruppen sortert etter sektor. I HIA-gruppen var det først en liten nedgang og så en økning i fraværet til 2019-nivå i offentlig sektor, i privat sektor viste HIA-gruppen en økning fra 2021 til 2022. I IA-gruppen var det en jevn økning i fraværet fra 2019 til 2022 i privat sektor mens offentlig sektor hadde en flatere økning fra 2020. Forskjellene mellom gruppene var imidlertid ikke signifikant.

Seks av de 10 arbeidsplasser i privat sektor i HIA-gruppen var barnehager og sannsynlig ikke representativ for sektoren som helhet.

Figur 3.2.2.7 Bedriftsdata for fraværsutvikling i HIA og IA gruppen i privat og offentlig sektor. Data fra 10 arbeidsplasser HIA privat, 25 HIA offentlig, 14 IA privat og 28 IA offentlig.





### 3.2.3 Legemeldt sykefravær fra NAV sykefraværregister.

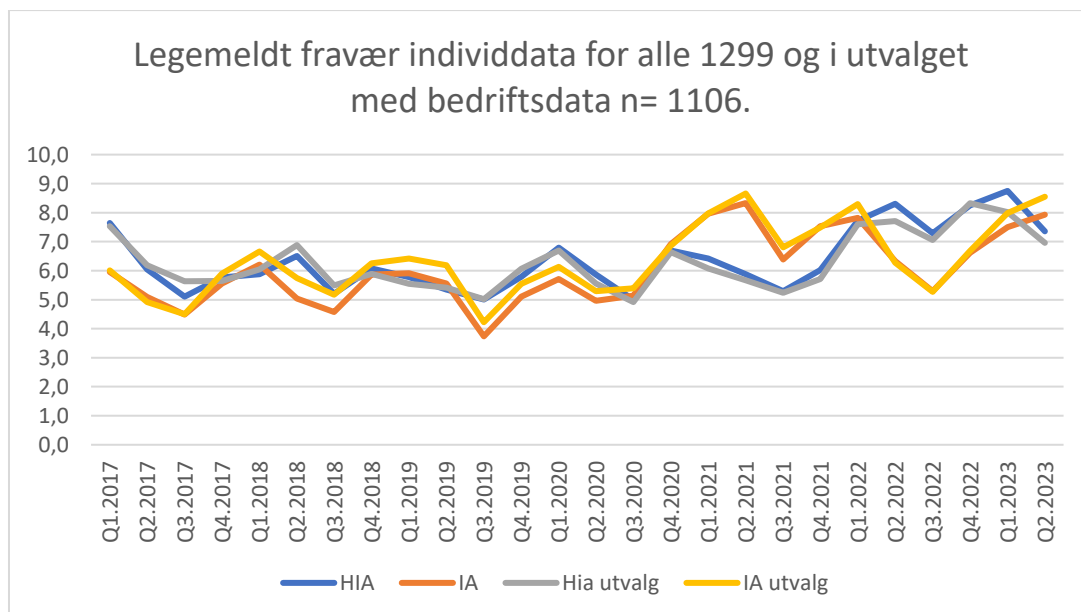
I alt 1299 deltagere samtykket til uthenting av legemeldt sykefravær fra NAV sitt register. Data overført september 2023 ble gjennomgått og rensket for overlappende sykefravær. Hos de 1299 deltakerne var det etter rensing av dobbeltregistreringer registrert 14799 sykmeldinger inkludert forlengelser, fordelt på 5972 fraværstilfeller i perioden januar 2017 tom juni 2023. I alt var 34,9 % av sykmeldingene gradert og i 28,4 % av sykefraværstilfellene var hele eller deler av fraværet gradert.

#### 3.2.3.1 Individuelt sykefravær

I figur 3.2.3.1 vises utvikling i legemeldt sykefravær beregnet som prosent kalenderdager sykmeldt av mulige kalenderdager i kvartal/år. Fraværsdager ble korrigeret for gradert sykmelding. Det ble ikke korrigeret for deltidsstillinger hverken i fraværsdager eller forventede dager som gir arbeidsplasser med mye deltidsstillinger får litt for stor andel av beregnet fravær for grupper. Beregninger med korrigeret av fravær for stillingsprosent for de 103 som hadde oppgitt deltidsarbeid i spørreskjema 1. viste samme nivå og mønster.

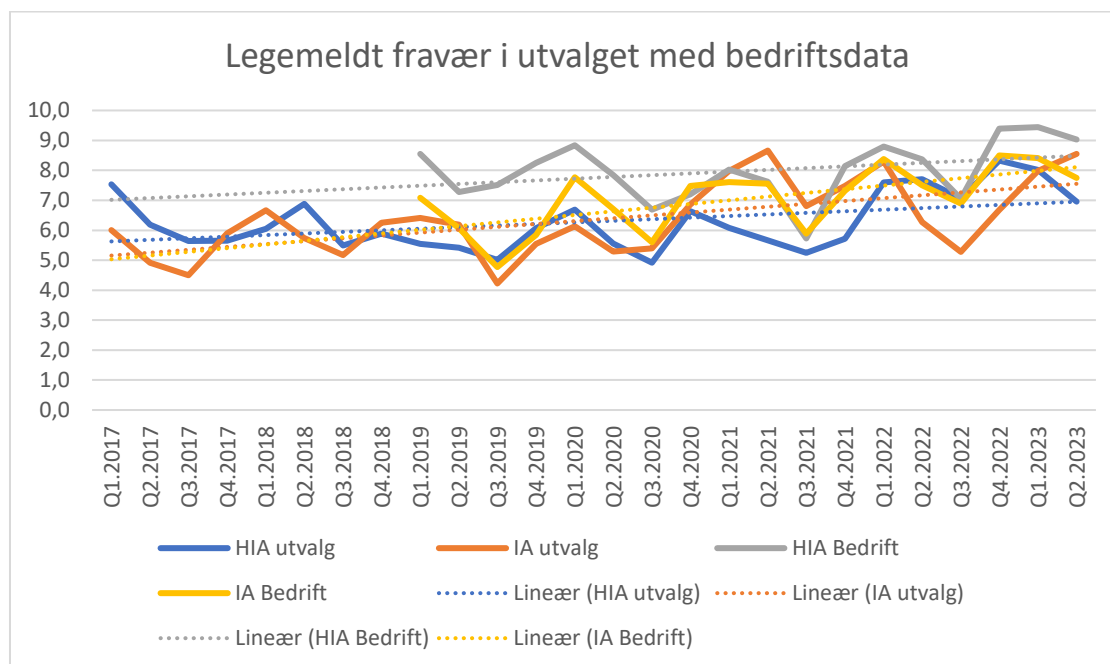
1106 av personene som hadde samtykket til uthenting av individuelt sykefravær fra NAV-register jobbet på arbeidsplassene som inngikk i fraværsberegning basert på bedriftsdata. For å finne ut hvorvidt arbeidsplassene med bedriftsdata gjenspeilet alle deltakende arbeidsplasser, ble individuelt fravær i arbeidsplasser med bedriftsdata sammenlignet med fravær for alle som samtykket til uthenting av individuelle data (1299). Siden kurvene var nær identiske taler dett for at utvalget med bedriftsdata er representativt for de deltagende arbeidsplassene.

**Figur 3.2.3.1 Individuelt legemeldt fravær som prosent tapte kalenderdager i utvalget med bedriftsdata (n=1106) og alle 1299 som samtykket til innhenting fraværdata fra NAV sykefraværregister. *n = antall, Q = kvartal.***



Videre sammenlignet vi fravær beregnet av bedriftsdata med fravær beregnet av de individuelle dataene fra de 1106 deltakerne som hadde samtykket til uthenting av individuelle fraværdata og som jobbet i arbeidsplassene som inngikk i bedriftsdata (figur 3.2.3.2). I de 76 arbeidsplassene med kjent sykefravær viste fravær beregnet av individdata samme mønster som bedriftsdata, med en oppgang i fravær fra 2021 i IA-gruppen og fra 2022 i HIA-gruppen. I IA-gruppen gjenspeilet individdata fraværnivået for bedriftsdata, mens individdata i HIA-gruppen viste et klart lavere nivå, særlig først i prosjektperioden. Dette kan tale for en seleksjon av personer med lavere fravær enn gjennomsnittet som samtykket til innhenting av individdata. Individdata vil også kunne ha med personer som ikke var under risiko for sykefravær før tett opp mot inklusjon, noe som kan ha redusert fraværprosenten i starten av perioden. Det kan forsterke trenden til økning, men særlig for HIA gruppen er trendlinjene parallelle for de to datakildene.

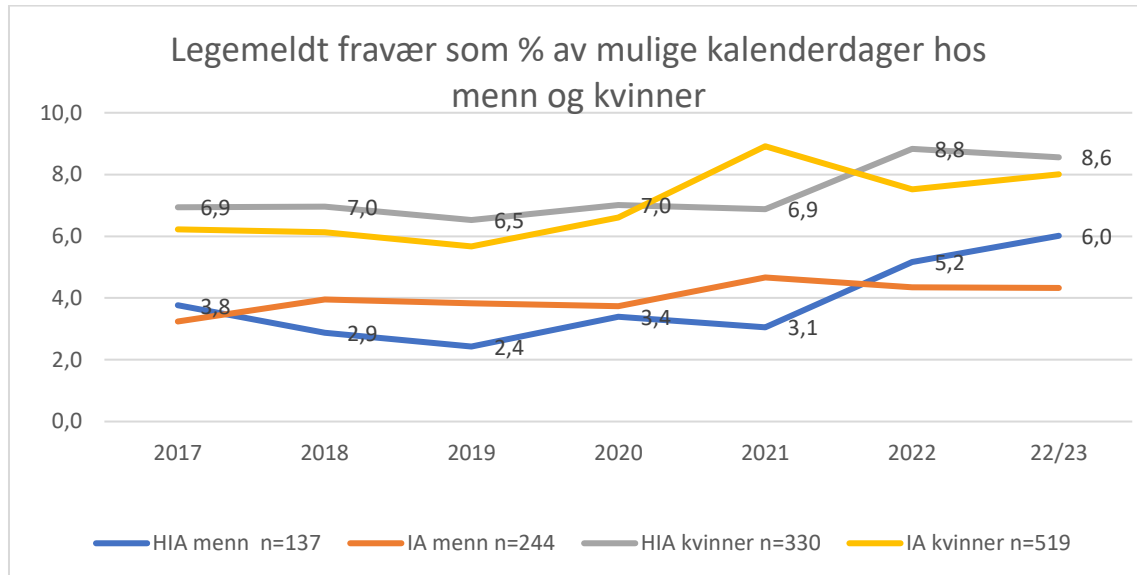
**Figur 3.2.3.2 Legemeldt sykefravær i utvalget av 76 arbeidsplasser med bedriftsdata og kjent intervensjon, beregnet av % tapte kalenderdager for individdata (n = 1106) sammenlignet med % tapte dagsverk fra bedriftsdata. Stiplede linjer viser den lineære trenden. n = antall, Q = kvartal.**



### 3.2.3.2 Kjønn- og aldersfordelt fraværsutvikling i prosjektperioden.

For fraværet fordelt på kjønn (Figur 3.2.3.3) så man en ganske flat, men nedadgående trend for både kvinner og menn fram til og med 2021 i HIA-gruppen, som så får en økning, mest uttalt blant menn. IA-gruppen viste en mer jevnt økende trend gjennom perioden med en topp i 2021.

**Figur 3.2.3.3 Utvikling av registerbasert legemeldt fravær hos menn og kvinner i HIA- og IA-gruppen i prosjektperioden, n= 1230. n = antall, 22/23 er beregnet av 3. kvartal 2022 til og med 2. kvartal 2023.**



Fraværsutvikling fordelt på forskjellige aldersgrupper (figur 3.2.3.4) viste en klar økning i aldersgruppen under 30 år de første par årene. Mest uttalt var dette for menn. Det lave fraværet fram til 2020 i denne gruppen kan sannsynligvis forklares av rekrutering inn i arbeid, da gjennomsnittlig ansettelsestid ved inklusjon var 2,2 år, både for kvinner og menn i denne aldersgruppen. En stor andel hadde da sannsynligvis startet i arbeidet nært opp mot inklusjon i prosjektet og i mindre grad vært under risiko for sykefravær i perioden 2017 til 2019.

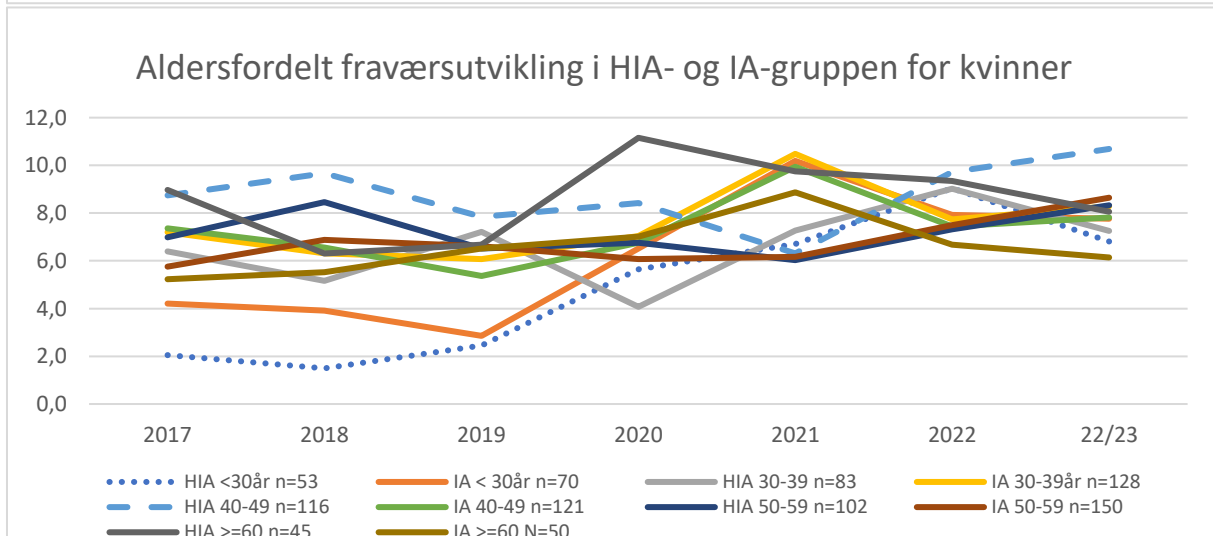
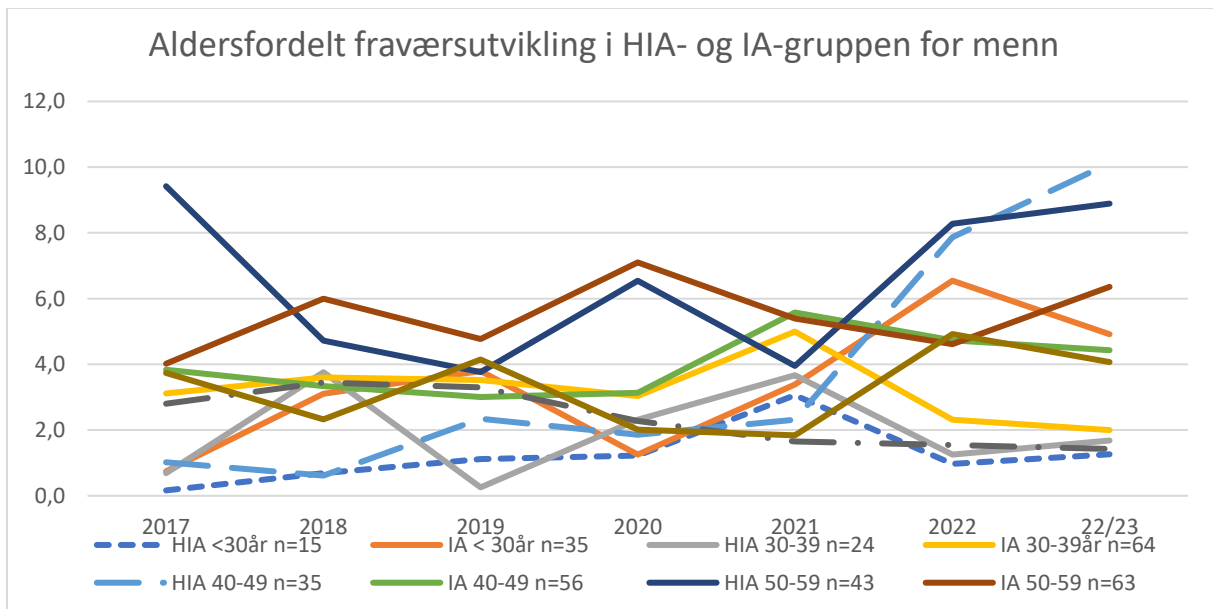
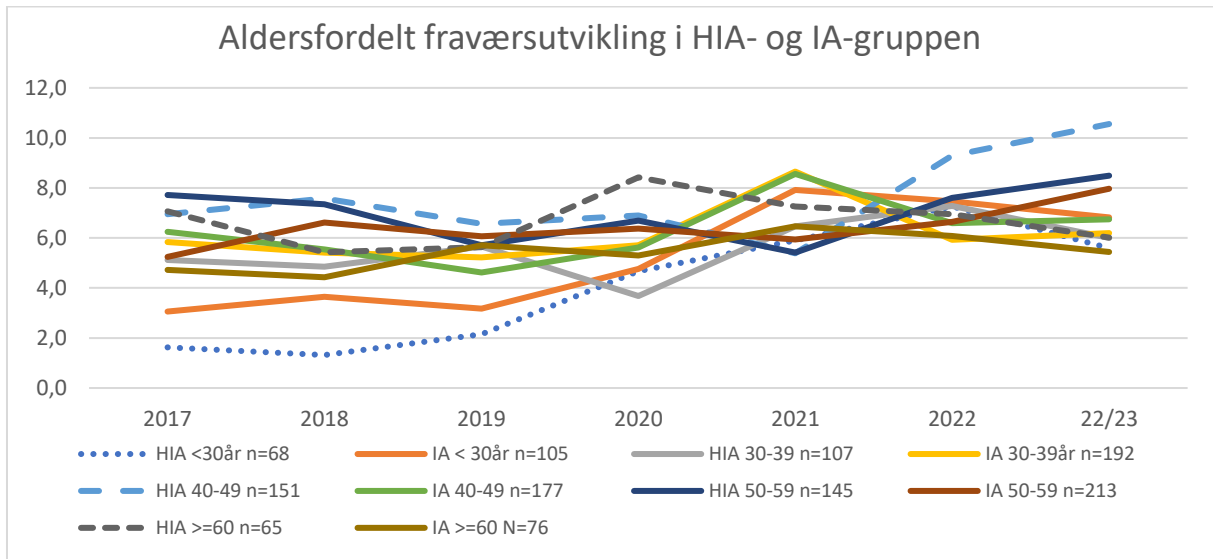
Særlig for menn er antallet personer så lite at én langtidssykmeldt vil gi store utslag, ved n= 35 gir én langtidssykmeldt hele året 3 prosentpoeng fravær.

De eldste kvinnene og menn i 50 årene viste også en topp i 2020, som sannsynligvis hadde sammenheng med Covid-19-pandemien, der både nedstengninger og frykt for smitte blant eldre kan ha bidratt.

Fraværstopp for kvinner i 30- og 40 årene kan tenkes å være knyttet til den fødselsboomen som kom i 2021, med vanligvis høyt sykefravær mot slutten av svangerskapet (Arbeid og velferd Nr3 -2007).

Den økningen av fravær i 2022 som holdt seg inn i 2023 hos både menn og kvinner i 40 årene i HIA-gruppen er vanskeligere å forklare ut fra generelle trender.

**Fig 3.2.3.4 Register basert legemeldt fravær i HIA- og IA-gruppen fordelt på aldersgrupper; både samlet n = 1299, for menn n= 381 og for kvinner n=918. n = antall, 22/23 er beregnet av 3. kvartal 2022 til og med 2. kvartal 2023.**

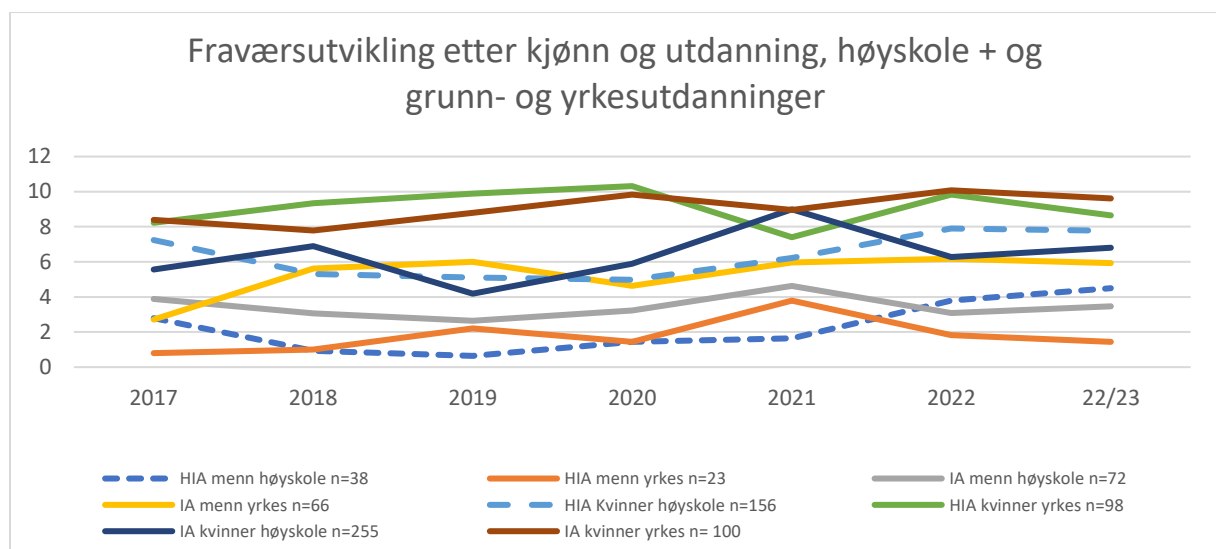


### 3.2.3.3 Utdanning og fravær

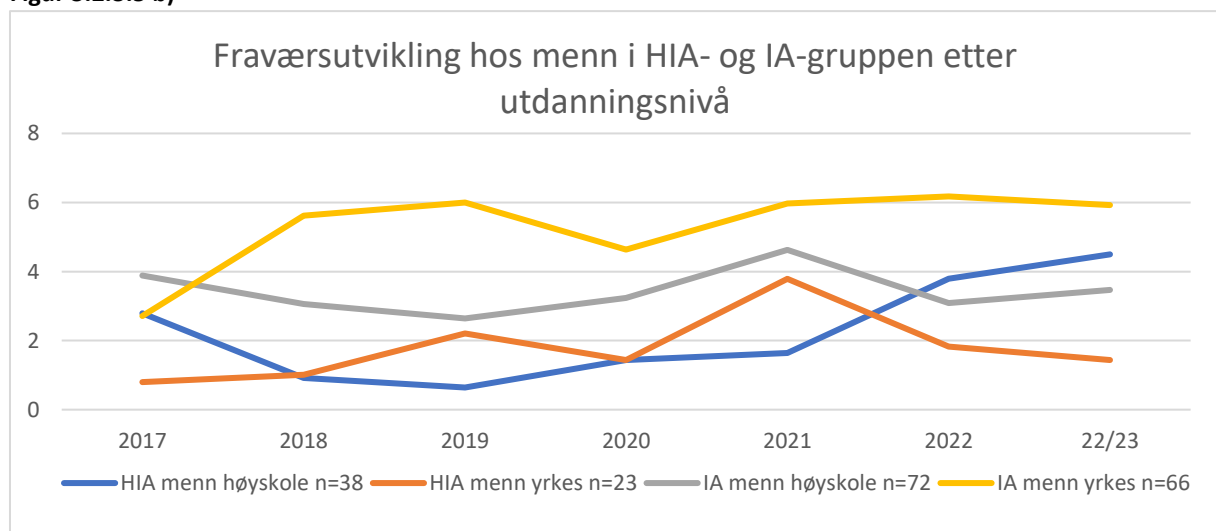
Fravær etter kjønn og utdanning, fra spørreskjema, viste det vanlige bildet med lavere fravær ved langvarig utdanning (Figur 3.2.3.5). Unntaket var HIA-gruppen for menn, der begge utdanningsgruppene hadde lavere fravær enn IA-gruppen. Dette gjaldt fram til slutten av oppfølgingsperioden, der menn med langvarig utdanning hadde en tendens til økende, og de med yrkesutdanning en tendens til synkende fravær. Antallet menn gir stor sannsynlighet for at dette skyldes tilfeldigheter. For kvinner var toppen i 2021 mest tydelig i IA-gruppen med høyskoleutdanning. HIA-gruppens økning i fravær i 2022 var hovedsakelig i gruppen med langtidsutdanning.

**Figur 3.2.3.5 Utvikling av register basert legemeldt fravær i HIA- og IA-gruppen basert på kjønn og utdanningsnivå høyskole eller mer og grunn- eller yrkesutdanning. Figur 3.2.3.5 a) samlet (n = 808), b) for menn (n= 199) og c) for kvinner (n=609). n = antall, 22/23 er beregnet av 3. kvartal 2022 til og med 2. kvartal 2023.**

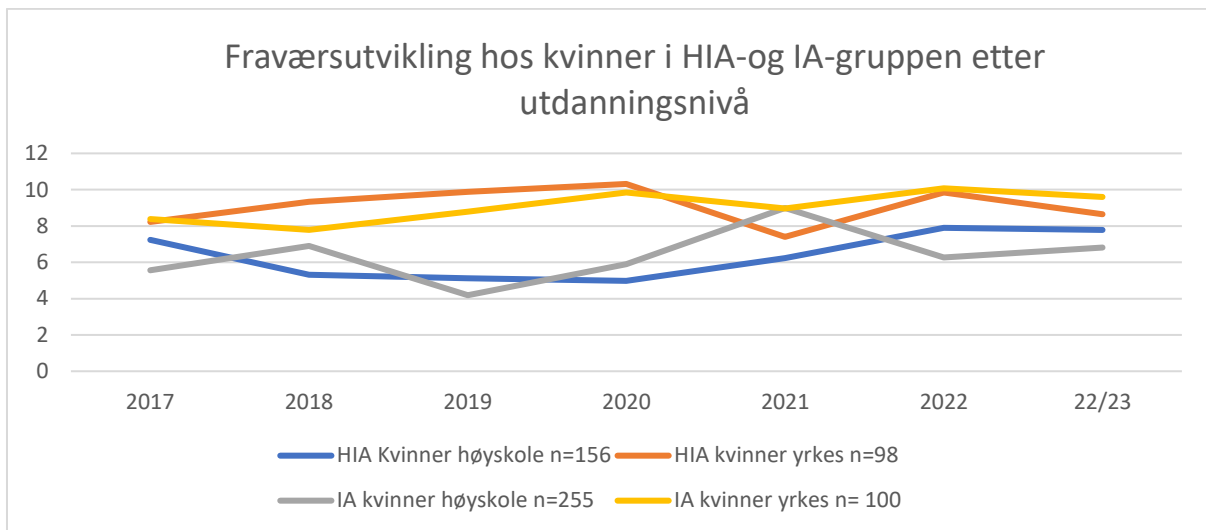
**Figur 3.2.3.5 a)**



**Figur 3.2.3.5 b)**

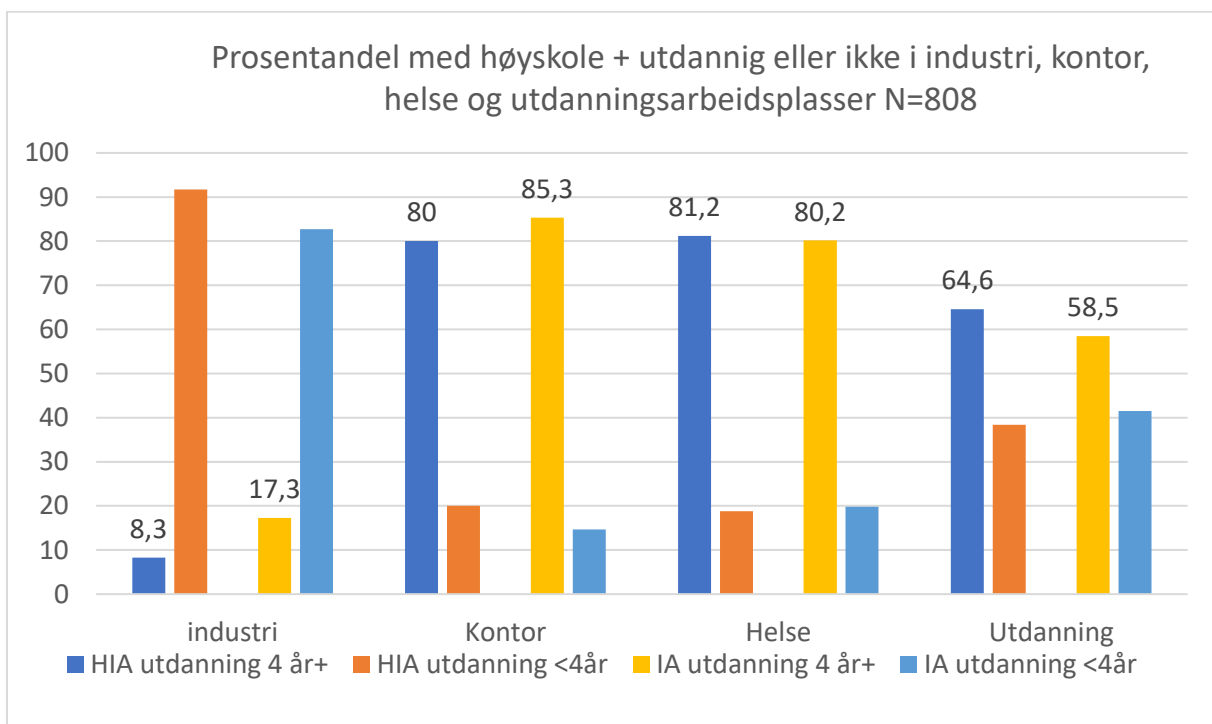


Figur 3.2.3.5 c)



Utdanningsnivå i materialet var nært knyttet til type arbeidsplass. I kontorpreget arbeid og i helse- og omsorgssektoren var andelen langtidsutdannede over 80 % både for menn og kvinner. I undervisningssektoren med SFO og barnehager var det en langt jevnere fordeling av utdanning, mens det i industri var en stor overvekt av ansatte uten langvarig utdanning (figur 3.2.3.6). Den store samvariasjonen mellom type arbeid gjør det vanskelig å vurdere i hvilken grad det er egenskaper ved arbeidsplassene eller utdanningsnivå som har hatt betydning for eventuelle påvirkninger av sykefravær.

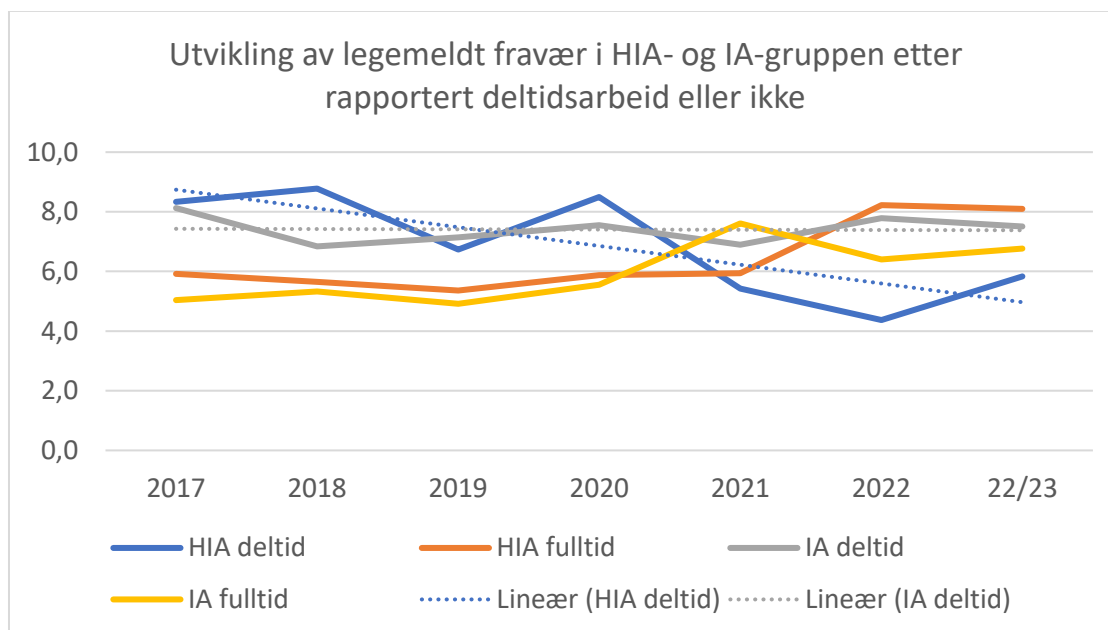
Figur 3.2.3.6 Prosentandel av utdanningsnivå for deltakere fra fire typer næringer; *industri-* (inkludert verksted, varehandel og transport), *kontor*, *helse* og *utdanning* (inkludert barnehage, SFO og skole), n=808.



### 3.2.3.4 Deltidsarbeid og fravær

Andelen med deltidsarbeid varierte også med type arbeidsplass for kvinner. I HIA-gruppen angav 20% i *industri* og 17% i *helse* å arbeide deltid, tilsvarende i IA-gruppen var 18% og 10%. Innen *kontor* rapporterte 8% i HIA- og 6% i IA-gruppen deltidsarbeid, mens i *utdanning* var andelen deltid på henholdsvis 4% og 11%. Menn viser ikke samme variasjon i deltidsarbeid, og mindre enn 5% rapporterer deltid. Behov for tilrettelegging kan være en årsak til deltidsarbeid og man kan spekulere på om fokus på nettopp tilrettelegging i HIA-intervensjonen vil kanskje ha effekt i denne gruppen. Figur 3.2.3.7. kan støtte en slik hypotese da deltidsarbeidende i IA-gruppen viste et stabilt fraværsnivå, mens trenden var klart nedadgående i HIA-gruppen som jobbet deltid.

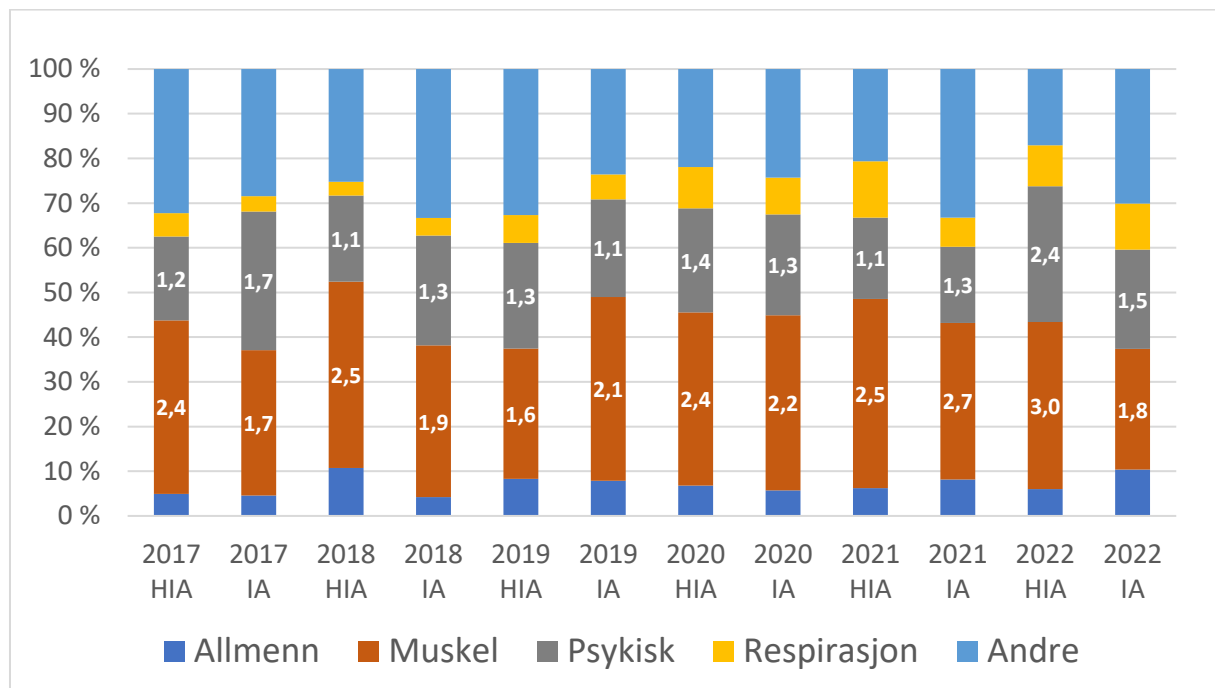
**Figur 3.2.3.7. Utvikling av register basert legemeldt fravær hos deltids- og fulltidsarbeidende i HIA- og IA-gruppen. Stiplede linjer viser den lineære trenden.**



### 3.2.3.5 Diagnosegrupper og fravær

Når man så på fravær fordelt på forskjellige diagnosegrupper (Figur 3.2.8), viste det seg at andelen av det legemeldte fraværet i samlekategorien *andre diagnoser* varierte mye gjennom prosjektperioden. I denne kategorien finner en t.d. hjerte-kar-lidelser, mage tarm lidelser, sykdom i urinveier, svangerskaps relatert fravær, neurologi og hudlidelser. Diagnosegruppene er basert på International Classification of Primary Care (ICPC) diagnosekoder. Andelen med muskel-/skjelettlidelser i HIA-gruppen var relativt konstant med unntak av 2019 da andelen var lavere. Oppgangen i fravær i 2022 i HIA-gruppen ble gjenspeilet i både økt andel og i fraværspersent grunnet diagnosene for psykiske lidelser. Økt åpenhet om psykiske lidelser i tråd med intervensjonen kan bidra til dette, mens en økt evne til håndtering av psykiske utfordringer i arbeidssammenheng kunne forventes vise seg med redusert fravær. I gruppen allmenn inngår mellom annet tretthet/utmattelse og generelle virusinfeksjoner som influensalignende sykdommer.

**Figur 3.2.3.8 Diagnosefordeling av register basert legemeldt fravær i HIA- og IA- gruppen med angivelse av sykefraværspersent for muskel-/skjelett- og psykiske lidelser.**



Som ventet økte andelen fravær grunnet respirasjonslidelser fra 2020 med pandemien. I IA-gruppen var det en klar økning av fravær under *andre* diagnoser i 2021, samtidig som gruppen hadde en fraværstopp det året. Sykefraværet grunnet psykiske lidelser var ganske stabilt i IA- gruppen over hele prosjektperioden. Antall personer med fravær grunnet de ulike diagnosegruppene og fraværet som prosent av mulige kalenderdager under de ulike diagnosegrupper gis i tabell 3.2.3.5.



Tabell 3.2.3.5 Register basert legemeldt sykefravær som sum kalenderdager og % fravær i diagnosegruppene andre, allmenn, muskel, psykisk og respirasjon i HIA- og IA-gruppen i prosjektperioden. N = antall personer data er basert på.

	2019		2020		2021		2022	
	HIA	IA	HIA	IA	HIA	IA	HIA	IA
<b>Andre</b>								
n	86	123	86	116	76	126	92	113
Sum dager	3521	3350	2645	3875	2413	7122	3261	4869
% fravær*	1,80	1,20	1,35	1,39	1,23	2,56	1,67	1,75
<b>Allmenn</b>								
n	28	30	30	31	31	39	33	45
Sum	891	1118	819	909	724	1921	1149	2584
% fravær*	0,46	0,40	0,42	0,33	0,37	0,69	0,59	0,93
<b>Muskel</b>								
n	93	122	99	115	97	116	97	119
Sum dager	3151	5849	4683	6240	4953	7497	5832	5364
% fravær*	1,61	2,10	2,39	2,24	2,53	2,69	2,98	1,93
<b>Psykisk</b>								
n	47	68	48	73	51	66	67	73
Sum dager	2546	3103	2809	3598	2126	3652	4742	4681
% fravær*	1,30	1,11	1,44	1,29	1,09	1,31	2,42	1,68
<b>Respirasjon</b>								
n	59	64	84	97	87	81	75	107
Sum dager	673	799	1123	1311	1470	1392	782	1780
% fravær*	0,34	0,29	0,57	0,47	0,75	0,50	0,40	0,64
<b>Alle</b>								
Sum dager	10782	14219	12079	15933	11686	21584	15766	19278
% fravær*	5,51	5,11	6,17	5,72	5,97	7,75	8,06	6,92

\*Fravær kalenderdager/(365\*( 536 HIA eller 763 IA))\*100

Antall ansatte med fravær i de ulike diagnosegruppene og gjennomsnittlig lengde av fraværet framgår av tabell 3.2.3.6. Den økningen en ser i 2022 kommer av både økt antall og lengde av fravær som følge av psykiske symptomer. Fram til 2022 er både antall og varighet stabil for sykefravær grunnet psykiske symptom i HIA-gruppen. I muskelskjelettgruppen er det en gradvis økning av lengde av fraværet i perioden til og med 2021. I 2022 viser IA-gruppen redusert lengde igjen. Antall med fravær grunnet muskelskjelettlidelser er langt mer stabile i begge grupper. Fravær som følge av respirasjonslidelser viser en stor økning både i antall og varighet, og er naturlig å se i sammenheng med Covid-19.

Tabell 3.2.3.6 Antall og gjennomsnittlig lengde av register basert legemeldt fravær i diagnosegruppene andre, allmenn, muskel, psykisk og respirasjon i HIA- og IA-gruppen. n = antall personer data er basert på.

	2019		2020		2021		2022	
	HIA	IA	HIA	IA	HIA	IA	HIA	IA
<b>Andre (ICPC -B, D, F, H, K, N, S, T, U, W, X og Y)</b>								
n	86	123	86	116	76	126	88	118
%	16,0	16,1	16,0	15,2	14,2	16,5	16,4	15,5
Gj-snitt dager	40,9	27,2	30,8	33,4	31,7	56,5	30,4	47,2
<b>Muskel (ICPC- L)</b>								
n	93	122	99	115	97	116	101	104
%	17,4	16,0	18,5	15,1	18,1	15,2	18,8	13,6
Gj-snitt dager	33,8	47,9	47,3	54,3	51,1	64,6	58,1	48,2
<b>Psykisk (ICPC-P)</b>								
n	47	68	48	73	51	66	62	72
%	8,8	8,9	9,0	9,6	9,5	8,7	11,6	9,4
Gj-snitt dager	54,2	49,3	58,5	49,3	41,7	55,3	76,9	57,2
<b>Respirasjon (ICPC-R)</b>								
n	59	64	84	97	87	81	110	154
%	11,0	8,4	15,7	12,7	16,2	10,6	20,5	20,2
Gj-snitt dager	11,4	12,5	13,4	13,5	16,9	17,2	13,1	12,4
<b>Allmenn (ICPC-A)</b>								
n	28	30	30	31	31	39	29	51
%	5,2	3,9	5,6	4,1	5,8	5,1	5,4	6,7
Gj-snitt dager	37,3	34,6	29,3	28,3	44,9	35,4	37,7	35,8
<b>Totalt</b>								
n	226	302	246	316	243	323	262	348
%	42,2	39,6	45,9	41,4	45,3	42,3	48,9	45,6
Gj-snitt dager	47,4	48,6	48,5	50,2	47,5	65,1	58,9	52,1

### 3.2.3.6 Forskjell i endring av legemeldt sykefravær

Tabell 3.2.3.7 viser forskjell i endring (Difference-in-Difference analyse) i sykefraværsutvikling fra 2018 og 2019 til 2020, 2021 og 2022, samt fra snittet av to år før til året etter avsluttet intervensjon. Både fra 2018 og 2019 til 2021 var det en statistisk signifikant større økning av gjennomsnittlig fravær i IA-gruppen sammenlignet med HIA-gruppen blant de 1299 personene som samtykket til uthenting av fraværdata. Figur 3.1.2 under materiale viser at tyngden av intervensjon fant sted nettopp i 2021. Ellers var forskjellene mellom gruppene mindre og ikke signifikante, men mye av den gevinsten en observerer i HIA-gruppen i 2021 blir borte i 2022.

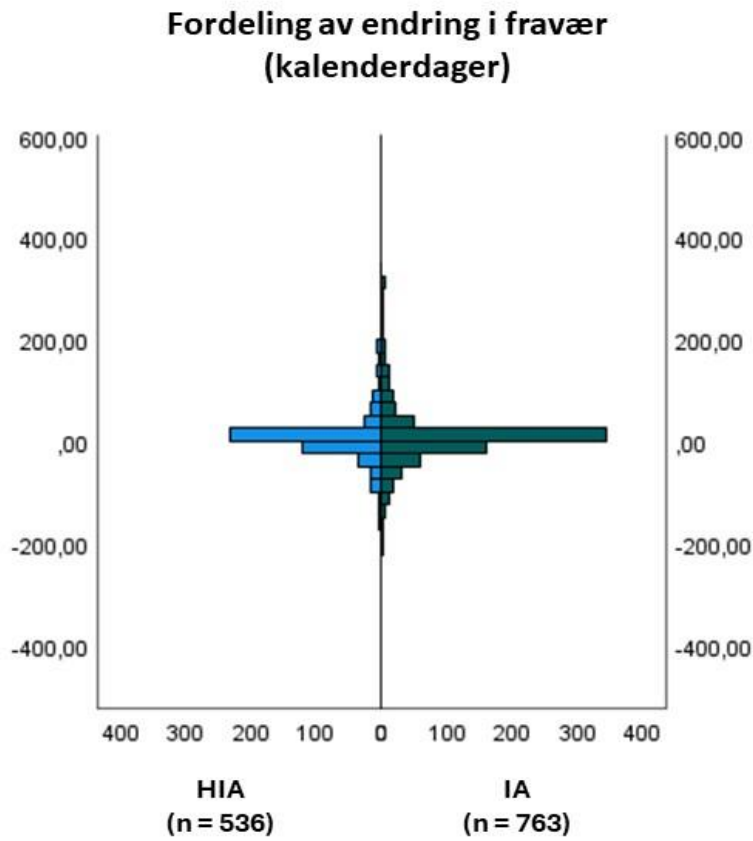
Tabell 3.2.3.7 Oversikt over forskjell i fraværendring mellom HIA- og IA-gruppen for forskjellige tidsperioder for register basert legemeldt sykefravær. 95%KI = 95% konfidensintervall, p=p verdi for forskjell i endring basert på difference-in-difference analyser.

	Gjennomsnitt endring fraværsgdager		Forskjell i endring fraværsgdager	95% KI endring	p
	HIA	IA			
Fra 2018-2019	-1,59	-1,29	-0,30	-6,13 – 5,54	0,92
Fra 2018-2020	0,68	0,96	-0,28	-6,77 – 6,22	0,93
Fra 2018-2021	-0,06	7,73	-7,79	-15,10 - -0,48	0,04
Fra 2018-2022	7,22	3,91	3,31	-4,07 – 10,69	0,38
Fra 2019-2020	2,28	2,26	0,02	-5,90 – 5,94	1,0
Fra 2019-2021	1,54	9,03	-7,49	-13,87 - -1,11	0,02
Fra 2019-2022	8,81	5,20	3,61	-3,45 – 10,67	0,32
To år før til året etter intervensjonsperioden	6,28	3,92	2,36	-4,16 – 8,87	0,48

I små arbeidsplasser vil enkeltpersoner med langvarig sykefravær gi store utslag på gjennomsnittlig fraværsgdager og fraværspersent for arbeidsplassens. En person med alvorlig sykdom og sykmelding et helt år gir alene en fraværspersent på 10 i en arbeidsplass med 10 ansatte. Figur 3.2.3.9 viser fordeling av endring i kalenderdager fravær fra gjennomsnittet av de to årene før inklusjon til året etter avsluttet intervensjon, og viser det store spennet i endringer en får i små arbeidsplasser.

I offentlig sektor økte det gjennomsnittlige fravær i IA gruppa 6,3 kalenderdager mer i IA gruppen enn i HIA gruppen fra 2019 til 2021,  $p=0,08$ , og med 8,1 kalenderdager fra 2018 til 2021,  $p=0,04$ . Tilsvarende i privat sektor er 11,3 dager mer i IA-gruppen fra 2019 til 2021,  $p=0,11$  og med 6,8 dager fra 2018 til 2021,  $p=0,42$ . Fra 2019 til 2022 er økte fraværet mer i HIA offentlig sektor enn i IA-gruppen, mens privat sektor viste litt mindre økning i HIA-gruppen, men denne langt fra signifikant.

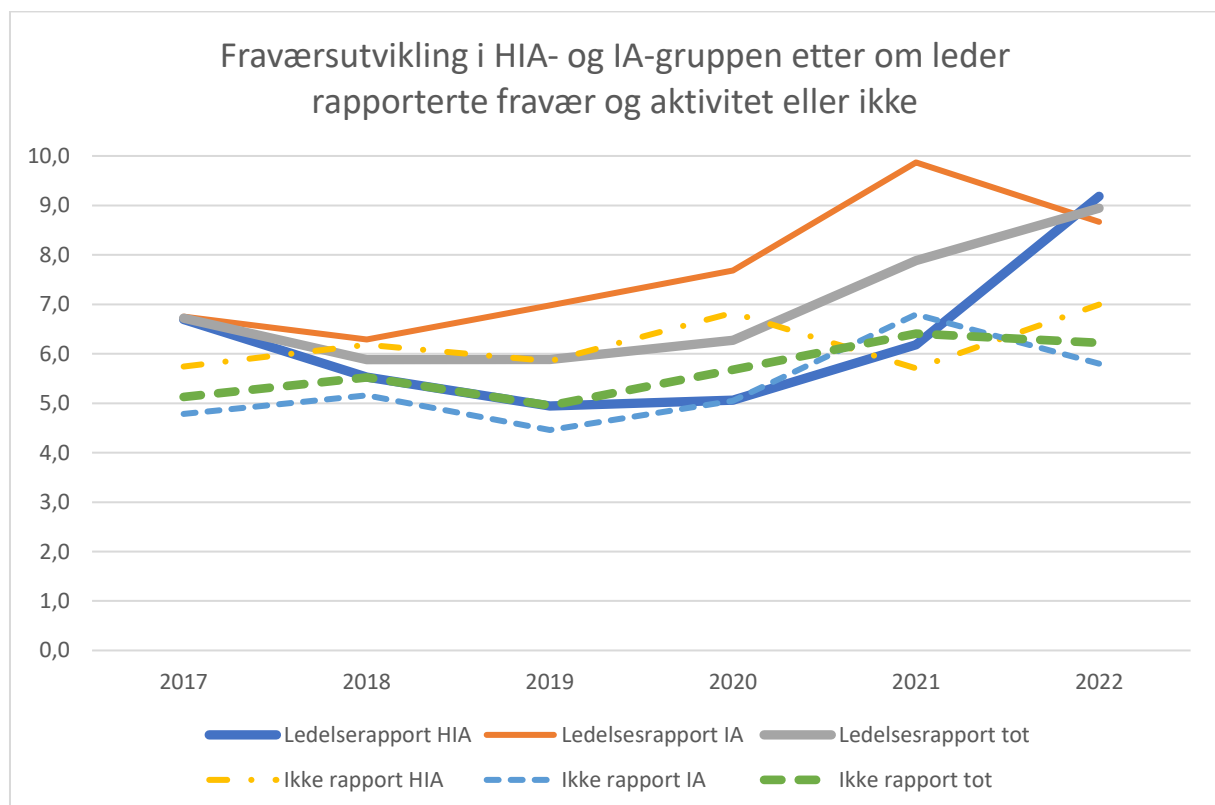
Figur 3.2.3.9 Fordeling av endring kalenderdager fravær to år før inklusjon til året etter avsluttet intervensjon i HIA-gruppen (blå, n=536) og IA-gruppen (grønn, n=763). n=antall



### 3.2.3.7 Lederinvolvering

For å se om lederinvolvering kunne ha betydning ble lederrapportering av aktivitet og fravær i prosjektperioden brukt som indirekte tegn for lederinvolvering. Det var 16 arbeidsplasser både i HIA- og IA-gruppen der leder rapporterte. Fra disse arbeidsplassene var det 220 personer i HIA-gruppen og 189 personer i IA-gruppen som samtykket til innhenting av individuelle fraværdata. Tilsvarende var det 316 i HIA- og 574 i IA-gruppen fra arbeidsplasser der aktiviteter og fravær ikke ble rapportert av leder. Utvikling i fravær er vist i figur 3.2.3.10. Der leder rapporterte var det en nedgang i fravær fram til og med 2020 i HIA-gruppen for så å øke mye i 2022. I IA-gruppen der leder rapporterte var det en klar økende tendens i fravær gjennom prosjektperioden. Dette kan tale for at lederinvolvering har stor betydning for effekt av HIA intervensjonen. Når en ikke ser samme tendens i IA gruppa kan det skyldes utvalget som rapporterte utgjorde kun 25 % i IA gruppen mot 41% i HIA gruppen. Den oppgangen en ser etter intervensjonsperioden i HIA gruppen reiser spørsmål om også oppmerksomheten på fravær avsluttes med endt intervensjon.

**Figur 3.2.3.10 Utvikling av register basert legemeldt sykefravær som prosent av mulige kalenderdager i HIA- og IA-gruppen fordelt på lederrapportering som indirekte tegn for lederinvolvering.**

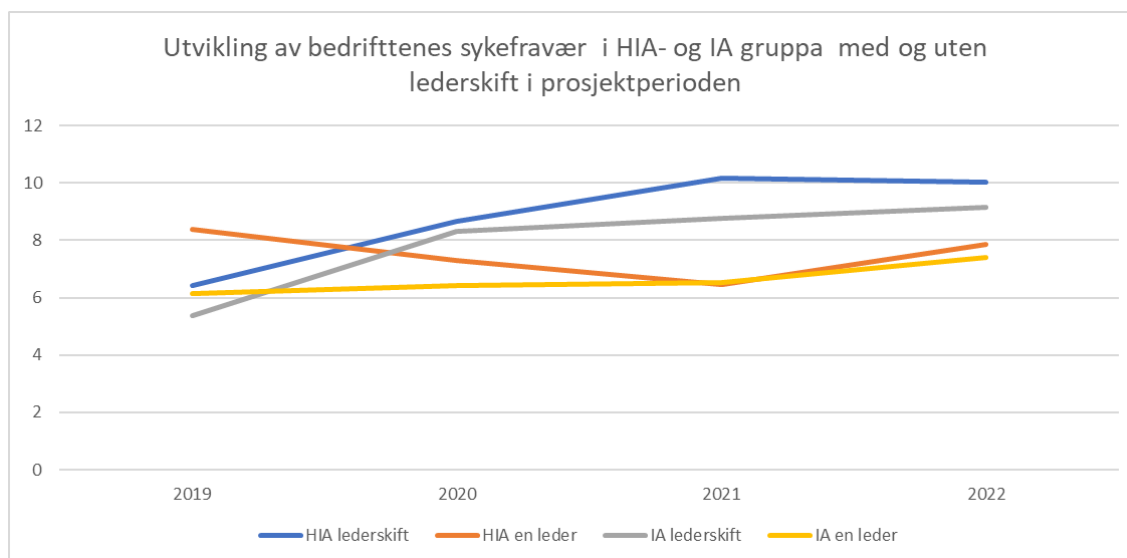


Innhenting av rapporter fra arbeidsplassene viste stor utskifting av ledere på den enkelte deltagende arbeidsplass. I alt 30 av 97 arbeidsplasser (31%) skiftet leder i løpet av treårs periode i prosjektet.

For arbeidsplasser med tilgjengelig bedriftsdata og kjent intervensjon viste de 10 arbeidsplassene i HIA-gruppen og de 12 arbeidsplassene i IA-gruppen der lederskifte ble registret en betydelig økning i sykefravær i perioden. Stabil ledelse syntes å gi god effekt av HIA-intervensjonen så lenge intervensjonsfasen pågikk (figur 3.2.3.11).

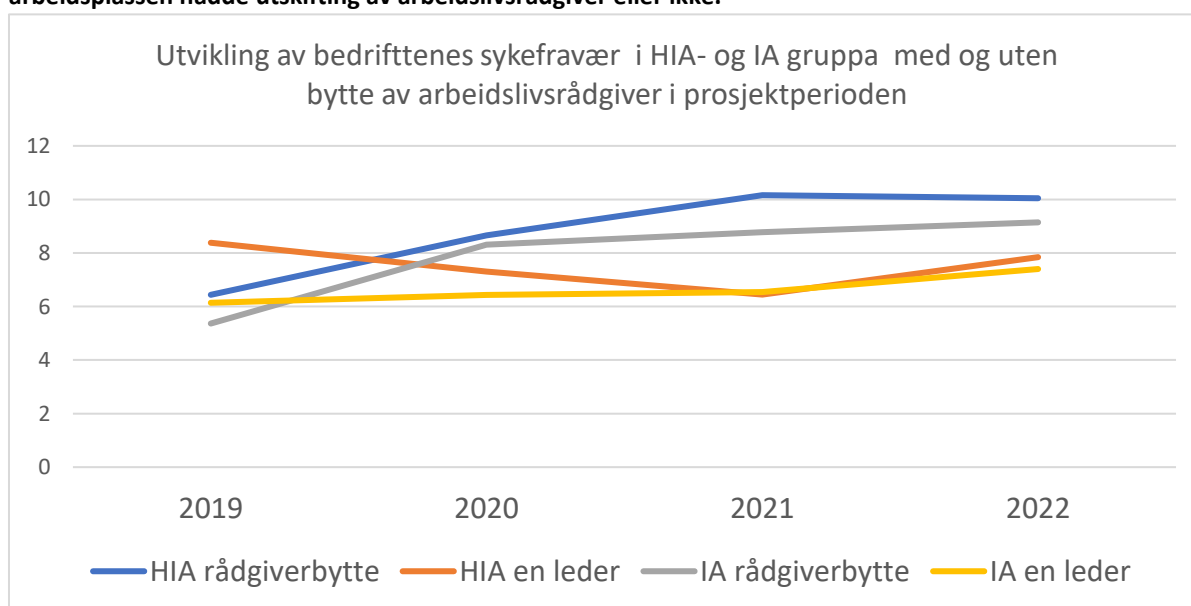
Også arbeidsplassene i IA-gruppen viste en langt gunstigere fraværsutvikling når det ikke var registrert lederskifte. Hvorvidt lederskifte er en følge av forhold på arbeidsplassen som bidrar til økt sykefravær, eller om stabil ledelse er avgjørende for effekt av HIA intervensjon, kan studien ikke svare på.

**Figur 3.2.3.11 Utvikling i sykefravær basert på bedriftsdata for 10 arbeidsplasser i HIA-gruppen og 12 arbeidsplasser i IA-gruppen med lederskifte, sammenlignet med 25 i HIA- og 30 i IA-gruppen uten rapportert lederskifte i prosjektperioden.**



Også fra NAV sin side var det skifte av arbeidslivrådgivere for 36 av arbeidsplassene (37%) i prosjektperioden (figur 3.2.3.12). Både HIA- og IA gruppen viste bedre fraværsutvikling der det ikke var registret bytte av arbeidslivrådgiver i perioden. Studien kan ikke svar på om det foreligger en årsakssammenheng mellom utskifting av arbeidslivrådgiver fra NAV og endring i sykefravær, selv om stabilitet synes ha betydning.

**Figur 3.2.3.12 Utvikling i sykefravær basert på bedriftsdata, fordelt på HIA- og IA-gruppe og om arbeidsplassen hadde utskifting av arbeidslivrådgiver eller ikke.**



### 3.2.4 Oppsummering av sykefraværdata

Egenrapportert fravær, bedriftsdata av legemeldt fravær og individuelt legemeldt fravær fra NAVs sykefravær register viste gjennomgående små og ikke signifikante forskjeller i fraværsutvikling i HIA- og IA-gruppen fra før intervensjon til ett år etter avsluttet intervensjon. Under hovedtyngden av intervensjoner i 2021 var det en signifikant reduksjon i fravær i HIA- i forhold til IA-gruppen når tallene fra individuelle legemeldte sykefraværdata ble sammenlignet med 2018 og 2019. Mønsteret støttes av bedriftsdata av legemeldt fravær som indikerer en gevinst på ca. 10 dagsverk i løpet av de tre årene 2020, 2021 og 2022 per årsverk i HIA gruppen sammenlignet med utviklingen i IA gruppen .

Funnene gir ikke holdepunkt for at en eventuell effekt var varig, da fraværet i HIA-gruppen økte i 2022 når intervensjonsfasen ble avsluttet. Det kan se ut som en tilsvarende økning i IA-gruppen kom i 2021 når resultatet av randomisering ble klart og kanskje intervensjonen ble oppfattet som over.

I arbeidsplasser med få ansatte vil langvarig sykdom hos en enkelt ansatt gi stor økning i arbeidsplassens sykefravær. Dette kan ha bidratt til store svingninger i enkelte arbeidsplasser.

For ansatte som rapporterte deltidsansettelse viste HIA-gruppen en klar nedadgående trend, mens fraværet var stabilt i IA-gruppen. Da antall personer er få må resultatet tolkes med forsiktighet.

Det samme gjelder konklusjoner angående type arbeid som viste store forskjeller i utdanningsnivå. Hvorfor kvinner med yrkesutdanning i HIA-gruppen viste en reduksjon i fravær i 2021, mens kvinner i IA-gruppen med høyskole utdanning i IA-gruppen viste en klar topp bør drøftes videre.

Det er en utfordring at materialet har en klar overrepresentasjon av langtidsutdannede kvinner. Menn er så få at en ikke kan si noe om eventuelle forskjeller ut over det tilfeldige.

Lederstabilitet og aktiv medvirkning i rapportering sammenfalt med redusert sykefravær for HIA-gruppen i intervensjonsperioden.

## 3.3 Trivsel og helse

### 3.3.1 Generell tilfredshet og egenvurdert helse

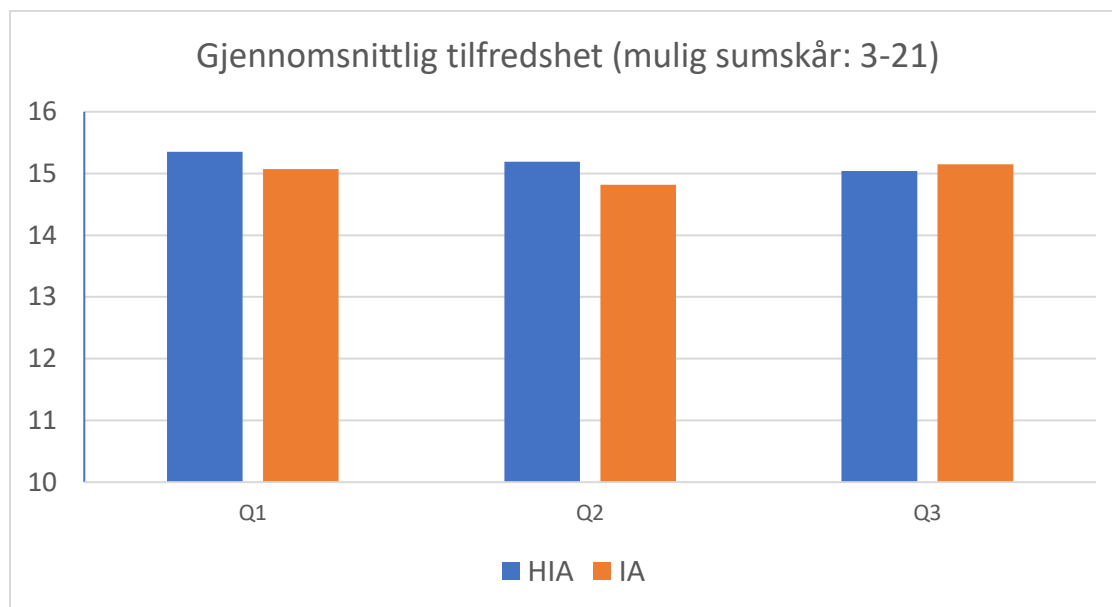
Spørreskjema ved inklusjon, etter intervensjonsperioden og etter ett års oppfølging deretter hadde spørsmål om generelt velvære og helse for å se om intervensjonen hadde påvirkning på dette.

Generell tilfredshet ble belyst med avkryssing av 7 alternativer fra helt uenig til helt enig med følgende påstander:

- På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt
- Mine livsforhold er utmerkede
- Jeg er tilfreds med livet mitt

Skåren ble så lagt sammen til en sumskår på en skala fra 3 (helt uenig) til 21 (helt enig) for alle tre spørsmål. Figur 3.3.1 viser gjennomsnittsskår i HIA- og IA-gruppen i spørreskjema 1 (n=364/560) spørreskjema 2 (n=252/326) og spørreskjema 3 (n=201/272). Middelveien var 15 i begge grupper i alle tre spørreskjema.

**Figur 3.3.1 Gjennomsnittlig sumskår på spørsmålene «På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt; Mine livsforhold er utmerkede; Jeg er tilfreds med livet mitt» skåret 1-7 fra helt uenig til helt enig. Q = spørreskjema før (Q1), etter (Q2) og etter et års oppfølging (Q3), y-akse kuttet.**



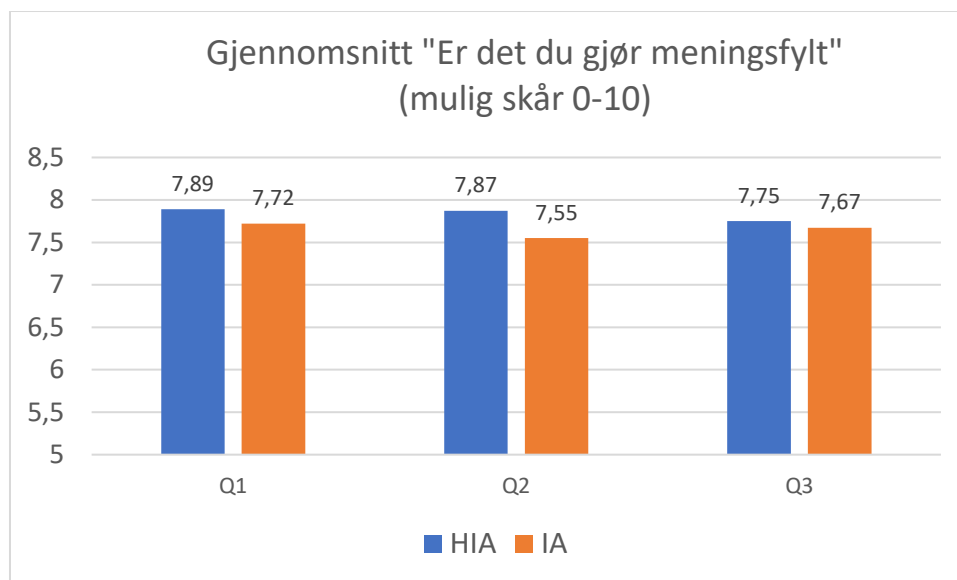
I tillegg til spørsmål om generell tilfredshet (3-21), ble det spurt «I hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt» (1-10) og «Alt i alt hvor fornøyd er du med jobben din» (1-5), der høyere tall representerte høyere tilfredshet. Resultater fra deltakerne som fylte ut spørreskjema 1 og 2, og de som fylte ut spørreskjema 1 og 3 er vist i tabell 3.3.1.

Spørsmålet om meningsfylt liv viste samme utvikling i begge grupper, men HIA-gruppen skårte litt høyere enn IA-gruppen i alle rundene uten at forskjellene var signifikante (Figur 3.3.2).



På spørsmålet om hvor fornøyd deltakerne var med jobben var gjennomsnittet rett over 4 (fornøyd) i begge grupper med liten endring over tid. De som svarte flere ganger på spørsmålet viste en negativ trend, men ikke signifikant, tabell 3.3.1.

**Figur 3.3.2** Gjennomsnittlig skår på spørsmålet om det du gjør i livet er meningsfylt i HIA- og IA-gruppen i spørreskjema 1, 2 og 3, skåret fra ikke meningsfylt (0) til svært meningsfylt (10), y-akse kuttet.



*Tabell 3.3.1* Endring i sumskår for generell tilfredshet (3-21), skår for meningsfylt liv (1-10) og jobbtfredshet (1-5) til hos de som har svart på spørreskjema 1 og 2, og spørreskjema 1 og 3 i HIA- og IA-gruppen. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3). n = antall, p = p-verdi mellom HIA og IA.

	Differanse Q1-Q2		p	Differanse Q1-Q3		p
	HIA	IA		HIA	IA	
<b>Generell tilfredshet (3-21)</b>						
n	192	243		141	243	
Gjennomsnitt	-0,44*	-0,03	0,17	-0,30	0,02	0,35
Middelverdi	0	0		0	0	
<b>Meningsfylt liv (1-10)</b>						
n	198	249		145	205	
Gjennomsnitt	-0,15	-0,16	0,69	-0,21	-0,15	0,92
Middelverdi	0	0		0	0	
<b>Jobbtfredshet (1-5)</b>						
n	196	247		144	207	
Gjennomsnitt	-0,14	-0,17	0,73	-0,12	-0,14	0,86
Middelverdi	0	0	0	0	0	

\*P=0,03 (de som har svart begge går fra gjennomsnitt 15,62 til 15,18 fra første til andre spørreskjema)

Egenvurdert helse ble målt med en skala fra 0 (verst tenkelig) til 100 (best tenkelig) helse. Vurderingene tilsa gjennomgående god helse i begge grupper i spørreskjema 1 med et gjennomsnitt på 77,7 i HIA-gruppen og 75,9 i IA-gruppen (Figur 3.3.3). Forskjellene mellom gruppene var ikke statistisk signifikant (Mann-Whitney U test p=0,08). Spørreskjema 2 og 3 viste ingen forskjell i egenvurdert helse mellom gruppene (tabell 3.3.2).

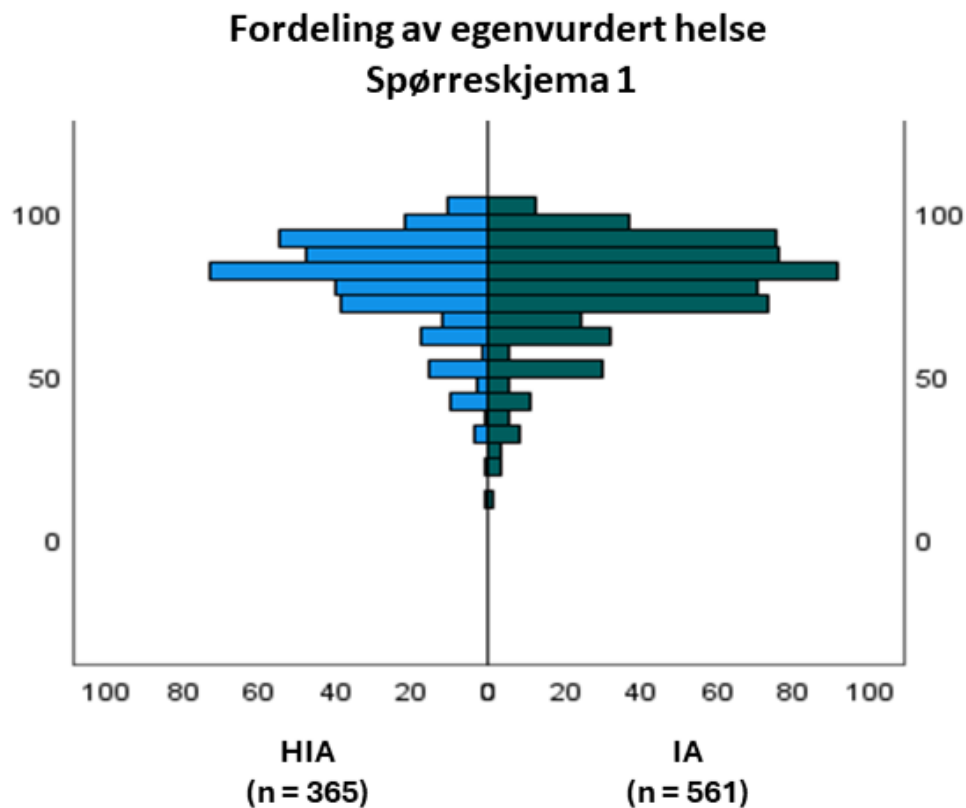
Gjennomsnitts- og middelerverdi for menn var høyere i HIA- enn i IA-gruppen, og dette var signifikant i spørreskjema 1. Menn skåret også gjennomsnittlig bedre enn kvinner i spørreskjema 1. Menn viste en fallende tendens i utvalgene som svarte på første, andre og det tredje spørreskjemaet. Hos kvinner i HIA-gruppen så man litt samme tendens, mens blant kvinner i IA-gruppen økte den gjennomsnittlige egenvurderte helse.

I utvalget som svarte både spørreskjema 1 og 2, var endringen egenvurdert helse i HIA-gruppen -2,2 fra spørreskjema 1 til 2, og -0,02 i IA-gruppen. Tilsvarende fra spørreskjema 1 til 3 var -1,7 i HIA-gruppen og -0,4 i IA-gruppen. I HIA-gruppen var nedgangen for menn 5,4 i egenvurdert helse fra spørreskjema 1 til 3, men med  $n=23$  er forskjellen ikke signifikant  $p=0,12$ . Fra spørreskjema 1 til 2 var nedgangen 1,8. I IA-gruppen var endringen liten, - 0,3 til spørreskjema 2 og -0,3 til spørreskjema 3. For kvinner var nedgangen 2,3 fra spørreskjema 1 til 2 i HIA-gruppen, og stabilt i IA-gruppen (+0,1). Fra spørreskjema 1 til 3 var gjennomsnittlig nedgang 0,9 i HIA-gruppen og 0,4 i IA-gruppen.

*Tabell 3.3.2 Gjennomsnitts- og middelerverdi av egenvurdert helse fra 0-100 som verst til best tenkelige helsetilstand i HIA- og IA-gruppen i spørreskjema 1, 2 og 3.  $p$ =  $p$ -verdi målt med Mann-Whitney U test. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3).*

	HIA Q1	IA Q1	p	HIA Q2	IA Q2	p	HIA Q3	IA Q3	p
<b>n</b>	356	561		252	325		201	271	
<b>Gjennomsnitt</b>	77,7	75,9	0,08	75,6	76,0	0,68	75,1	76,5	0,34
<b>Middelerverdi</b>	80	80		80	80		79	80	
<b>Menn n</b>	67	158		58	91		44	75	
<b>Gjennomsnitt</b>	80,9	76,0	0,02	78,4	75,3	0,33	76,8	73,8	0,41
<b>Kvinner n</b>	289	403		194	234		157	196	
<b>Gjennomsnitt</b>	77,0	75,9	0,41	74,7	76,0	0,44	74,7	77,6	0,10

Figur 3.3.3 Fordeling av egenvurdert helse fra 0 til 100 (hhv verst og best tenkelige helsetilstand) i spørreskjema 1 i HIA-gruppen (blå verdier, n=365) og IA-gruppen (grønne verdier, n=561).



### 3.3.2 Endring i subjektive helseplager

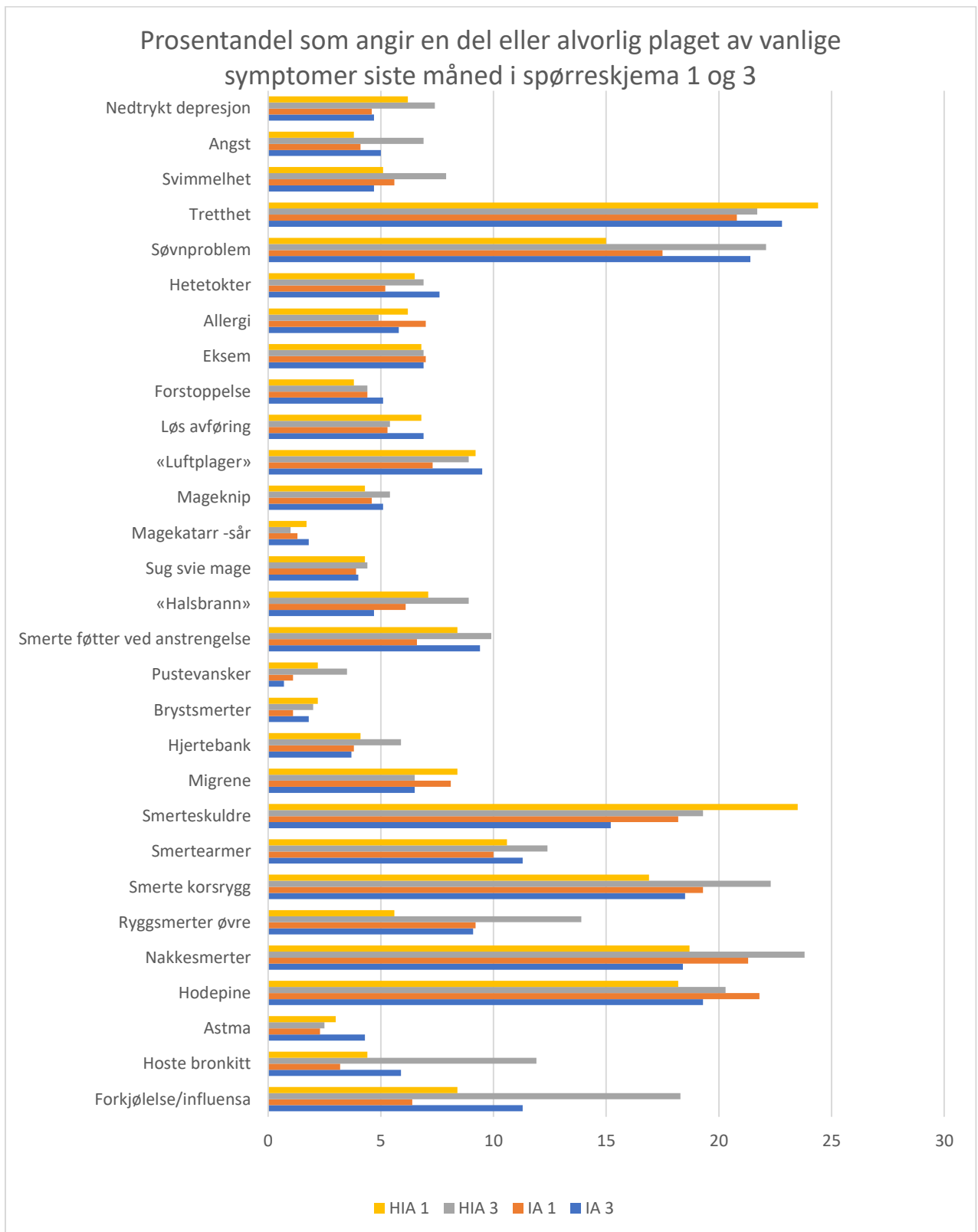
Subjektive helseplager ble kartlagt ved hjelp av Subjective Symptom Check List (SCL) med 29 spørsmål om vanlige helseplager med vurderingen ikke plaget, litt plaget, en del plaget og alvorlig plaget. Alternativene ble gitt verdier fra 0-3. Summen av angitte plager ville da være fra 0 (ingen plager i det hele) til maksimalt 87 ved alvorlige plager på alle 29 spørsmål. Tabell 3.3.3 viser at vanlige plager var vanlige blant studiedeltakerne, og at mer enn halvparten av respondentene hadde hatt litt eller mye plager med hodepine, nakkesmerter, korsryggsmerter, skuldert smerte og tretthet, mens rundt 1 av 5 var mye plaget av disse symptomene siste måned før besvarelse (Figur 3.3.4). I HIA-gruppen var det en høyere andel som anga mye plager i spørreskjema 3 sammenlignet med spørreskjema 1 når det gjaldt søvnproblemer, angst og depresjon, samt ryggsmerter og nakkesmerter. Det samme gjaldt hoste/bronkitt og forkjølelse/influensa.

Tabell 3.3.4 og 3.3.5 indikerer at HIA-gruppen hadde bedre utvikling (reduisert plager) enn IA-gruppen mellom spørreskjema 1 og 2, mens det snudde fra spørreskjema 2 til 3, slik at IA-gruppen syntes ha en bedre utvikling til spørreskjema 3. Plager med muskel-/skjelettsmerter var stabile til spørreskjema 2 i HIA-gruppen, men utviklinga fra spørreskjema 2 til 3 er også her i favør av IA-gruppen.

Tabell 3.3.3 Andel respondenter som svarte litt eller mye (en del + alvorlig plaget) av 29 vanlige symptomer i HIA- og IA-gruppen de tre rundene med spørreskjema. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3), n = antall.

	HIA Q1 n=368		IA Q1 n=568		HIA Q2 n=257		IA Q2 n=331		HIA Q3 n=202		IA Q3 n=275	
	Litt	Mye	Litt	Mye	Litt	Mye	Litt	Mye	Litt	Mye	Litt	Mye
<b>Forkjølelse/influenza</b>	24,2	8,4	21,3	6,4	27,2	12,1	26,9	8,1	26,7	18,3	24,7	11,3
<b>Hoste bronkitt</b>	12,5	4,4	10,9	3,2	15,2	3,5	12,4	6,3	12,4	11,9	17,1	5,9
<b>Astma</b>	7,9	3	6,5	2,3	6,6	1,6	6,9	3,0	12,9	2,5	6,5	4,3
<b>Hodepine</b>	36,4	18,2	35,9	21,8	40,9	17,9	37,2	21,0	36,1	20,3	33,8	19,3
<b>Nakkesmerter</b>	36	18,7	31,5	21,3	36,6	16,3	33,1	22,9	33,2	23,8	34,8	18,4
<b>Ryggsmerter øvre</b>	13,6	5,6	21,1	9,2	17,9	10,5	19,3	10,9	23,8	13,9	19,6	9,1
<b>Smerte korsrygg</b>	34,1	16,9	29,6	19,3	33,9	15,0	30,4	20,2	28,7	22,3	33,7	18,5
<b>Smertearmer</b>	23,4	10,6	21,1	10,0	22,6	11,3	22,0	10,8	24,8	12,4	22,9	11,3
<b>Smerteskuldre</b>	30,4	23,5	30,4	18,2	31,9	17,7	29,2	20,2	28,7	19,3	34,6	15,2
<b>Migrene</b>	8,4	8,4	10,6	8,1	8,2	6,6	10,3	6,9	8,9	6,5	11,3	6,5
<b>Hjertebank</b>	18,2	4,1	16,3	3,8	18,7	3,5	21,4	2,1	19,7	5,9	16,3	3,7
<b>Brystsmerter</b>	6,5	2,2	8,2	1,1	9,7	0,8	8,1	0,9	6,9	2,0	9,1	1,8
<b>Pustevansker</b>	10,0	2,2	10,0	1,1	6,6	1,9	11,4	1,2	9,9	3,5	8,7	0,7
<b>Smerte føtter ved anstrengelse</b>	18,4	8,4	18,7	6,6	19,5	7,4	18,7	6,3	22,7	9,9	23,2	9,4
<b>«Halsbrann»</b>	16,5	7,1	16,0	6,1	16,3	8,6	17,2	6,3	22,2	8,9	18,5	4,7
<b>Sug svie mage</b>	7,3	4,3	10,2	3,9	9,3	4,7	8,7	3,3	10,3	4,4	10,1	4,0
<b>Magekatarr -sår</b>	2,7	1,7	3,0	1,3	1,6	0,4	1,8	1,2	3,9	1,0	2,5	1,8
<b>Mageknip</b>	13,0	4,3	17,4	4,6	13,2	5,5	18,7	4,8	18,7	5,4	16,7	5,1
<b>«Luftplager»</b>	32,2	9,2	26,0	7,3	29,2	10,5	28,0	9,3	38,9	8,9	27,9	9,5
<b>Løs avføring</b>	18,4	6,8	18,1	5,3	17,9	5,9	21,4	7,2	22,7	5,4	20,3	6,9
<b>Forstoppelse</b>	12,2	3,8	9,5	4,4	9,7	3,1	13,6	4,2	11,8	4,4	12,7	5,1
<b>Eksem</b>	16,3	6,8	14,9	7,0	15,6	5,1	16,6	6,9	16,3	6,9	12,3	6,9
<b>Allergi</b>	16	6,2	13,9	7,0	14,0	2,7	16,3	5,1	19,7	4,9	18,8	5,8
<b>Hetetokter</b>	16,5	6,5	12,8	5,2	17,1	6,6	17,5	6,6	20,2	6,9	18,5	7,6
<b>Søvnproblem</b>	33,1	15,0	32,6	17,5	31,1	19,4	35,2	19,9	29,6	22,1	25,4	21,4
<b>Tretthet</b>	39,0	24,4	44,4	20,8	38,1	21,0	40,1	25,3	39,4	21,7	43,8	22,8
<b>Svimmelhet</b>	18,4	5,1	18,4	5,6	21,8	4,3	22,3	6,3	17,7	7,9	20,7	4,7
<b>Angst</b>	12,2	3,8	12,5	4,1	9,3	1,9	11,7	3,9	7,4	6,9	9,8	5,0
<b>Nedtrykt depresjon</b>	20,6	6,2	19,8	4,6	21,0	3,9	20,2	6,6	21,2	7,4	18,1	4,7

**Figur 3.3.4 Andel respondenter som angav å være «en del» eller «alvorlig» plaget i spørreskjema 1 og spørreskjema 3 i HIA- og IA-gruppen.**



Tabell 3.3.4 Sumskår for subjektive helseplager (Subjective symptom check list SCL) basert på alle 29 spørsmål (skår 0 til 3, ingen plager – alvorlige plager) og skår sortert på samlegrupper; muskel (nakke + rygg høy + rygg lav + skulder + arm), psykisk (angst + depresjon) og allment (søvnvansker + tretthet + svimmelhet). Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3), n = antall p = p-verdi forskjell mellom HIA og IA.

	HIA Q1	IA Q1	p	HIA Q2	IA Q2	p	HIA Q3	IA Q3	p
<b>SCL-skår n</b>	368	568		257	331		202	275	
<b>Gjennomsnitt</b>	10,7	10,4	0,62	10,6	11,3	0,30	12,2	11,0	0,12
<b>Middelverdi</b>	9	9		9	10		10	9	
<b>Muskel</b>									
<b>Gjennomsnitt</b>	2,9	3,0	0,80	3,0	3,1	0,67	3,3	3,1	0,19
<b>Middelverdi</b>	2	2		2	2		3	2	
<b>Psykisk</b>									
<b>Gjennomsnitt</b>	0,53	0,50	0,61	0,42	0,55	0,12	0,58	0,46	0,11
<b>Middelverdi</b>	0	0		0	0		0	0	
<b>Allment</b>									
<b>Gjennomsnitt</b>	1,86	1,89	0,79	1,87	2,06	0,19	1,98	1,93	0,79
<b>Middelverdi</b>	2	2		2	2		2	2	

Tabell 3.3.5 Gjennomsnittlig forskjell mellom HIA- og IA-gruppen i endring i sumskår for subjektive helseplager (Subjective symptom check list SCL) basert på alle 29 spørsmål og skår sortert på samlegrupper; muskel (nakke + rygg høy + rygg lav + skulder + arm), psykisk (angst + depresjon) og allment (søvnvansker + tretthet + svimmelhet). Forskjell fra spørreskjema 1 til spørreskjema 2 og 3 og fra spørreskjema 2 til 3. (HIA minus IA). Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3), n = antall p = p-verdi forskjell i endring.

	Q1 til Q2	p	Q1 til Q3	p	Q2 til Q3	p
<b>SCL skår n</b>	197/248		144/204		153/205	
<b>Gjennomsnitt</b>	-0,85	0,11	0,78	0,16	1,56	0,01
<b>Muskel</b>						
<b>Gjennomsnitt</b>	-0,02	0,93	-0,05	0,85	0,32	0,10
<b>Psykisk</b>						
<b>Gjennomsnitt</b>	-0,14	0,06	0,06	0,49	0,10	0,15
<b>Allment</b>						
<b>Gjennomsnitt</b>	-0,09	0,51	0,14	0,35	0,23	0,11

Antall respondenter som angav at de ulike symptomene hadde hindret dem i liten eller stor grad å gjøre det de ønsket på jobb er vist i Tabell 3.3.6. Det var særlig muskel-/skjelettsmerter inkludert hodepine, søvnproblemer og tretthet som påvirket arbeidsmulighetene.

Figurene 3.3.5 og 3.3.6 viser utvikling i andel som rapporterte at de vanligste symptomene hindret dem i liten eller stor grad i å gjøre ting de ønsket på jobb. I HIA-gruppen syntes det være en trend med økende andel som hadde begrensninger av muskel-/skjelettsmerter fra spørreskjema 1 til spørreskjema 3. i IA-gruppen syntes trenden å være nedadgående fra spørreskjema 2 til 3. Tretthet og søvnvansker ble rapportert langt oftere å gi begrensninger i jobbsammenheng enn angst- og depresjonssymptomer. Grafene gjenspeiler tendensene i fraværsbildet der HIA-gruppen hadde en økning i oppfølgingsåret etter intervensjonen, og særlig muskel-

skjelettsmerter syntes å bidra, ved siden av influensa og forkjølelse. IA-gruppen viste en topp av symptomer med jobbpåvirkning i spørreskjema 2, og særlig tretthet hadde en klar topp i spørreskjema 2.

Tabell 3.3.6 Antall som angav at symptomene i liten eller stor grad hindret dem å gjøre det de ønsket på jobben.

Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3).

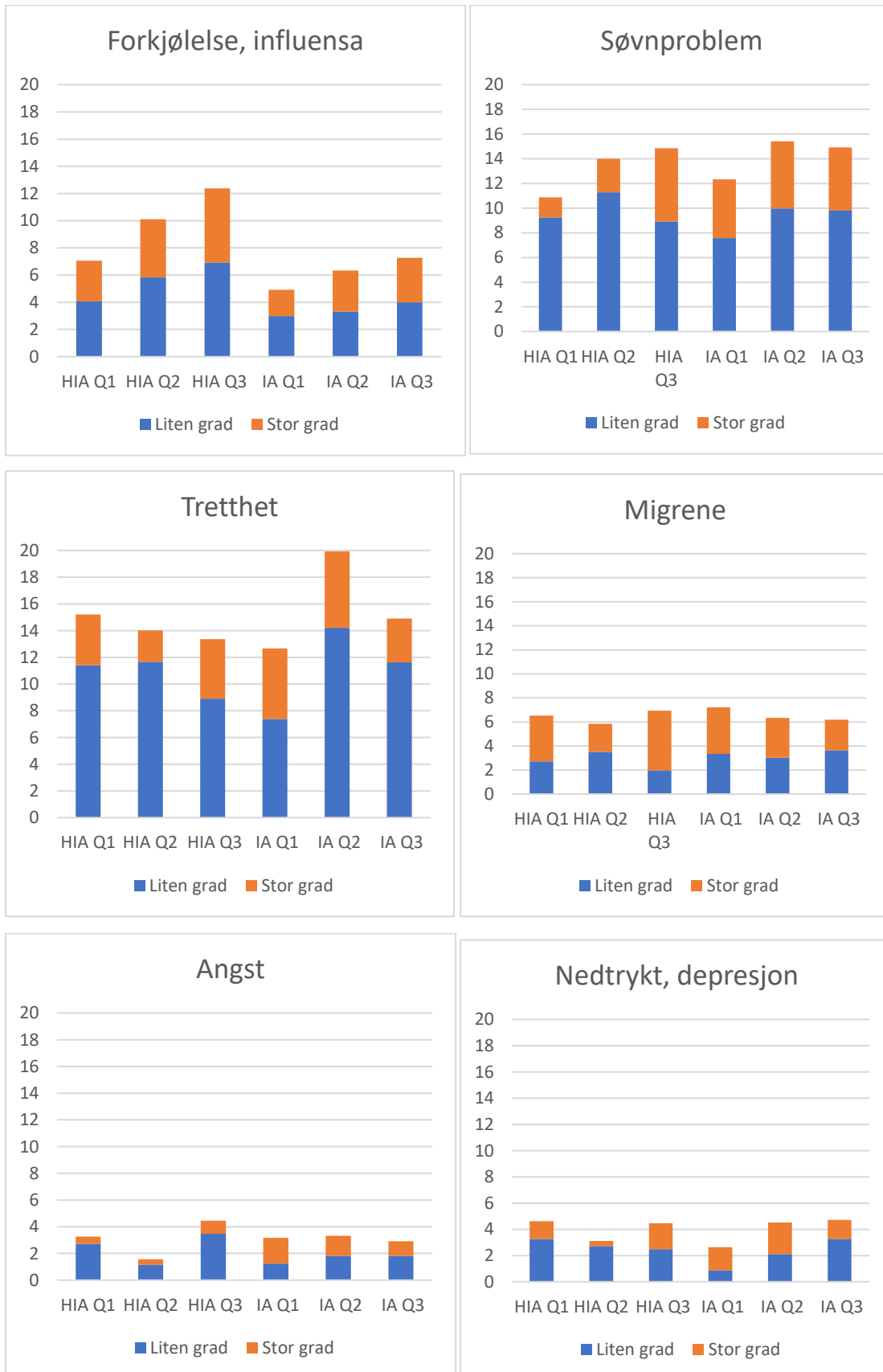
	HIA Q1 n=368		IA Q1 n=568		HIA Q2 n=257		IA Q2 n=331		HIA Q3 n=202		IA Q3 n=275	
	Litt	Mye	Litt	Mye	Litt	Mye	Litt	Mye	Litt	Mye	Litt	Mye
Forkjølelse/influensa	15	11	17	11	15	11	11	10	14	11	11	9
Hoste bronkitt	4	4	7	1	3	4	5	3	9	5	6	2
Astma	2	1	4	0	2	1	2	0	2	1	6	1
Hodepine	33	15	71	24	26	6	30	22	26	10	27	13
Nakkesmerter	31	10	67	18	24	4	40	13	18	11	33	2
Ryggsmerter øvre	15	4	28	13	10	4	22	8	12	5	15	3
Smerte korsrygg	23	17	55	19	19	11	33	16	15	15	25	9
Smertearmer	17	12	27	20	17	7	25	7	16	5	16	8
Smerteskuldre	25	14	57	23	26	8	33	17	14	13	25	5
Migrene	10	14	19	22	9	6	10	11	4	10	10	7
Hjertebank	6	2	3	2	5	0	1	1	2	3	1	1
Brystsmerter	3	1	0	3	0	1	1	1	2	1	3	0
Pustevansker	3	2	3	1	3	1	0	1	4	1	0	0
Smerte føtter ved	13	6	13	12	11	3	9	3	8	1	14	3
«Halsbrann»	7	1	13	1	8	1	5	2	4	0	1	1
Sug svie mage	6	3	10	1	7	1	4	3	5	0	4	2
Magekatarr -sår	2	2	2	2	0	0	1	2	0	0	0	1
Mageknip	9	2	11	4	8	3	6	3	7	2	5	6
«Luftplager»	14	2	16	2	10	3	10	2	11	0	9	1
Løs avføring	16	3	12	5	8	2	10	6	7	2	7	5
Forstoppelse	4	1	10	0	2	2	7	2	5	1	6	0
Eksem	6	1	8	3	7	0	8	3	4	0	6	2
Allergi	7	1	14	1	5	0	6	1	3	0	9	0
Hetetokter	12	0	9	1	2	1	7	0	5	1	7	0
Søvnproblem	34	6	43	27	29	7	33	18	18	12	27	14
Tretthet	42	14	42	30	30	6	47	19	18	9	32	9
Svimmelhet	9	7	18	5	6	4	7	5	7	4	5	3
Angst	10	2	7	11	3	1	6	5	7	2	5	3
Nedtrykt, depresjon	12	5	5	10	7	1	7	8	5	4	9	4

**Figur 3.3.5** Prosentandel som angav at smerter hindret dem å gjøre noe de ønsket på jobb i liten eller stor grad siste tretti døgn i spørreskjema 1, 2 og 3. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3).





**Figur 3.3.6** Prosentandel som angav at vanlige symptomer hindret dem i å gjøre noe de ønsket på jobb i liten eller stor grad siste tretti døgn i spørreskjema 1, 2, og 3. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3).



### 3.3.3 Kunnskap om og holdninger til alminnelige helseplager

For å se i hvilken grad presentasjoner og tiltak på arbeidsplassen påvirket holdninger og kunnskap om vanlige helseplager, ble de ansatte bedt om å ta stilling til 6 påstander om ryggplager og 6 påstander om psykiske plager på 5 alternativer fra helt uenig (1 poeng) til helt enig (5 poeng). HIA-gruppen hadde i utgangspunktet en tendens til å være mer enig i spørsmålene enn IA-gruppen (tabell 3.3.7). I påstanden om billeddiagnostikk (røntgen/MR) som regel finner årsak til smerter var endringene utover prosjektperioden i HIA-gruppen i tråd med det som var innhold i presentasjonene på arbeidsplassen, det vil si man så en tendens til nedgang i enighet. For påstanden om at det er bra med fysisk aktivitet ved ryggmerter var det redusert enighet i HIA-gruppen fra spørreskjema 1 til 3, mens IA-gruppen tenderte til å bli mer enig med påstanden utover prosjektperioden. Til påstanden om at ryggmerter som regel skyldes skade eller tunge løft endret HIA-gruppen seg i tråd med presentasjonen, mens IA-gruppen ikke endret seg.

Tabell 3.3.7 Gjennomsnittskår for påstander om ryggplager, fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3), n=antall (disse varierer fordi ikke alle besvarte alle spørsmål), Rtg = røntgen, MR= magnetresonansundersøkelse, p = p-verdi forskjell HIA og IA

	HIA Q1	IA Q1	p	HIA Q2	IA Q2	p	HIA Q3	IA Q3	p
<b>n</b>	<b>368- 370</b>	<b>567- 569</b>		<b>254- 256</b>	<b>328- 330</b>		<b>201- 202</b>	<b>273- 276</b>	
<b>Det er normalt å oppleve ryggmerter</b>	3,85	3,74	0,08	3,89	3,73	0,08	3,91	3,83	0,33
<b>I de fleste tilfeller går ryggplager over av seg selv</b>	3,89	3,71	0,004	3,89	3,79	0,18	3,92	3,81	0,20
<b>Moderne Rtg/MR finner som regel årsak til ryggmerter</b>	3,24	3,21	0,65	3,13	3,22	0,27	3,07	3,21	0,10
<b>Det er bra med fysisk aktivitet ved ryggmerter</b>	4,28	4,21	0,20	4,21	4,28	0,27	4,22	4,28	0,43
<b>Ryggmerter skyldes ofte skade eller tunge løft</b>	3,16	3,09	0,20	2,91	3,07	0,03	3,00	3,06	0,44
<b>Det å være i arbeid forlenger ikke smerteperioden</b>	3,46	3,38	0,16	3,50	3,40	0,62	3,50	3,44	0,40

Forskjell i endring av enighet med påstandene i de to gruppene er vist i tabell 3.3.8. Når økningen av enighet i HIA-gruppen var større enn økningen av enighet i IA-gruppen ble forskjellen positiv. Omvendt signaliserer en negativ verdi at økningen av enighet var større i IA- enn i HIA-gruppen.

Fra spørreskjema 1 til spørreskjema 2 var det statistisk signifikant forskjell i endring for påstandene om at moderne billedundersøkelser som oftest finner årsak til smertene, at det er bra med fysisk aktivitet ved ryggmerter og at ryggmerter ofte skyldes skade eller tunge løft. Alle tre viser negativ forskjell i forskjell, som taler for mindre økning i enighet, altså en nedgang i enighet i HIA-gruppen i forhold til IA-gruppen. For påstandene om billedundersøkelser og årsakssammenheng til skade er endringen i tråd med innholdet i

presentasjon 1 i HIA-gruppen. Endring når det gjelder fysisk aktivitet er imidlertid motsatt av det man ville forvente ut fra intervensjonen.

*Tabell 3.3.8 Forskjell i endring av enighet med 6 ulike påstander om ryggplager mellom HIA- og IA-gruppen fra spørreskjema 1 – 2, spørreskjema 1- 3 og fra spørreskjema 2-3 hos de som besvarte begge spørreskjemaene. Endring av enighet i HIA-gruppen minus endring av enighet i IA-gruppen (verdien er positiv når enighet øker mer i HIA enn i IA og negativ når den øker mer i IA enn HIA). Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3). n=antall (disse varierer fordi ikke alle besvarte alle spørsmål), p = p-verdi*

	<b>Q1 til Q2</b>	<b>p</b>	<b>Q1 til Q3</b>	<b>p</b>	<b>Q2 til Q3</b>	<b>p</b>
<b>n</b>	<b>196-9/ 245-9</b>		<b>144-5 /204-6</b>		<b>150-2 /202-5</b>	
<b>Det er normalt å oppleve ryggmerter</b>	-0,02	0,80	-0,15	0,20	-0,12	0,24
<b>I de fleste tilfeller går ryggplager over av seg selv</b>	-0,07	0,47	0,06	0,56	-0,08	0,50
<b>Moderne rtg/MR finner som regel årsak til ryggmerter</b>	-0,22	0,02	-0,17	0,11	-0,08	0,43
<b>Det er bra med fysisk aktivitet ved ryggmerter</b>	-0,24	0,005	-0,22	0,04	0,01	0,94
<b>Ryggmerter skyldes ofte skade eller tunge løft</b>	-0,25	0,005	-0,10	0,29	0,17	0,08
<b>Det å være i arbeid forlenger ikke smerteperioden</b>	-0,07	0,42	-0,04	0,68	-0,01	0,92

Gjennomsnittlig skår av enighet med påstander om psykiske plager er vist i tabell 3.3.9. Det var små og ikke signifikante forskjeller mellom HIA-gruppen og IA-gruppen i de tre rundene med spørreskjema. Men for alle spørsmålene var det en liten endring i tråd med det som ble presentert i den tredje presentasjonen i HIA-gruppen. På påstanden om at i de fleste tilfeller går psykiske plager over av seg selv, er det en statistisk signifikant økt enighet i både HIA- og IA-gruppen.

Tabell 3.3.9 Gjennomsnitt skår for påstander om psykiske plager, fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3). n=antall (disse varierer fordi ikke alle besvarte alle spørsmål), p = p-verdi forskjell mellom HIA og IA

	HIA Q1	IA Q1	p	HIA Q2	IA Q2	p	HIA Q3	IA Q3	p
<b>n</b>	<b>366- 369</b>	<b>567- 569</b>		<b>254- 256</b>	<b>328- 330</b>		<b>201- 202</b>	<b>273- 276</b>	
<b>Det er flaut å ha psykiske plager</b>	2,03	2,08	0,49	2,00	2,08	0,37	1,97	2,10	0,18
<b>I de fleste tilfeller går psykiske plager over av seg selv</b>	2,60	2,64	0,41	2,70	2,71	0,89	2,81	2,75	0,48
<b>Det er normalt å oppleve depresjon</b>	3,51	3,45	0,27	3,48	3,44	0,66	3,56	3,48	0,36
<b>Vanligvis kan en fortsette i arbeid med depresjon</b>	3,54	3,46	0,09	3,56	3,56	0,96	3,57	3,48	0,20
<b>Det er normalt å oppleve angst</b>	3,42	3,33	0,16	3,41	3,37	0,59	3,51	3,37	0,11
<b>Vanligvis kan en fortsette i arbeid med angst.</b>	3,45	3,36	0,09	3,59	3,53	0,36	3,54	3,47	0,32

Forskjell i endring av enighet med påstandene om psykisk helse mellom HIA- og IA-gruppen hos de som hadde svart minst to ganger på spørreskjemaet er vist i tabell 3.3.10. Det var ikke store forskjeller i endring mellom gruppene. Mens enigheten økte mer i IA-gruppen enn HIA-gruppen (negativ forskjell i forskjell) mellom spørreskjema 1 og 2, snudde tendensen, og økningen i enighet var størst i HIA-gruppen mellom spørreskjema 2 og 3. Unntaket var enighet om at psykiske plager i de fleste tilfeller går over av seg selv, der HIA-gruppen viste større økning i enighet både mellom spørreskjema 1 og 2 og 2 og 3, slik at forskjellen ble signifikant større mellom spørreskjema 1 og 3.

Tendensen til større økning i IA- enn HIA-gruppen mellom spørreskjema 1 og 2 for de tre siste påstandene var uventet ut fra innholdet i den tredje presentasjonen i HIA som omhandlet psykisk helse. Siden spørreskjema 2 skulle ha vært besvart etter endt intervensjonsperiode reiser dette spørsmålet om den siste presentasjonen ikke var levert før denne perioden var over. I noen av arbeidsplassene var dette også tilfelle.

Tabell 3.3.10 Forskjell i endring av enighet med 6 ulike påstander om psykiske plager mellom HIA og IA-gruppen fra spørreskjema 1 – 2, spørreskjema 1- 3 og fra spørreskjema 2-3 hos de som har besvart begge spørreskjemaene. Endring i HIA-gruppen minus endring av enighet i IA (verdien er positiv når enighet øker mer i HIA enn i IA og negativ når den øker mer i IA enn HIA). Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3), n=antall (disse varierer fordi ikke alle besvarte alle spørsmål), p = p-verdi forskjell i endring mellom HIA og IA

n	Q1 til Q2	p	Q1 til Q3	p	Q2 til Q3	p
	196-9/ 245-9		141-5/ 206-7		151-3/ 204-7	
<b>Det er flaut å ha psykiske plager</b>	-0,16	0,08	-0,07	0,47	0,10	0,33
<b>I de fleste tilfeller går psykiske plager over av seg selv</b>	0,10	0,28	0,23	0,02	0,15	0,12
<b>Det er normalt å oppleve depresjon</b>	-0,03	0,71	-0,08	0,42	0,06	0,57
<b>Vanligvis kan en fortsette i arbeid med depresjon</b>	-0,11	0,14	0,05	0,58	0,13	0,15
<b>Det er normalt å oppleve angst</b>	-0,12	0,17	0,05	0,65	0,16	0,10
<b>Vanligvis kan en fortsette i arbeid med angst.</b>	-0,10	0,23	0,03	0,80	0,09	0,28

### 3.3.4 Helseangst

Helseangst er belyst med summen av skåringene helt uenig (0 poeng) til helt enig (4 poeng) på spørsmålene i den reviderte versjonen av «Whiteley index-6 scale» (22). Helseangst-indeksen har minimum verdi 0 og maksimum 24, der en høyere verdi gjenspeiler høyere grad av helseangst. Følgende spørsmål inngår:

- Tror du det er noe alvorlig galt med kroppen din?
- Er du svært bekymret over helsen din?
- Er det vanskelig for deg å tro på legen din dersom hun/han forteller at det ikke er noe å bekymre seg for?
- Er du ofte bekymret for muligheten for at du har en alvorlig sykdom?
- Hvis du blir gjort oppmerksom på en sykdom (f.eks. via TV, radio, internett, avis eller noen du kjenner), bekymrer du deg da for selv å få sykdommen?
- Har du tilbakevendende tanker (som er vanskelig å bli kvitt) om at du har en sykdom?

Data fra prosjektet er benyttet til å studere endringer i helseangst fra perioden før og gjennom Covid-19-pandemien. Resultatene er publisert i egen artikkel (22) som konkluderte med at nivået av helseangst i denne populasjonen var stabil uten signifikante endringer fra før pandemi og gjennom de to første årene i pandemien. Her inngikk også data fra Tromsøundersøkelsen 2015-16, basert på samtykke. Studien så ikke spesifikt på i hvilken gruppe av intervensjonen deltakerne var i.

I tabell 3.3.4.1 vises gjennomsnittskår på helseangst-indeksen i HIA- og IA-gruppen i de tre omgangene med spørreskjema. I HIA-gruppen var det en reduksjon av helseangst fra spørreskjema 1 til spørreskjema 2. Innad i gruppen som hadde svart både spørreskjema 1 og 2 var det også en nær signifikant bedring av helseangst i HIA-gruppen, men her var antall deltakere for liten til å konkludere, ut fra styrkeberegningene (tabell 3.3.4.2).

I IA-gruppen var det små og ikke signifikante endringer over tid, og endringen fra spørreskjema 1 til 3 var lik i begge de to gruppene.

Tabell 3.3.4.1 Helseangst som indeks (0-24) av seks spørsmål om helseangst (Whiteley-index 6). Gjennomsnittskår i HIA- og IA-gruppen før intervensjon (spørreskjema 1), etter intervensjon (spørreskjema 2) og etter ett års oppfølging (spørreskjema 3). 95% KI = 95% konfidensintervall, n = antall.

	HIA			IA		
	n	Skår	95% KI	n	Skår	95% KI
<b>Spørreskjema 1</b>	366	8,11	7,82-8,40	560	7,93	7,72-8,14
<b>Spørreskjema 2</b>	254	7,72	7,43-8,01	331	7,78	7,52-8,04
<b>Spørreskjema 3</b>	196	8,07	7,64-8,50	272	7,85	7,54-8,17

Tabell 3.3.4.2 Endring i skår helseangst mellom spørreskjema 1 og 2 og 1 og 3 i HIA- og IA-gruppen, og forskjell i endring mellom gruppene. (Negativ endring betyr reduksjon i HIA-gruppen i forhold til IA). Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3). 95% KI = 95% konfidensintervall, n = antall.

	Q1 til Q2			Q1-Q3		
	n	Endring skår	95% KI	n	Endring skår	95% KI
<b>HIA</b>	196	-0,23	-0,50-0,04	142	-0,05	-0,46-0,37
<b>IA</b>	246	0,04	-0,21-0,29	202	-0,06	-0,37-0,25
<b>Forskjell i forskjell HIA/IA</b>	196/246	-0,27	-0,64-0,10	142/202	0,01	-0,49-0,51

### 3.3.5 Medikamentbruk

Prosentandelen som rapporterte å ha brukt medikamenter de siste fire uker før besvarelsen av spørreskjema 1, 2 og 3 er vist i figur 3.3.5.1.

Det var små forskjeller mellom HIA- og IA-gruppene og ikke stor endring over tid. I spørreskjema 2 viste HIA-gruppen en noe høyere andel som hadde brukt smertestillende uten resept enn IA-gruppen, og andelen som hadde brukt magesyrehemmende medisin gikk opp i HIA-gruppen i spørreskjema 3.

**Figur 3.3.5.1** Medikamentbruk siste 4 uker i HIA- og IA-gruppen. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3).



### 3.3.6 Oppsummering trivsel og helse

Gjennomgående rapporterte deltakerne god trivsel og helse uten sikre forskjeller mellom HIA- og IA-gruppen.

Vanlige helseplager var vanlig også hos de som, har besvart spørreskjemaene der smerter i rygg, nakke og skulder var mest vanlig blant muskel- og skjelettplager og hadde også oftest betydning for arbeidsmulighet. (Har symptom x hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben: 0= nei, 3= hele tiden/alltid)

Psykiske symptomer som angst og depresjon ble langt sjeldnere rapportert, men søvnvansker og tretthet/slitenhet som også kan ha en P-diagnose, var langt vanligere og hadde oftere betydning for arbeidsmuligheter. Dette reiser spørsmålet om søvnvansker og tretthet også i stor grad bidrar til den observerte økningen i sykefravær en ser med psykiske lidelser, men denne studien kan ikke besvare spørsmålet.

Presentasjonene på arbeidsplass i HIA-gruppen så ut til å endre i noen grad holdninger til muskel-/skjelett- og psykiske plager i intervensjonsperioden, men forskjellen mellom gruppene ble mindre i oppfølgingsåret.

Det var en tendens til redusert helseangst i HIA-gruppen etter intervensjonsperioden, men både forskjell mellom gruppene og innad i gruppene var mer lik utgangspunktet etter oppfølgingsåret.

Egenrapportert medikamentbruk viste ikke sikre forskjeller mellom gruppene som helhet.



## 3.4 Arbeidslivsforhold

### 3.4.1 Krav kontroll støtte

Krav, kontroll og støtte i arbeidet og eventuelle endringer ble kartlagt med 11 spørsmål om krav og kontroll. Svaralternativene var «ja ofte» (1 poeng), «ja noen ganger» (2 poeng), «nei sjelden» (3 poeng), «nei så godt som aldri» (4 poeng). Spørsmålene gjengis i tabell 3.4.1 og 3.4.2 som viser gjennomsnittskår i HIA- og IA-gruppen i spørreskjema 1, 2 og 3.

Tabell 3.4.1 Gjennomsnitt av ansattes vurdering av krav og kontroll på arbeidsplassen vurdert med fire alternativ fra ofte (1) til så godt som aldri (4) i HIA- og IA -gruppen i de tre omgangene med spørreskjema. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3), n=antall varierer med antall svar.

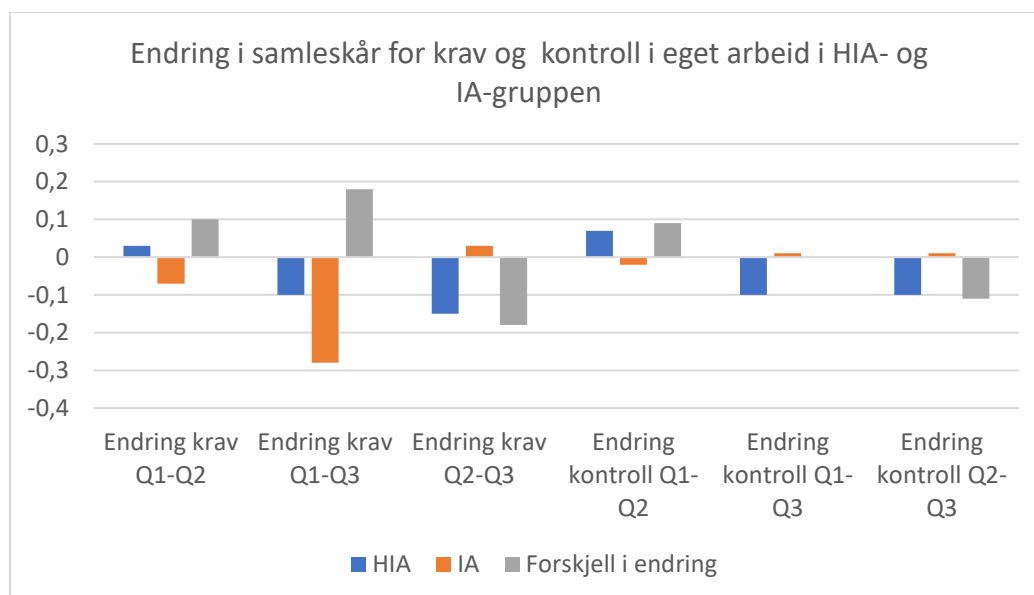
	HIA Q1	IA Q1	p	HIA Q2	IA Q2	P	HIA Q3	IA Q3	p
n	366- 368	563- 569		254- 256	328- 330		201- 202	273- 276	
Krever arbeidet ditt at du arbeider meget raskt?	1,97	1,81	<0,01	1,98	1,84	0,01	1,95	1,79	<0,01
Krever arbeidet ditt at du arbeider meget hardt?	2,28	2,17	0,03	2,25	2,19	0,34	2,23	2,20	0,67
Krever arbeidet ditt stor arbeidsinnsats?	1,62	1,56	0,11	1,64	1,57	0,149	1,61	1,58	0,55
Har du tilstrekkelig tid til å fullføre arbeidsoppgavene dine?*	1,80	1,88	0,15	1,82	1,92	0,15	1,85	1,87	0,70
Forekommer det ofte motstridende krav i arbeidet ditt?	2,47	2,41	0,16	2,42	2,36	0,31	2,29	2,35	0,37
Får du lære nye ting i arbeidet ditt?	1,62	1,55	0,10	1,75	1,63	0,03	1,64	1,59	0,36
Krever arbeidet ditt dyktighet?	1,20	1,20	0,99	1,23	1,20	0,35	1,21	1,21	0,97
Krever ditt arbeid oppfinnsomhet/kreativitet?	1,57	1,63	0,20	1,74	1,61	0,03	1,60	1,63	0,57
Innebærer arbeidet ditt at du gjør samme ting om og om igjen?	1,59	1,59	0,97	1,62	1,66	0,41	1,69	1,71	0,76
Har du frihet til å bestemme hvordan ditt arbeid skal utføres?	1,64	1,76	0,03	1,69	1,74	0,40	1,64	1,76	0,07
Har du frihet til å bestemme hva som skal utføres i ditt arbeid?	2,01	2,09	0,15	1,99	2,09	0,15	2,00	2,12	0,13
Sum krav 1+ 2+ 3 +4 + 5 snudd	11,54	11,08	0,004	11,47	11,02	0,04	11,24	11,04	0,43
Sum kontroll 10 + 11	3,65	3,84	0,05	3,68	3,82	0,21	3,65	3,88	0,08

\*Her snus skåren før spørsmålet inngår i samlet kravskår.

De fem første spørsmålene inngikk i samleskår *krav*, og de to siste i *kontroll*skår. Poengene for spørsmålet om tid til å utføre oppgavene er snudd i samleindeks krav. Sammenfattende indikerer altså en høyere poengskår mindre krav og mindre kontroll

Gjennomgående vurderte HIA-gruppen at det var lavere krav i arbeidet, og de hadde oftere kontroll. Forskjellene var tydelig allerede i første spørreskjemaet, det vil si før oppstart av intervensjon. På spørsmålet om dyktighet var begge grupper enig om at dette kreves ofte, mens motstridende krav var mer sjelden. Forskjell i endring av krav og kontroll over tid var liten og ikke signifikant mellom de som har svart på minst to spørreskjema, figur 3.4.1.

**Figur 3.4.1 Endring i samleskår for spørsmål om krav og kontroll i HIA- og IA-gruppen mellom de tre spørreskjemaene, og forskjell i endring mellom HIA og IA gruppen hos de som svarte på minst to spørreskjema. (Økt verdi indikerer redusert krav, men også redusert kontroll. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3)).**



I spørreskjemaet ble støtte på arbeidsplassen belyst med seks utsagn om arbeidsplassen:

- Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass
- Det er godt samhold
- Mine arbeidskollegaer stiller opp for meg
- Det er forståelse for jeg kan ha en dårlig dag
- Jeg kommer godt overens med mine overordnede
- Jeg trives bra med mine arbeidskollegaer

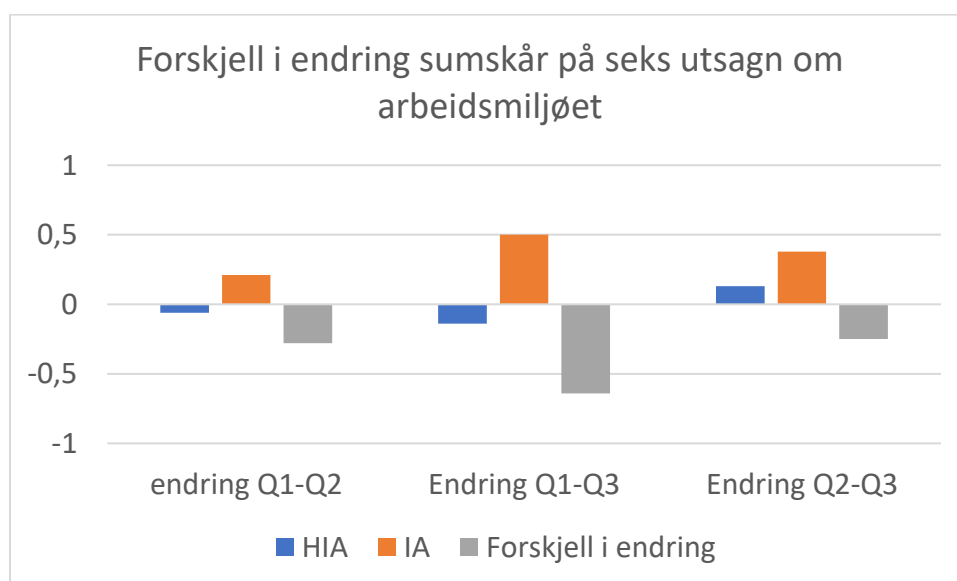
Utsagnene ble vurdert etter svar alternativene: Stemmer helt (1 poeng); Stemmer ganske bra (2 poeng); Stemmer ikke særlig bra (3 poeng); Stemmer ikke (4 poeng). Det betyr at jo lavere skår, jo bedre opplevde den som svarte sitt arbeidsmiljø. Skår på spørsmålene er gjengitt i tabell 3.4.2, og viser gjennomgående positiv vurdering med skår mellom stemmer helt og stemmer ganske bra.

Tabell 3.4.2 Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet i HIA- og IA-gruppen i spørreskjema Q1 før, Q2 etter intervensjon og Q3 etter et års oppfølging, n=antall (disse varierer fordi ikke alle besvarte alle spørsmål), p=p verdi

	HIA Q1	IA Q1	p	HIA Q2	IA Q2	p	HIA Q3	IA Q3	p
n	366-369	567-569		254-256	328-330		201-202	273-276	
Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass	1,90	1,93	0,45	1,90	1,92	0,77	1,95	1,94	0,90
Det er godt samhold	1,78	1,71	0,08	1,79	1,68	0,04	1,75	1,79	0,51
Mine arbeidskollegaer stiller opp for meg	1,68	1,64	0,36	1,67	1,60	0,18	1,66	1,65	0,86
Det er forståelse for at jeg kan ha en dårlig dag	1,73	1,68	0,18	1,65	1,62	0,53	1,68	1,67	0,86
Jeg kommer godt overens med mine overordnede	1,49	1,43	0,11	1,47	1,43	0,38	1,58	1,53	0,53
Jeg trives bra med mine arbeidskollegaer.	1,43	1,40	0,45	1,46	1,38	0,09	1,48	1,41	0,15
Sum skår	10,01	9,80	0,24	9,93	9,63	0,20	10,10	9,99	0,70

Endring i sumskår av de 6 spørsmålene i tabell 3.4.2 hos de som svarte på minst to spørreskjema er vist i figur 3.4.2. Forskjell i endringen mellom HIA (n= 139) og IA (n=202) fra første til siste spørreskjema var statistisk signifikant p= 0,04. Negativ verdi viser en større reduksjon/mindre økning i HIA-gruppen enn i IA-gruppen, som taler for positiv utvikling av støtte i HIA i forhold til utviklingen hos de som har svart i IA-gruppen.

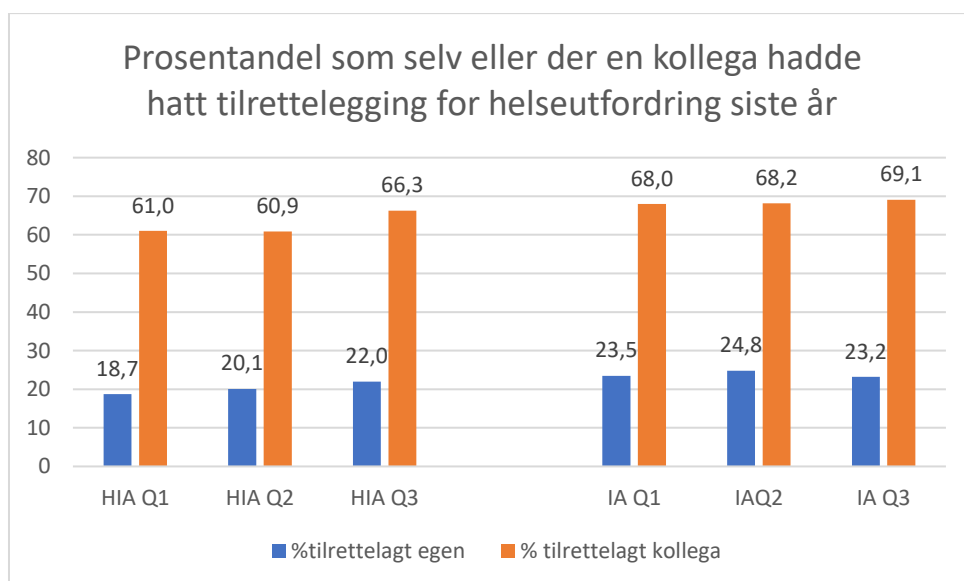
Figur 3.4.2 Forskjell i endring i sum skår positive faktorer i arbeidsmiljøet (tab 3.4.2) hos de som har svart på minst to spørreskjema og forskjell i endring mellom HIA og IA gruppen.. Lavere verdi indikerer et mer støttende arbeidsmiljø. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3).



### 3.4.2 Tilrettelegging

I spørreskjemaet ble det spurt om deltakeren selv eller en kollega hadde hatt tilrettelegging av arbeidsoppgaver grunnet helseutfordringer det siste året. I HIA-gruppen var det en trend mot økende andel som rapporterte at de hadde hatt tilrettelagte arbeidsoppgaver grunnet helseutfordringer siste år; fra 18,7% i spørreskjema 1 til 22 % i spørreskjema 3. I IA-gruppen var andelen stabil med 23,5% i spørreskjema 1 og 23,2 % spørreskjema 3. Også for kollega var det en økt andel som kjente til tilrettelegging i HIA-gruppen i siste runde med spørreskjema. I IA-gruppen var andelen svært stabil når man så på alle som hadde svart på respektive tidspunkter. Figur 3.4.3 gjenspeiler svarene kun blant de som svarte på både spørreskjema 1 og 3, og der var det en signifikant økt andel som hadde hatt eller kjente til tilrettelegging. Også i IA-gruppen var det en signifikant økt andel som hadde hatt tilrettelegging; fra 21,2% til 24,1 % i dette utvalget. I den gruppen var ikke kollegas tilrettelegging signifikant. Endringene i HIA-gruppen var ikke signifikant forskjellige fra endringene i IA-gruppen når både spørreskjema 1 og 3 var besvart.

**Figur 3.4.3 Prosentandel respondenter som hadde hatt tilrettelagt arbeidsoppgaver grunnet helseutfordringer siste år i HIA- og IA-gruppen ved de tre runder med spørreskjema. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3).**



Hva de ansatte mente om tilrettelegging ble undersøkt med 7 spørsmål:

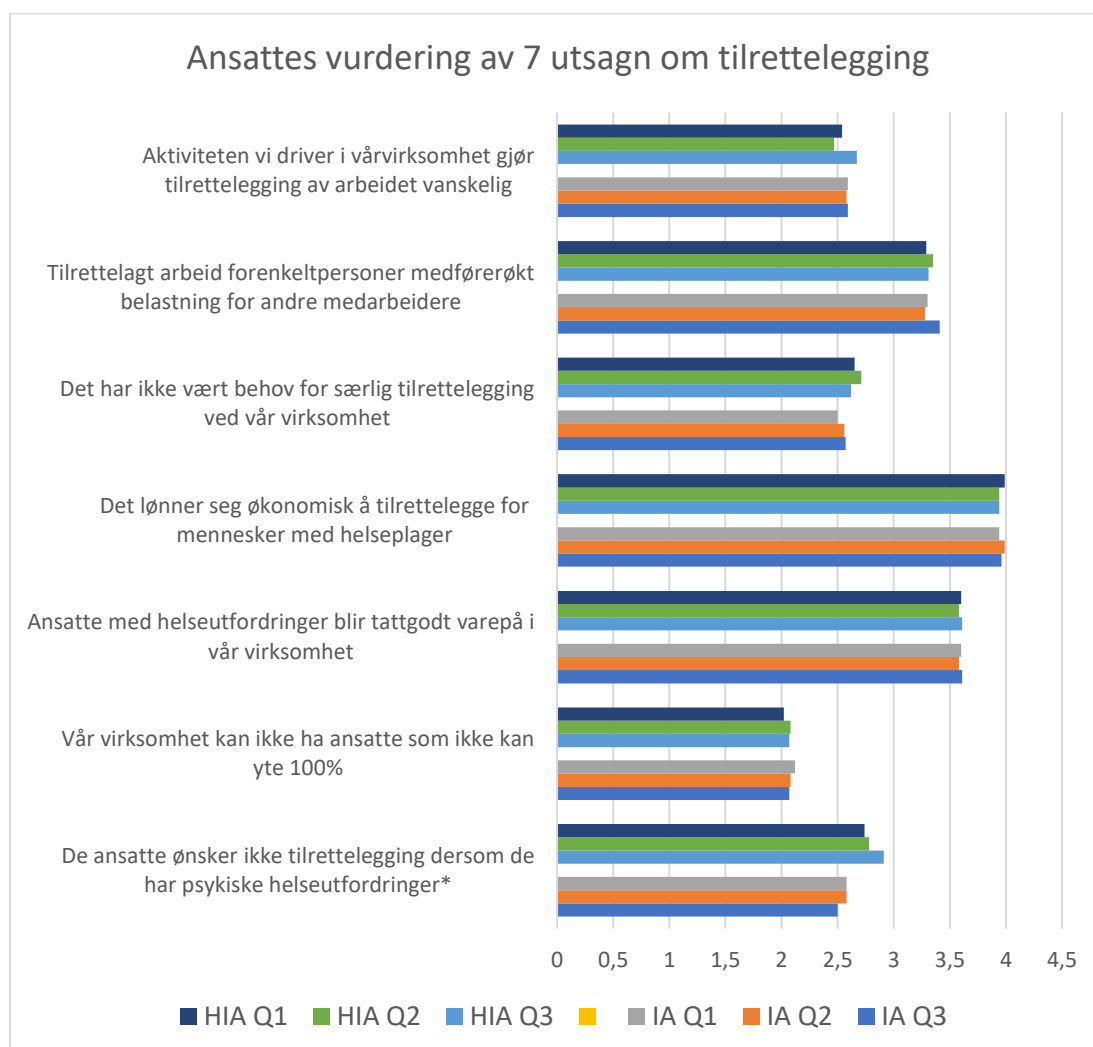
- Aktiviteten vi driver i vår virksomhet gjør tilrettelegging av arbeidet vanskelig
- Tilrettelagt arbeid for enkeltpersoner medfører økt belastning for andre medarbeidere
- Det har ikke vært behov for særlig tilrettelegging ved vår virksomhet
- Det lønner seg økonomisk å tilrettelegge for mennesker med helseplager
- Ansatte med helseutfordringer blir tatt godt vare på i vår virksomhet
- Vår virksomhet kan ikke ha ansatte som ikke kan yte 100%
- De ansatte ønsker ikke tilrettelegging dersom de har psykiske helseutfordringer

Hvert spørsmål ble vurdert med 5 alternativ fra helt enig (1) til helt uenig (5). Gjennomsnitt av svar i de tre spørreskjema-omgangene er vist i figur 3.4.4.

I HIA-gruppen var det flere som helte mot at det ikke var særlig behov for tilrettelegging i spørreskjema 1 og 2. Ellers var det små forskjeller mellom gruppene, og de fleste unnlot å besvare påstanden om at de ansatte ikke ønsket tilrettelegging ved psykiske helseutfordringer, så forskjellen her i spørreskjema 3 må tolkes med varsomhet, selv om den var signifikant mellom gruppene.

Det var ikke signifikante forskjeller i endring av vurdering mellom gruppene hos deltakere som svarte på minst to spørreskjema.

**Figur 3.4.4 Gjennomsnitt av ansattes vurdering av 7 utsagn om tilrettelegging, vurdert fra helt uenig (1) til helt enig (5). Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3).**



\*svært lav svarprosent

### 3.4.3 Sosial støtte fra kolleger

I hvilken grad de ansatte følte støtte fra kolleger ble vurdert med 16 spørsmål med vurdering «slett ikke typisk» (1) til vurdering «svært typisk» (5) som er vist i tabell 3.4.3.

Tabell 3.4.3 Vurdering av kollegaers støtte i HIA- og IA-gruppen ved hjelp av 16 utsagn vurdert fra 1 (slett ikke typisk) til 5 (svært typisk). Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3), n=antall (disse varierer fordi ikke alle besvarte alle spørsmål), p = p-verdiforskjell mellom HIA og IA gruppen

	HIA Q1	IA Q1	p	HIAQ2	IAQ2	p	HIA Q3	IA Q3	p
<b>n</b>	360- 365	559- 565		246- 253	326- 331		195- 199	270- 273	
<b>Viser interesse for hvordan du har det</b>	3,68	3,71	0,61	3,56	3,8	0,003	3,62	3,7	0,38
<b>Løser problemer for deg</b>	3,00	3,12	0,07	2,91	3,08	0,05	2,92	2,99	0,46
<b>Spør om du trenger hjelp</b>	3,16	3,32	0,03	3,13	3,34	0,02	3,13	3,25	0,18
<b>Tar seg av dine problemer</b>	2,40	2,5	0,18	2,33	2,44	0,2	2,36	2,42	0,54
<b>Gjør det lettere for deg å snakke om det som du synes er viktig</b>	3,19	3,28	0,19	3,14	3,36	0,01	3,2	3,25	0,54
<b>Sier du skal være stolt av deg selv</b>	3,01	3,06	0,46	2,89	3,14	0,01	3,01	3	0,93
<b>Samarbeider med deg for å få ting gjort</b>	3,71	3,83	0,04	3,6	3,77	0,03	3,57	3,69	0,18
<b>Presser deg til å gjøre ting</b>	1,86	1,96	0,13	1,74	1,9	0,04	1,83	1,8	0,68
<b>Spør deg hvordan du har det</b>	3,45	3,47	0,71	3,36	3,6	0,01	3,45	3,41	0,73
<b>Gir deg klare råd om hvordan du skal takle problemer</b>	2,92	2,99	0,32	2,73	2,95	0,02	2,81	2,69	0,26
<b>Gir deg informasjon slik at du forstår hvorfor du gjør ting</b>	3,17	3,26	0,22	2,97	3,2	0,02	3,04	3,15	0,29
<b>Forteller deg hva du skal gjøre</b>	2,75	2,78	0,61	2,58	2,64	0,45	2,54	2,6	0,56
<b>Er tilgjengelig for samtale når som helst</b>	3,45	3,52	0,36	3,41	3,58	0,06	3,36	3,43	0,44
<b>Peker på skadelige eller tåpelige måter du ser ting på</b>	1,87	2,03	0,03	1,83	1,91	0,33	1,9	1,84	0,48
<b>Tilbyr en rekke forslag</b>	2,79	2,88	0,18	2,71	2,83	0,19	2,72	2,74	0,77
<b>Lar deg ikke dvele ved opprørende forslag</b>	2,45	2,61	0,02	2,42	2,61	0,03	2,57	2,54	0,69

Stort sett vurderte IA-gruppen utsagnene mer typisk enn HIA-gruppen, noe som tyder på mer opplevd støtte fra kolleger i IA-gruppen. Dette var særlig tydelig i spørreskjema 2, der de fleste utsagn var signifikant forskjellige. I spørreskjema 3 var forskjellene mellom gruppene langt mindre og ikke signifikante for noen av utsagnene. Endringer fra spørreskjema 1 til spørreskjema 3 (difference in difference analyse) hos de som besvarte begge viste tendens til økt støtte i HIA gruppen sammenlignet med IA gruppen, med unntak av «Forteller deg hva du skal gjøre». For utsagnene «Gir deg klare råd om hvordan du skal takle problemer», «Gir deg informasjon slik at

du forstår hvorfor du gjør ting" og «Peker på skadelige eller tåpelige måter du ser ting på» var endringen også statistisk signifikant,  $p=0,02$  -  $p= 0,03$ .

### 3.4.4 Oppsummering arbeidslivsforhold

Gjennomgående rapporterte HIA- gruppen lavere krav og høyere kontroll i arbeidet enn IA-gruppen. Det var små endringer over tid både i og mellom gruppene.

Begge gruppene virket å oppfatte det psykososiale arbeidsmiljøet som bra. I HIA-gruppen var det en tendens til økning av støtte i arbeidsmiljøet i forhold til IA-gruppen over tid, men spørsmålene om kollegastøtte kunne indikere at denne ble opplevd bedre i IA-gruppen særlig etter intervensjonsperioden i spørreskjema 2. Men for de som svarte på både spørreskjema 1 og 3 var tendensen en økning i kollegastøtte i HIA gruppen i forhold til endring i IA gruppen.

Erfaring med tilrettelegging økte særlig i HIA-gruppen, og mest i oppfølgingsåret. Holdningene til tilrettelegging av arbeid viste imidlertid ikke tilsvarende positiv utvikling.

## 3.5 Bruk av helsetjenester

Prosentandel av de som besvarte spørreskjema som rapporterte å ha benyttet ulike helsetjenester er vist i tabell 3.5.1. Andelen som hadde vært hos fastlege gikk ned i HIA-gruppen fra spørreskjema 1 til spørreskjema 2 og 3, men var stabil i spørreskjema 1 og 3 i IA-gruppen. I HIA-gruppen var det også en klar nedgang i bruk av spesialist utenfor sykehus, men oppgangen i poliklinisk kontakt økte mer. Også for bruk av røntgen/CT/MR var det oppgang i HIA-gruppen, mens IA-gruppen viste oppgang i spørreskjema 2 som gikk tilbake på nivå til spørreskjema 1 i spørreskjema 3.

En mulig forklaring på økt bruk av poliklinikk i HIA-gruppen kan være informasjon om HelselArbeid poliklinikken. En henvisning dit vil ofte følge etter røntgen/CT eller MR, og kan derfor bidra til økt billediagnostikk allerede i spørreskjema 2 i HIA-gruppen. Nedgangen i bruk av spesialister utenfor sykehus i HIA-gruppen kan kanskje forklares med HelselArbeid poliklinikken, men dette er vanskelig å si.

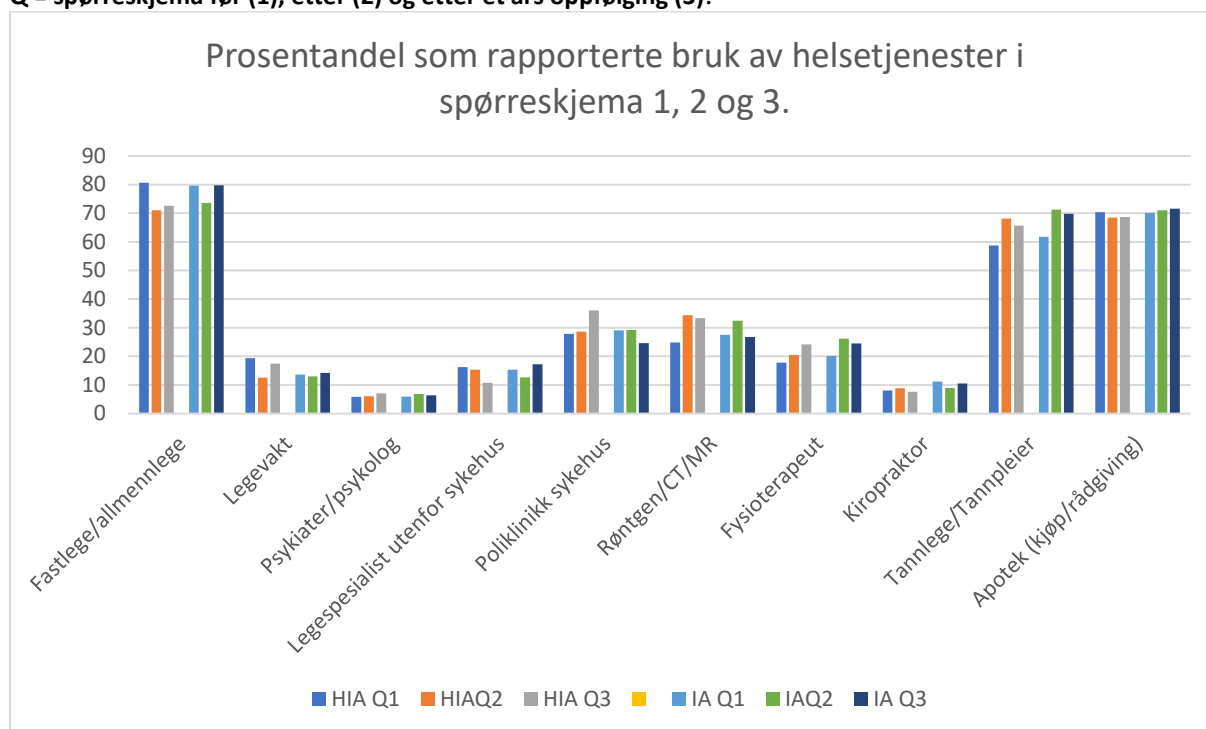
Oppgang i andel med tannlegebesøk i begge grupper kan sannsynlig ses i sammenheng med mer restriksjoner under Covid-19-pandemien i perioden for spørreskjema 1.

Tabell 3.5.1 Prosentandel respondenter som hadde benyttet ulike helsetjenester siste 12 måneder i spørreskjema 1, 2 og 3 i HIA- og IA-gruppen. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3). n=antall (disse varierer fordi ikke alle besvarte alle spørsmål), p= p-verdi

n	HIA Q1	IA Q1	p	HIAQ2	IAQ2	p	HIA Q3	IA Q3	p
	354-367	556-568		245-252	323-330		198-201	265-267	
<b>Fastlege/allmennlege</b>	80,7	79,6	0,69	71,0	73,6	0,48	72,6	79,7	0,07
<b>Legevakt</b>	19,4	13,7	0,02	12,5	13,0	0,86	17,5	14,2	0,33
<b>Psykiater/psykolog</b>	5,8	5,9	0,96	6,1	6,8	0,74	7,1	6,4	0,76
<b>Legespesialist utenfor sykehus</b>	16,2	15,3	0,70	15,3	12,6	0,42	10,7	17,2	0,05
<b>Poliklinikk sykehus</b>	27,9	29,1	0,71	28,7	29,2	0,90	36,0	24,6	0,008
<b>Røntgen/CT/MR</b>	24,8	27,5	0,36	34,4	32,5	0,63	33,3	26,7	0,12
<b>Fysioterapeut</b>	17,8	20,2	0,37	20,5	26,2	0,11	24,2	24,5	0,94
<b>Kiropraktor</b>	8,1	11,2	0,13	8,9	9,0	0,97	7,6	10,5	0,28
<b>Tannlege/Tannpleier</b>	58,7	61,8	0,35	68,1	71,3	0,42	65,7	69,8	0,35
<b>Apotek (kjøp/rådgiving)</b>	70,4	70,1	0,93	68,5	71,0	0,51	68,7	71,6	0,48
<b>Akupunktør</b>	2,3	2,3	0,94	2,0	2,5	0,73	0,5	0,4	0,83
<b>Alternativ behandler</b>	5,3	4,6	0,62	5,7	5,0	0,69	5,1	2,3	0,10
<b>Tradisjonell helbreder</b>	0,8	1,8	0,23	0,8	1,2	0,62	2,0	0	0,02
<b>Nettlege</b>	1,4	3,8	0,04	3,6	3,7	0,95	1,0	1,9	0,44
<b>Helse informasjon internett</b>	55,4	59,6	0,21	49,8	59,3	0,02	55,1	55,6	0,91



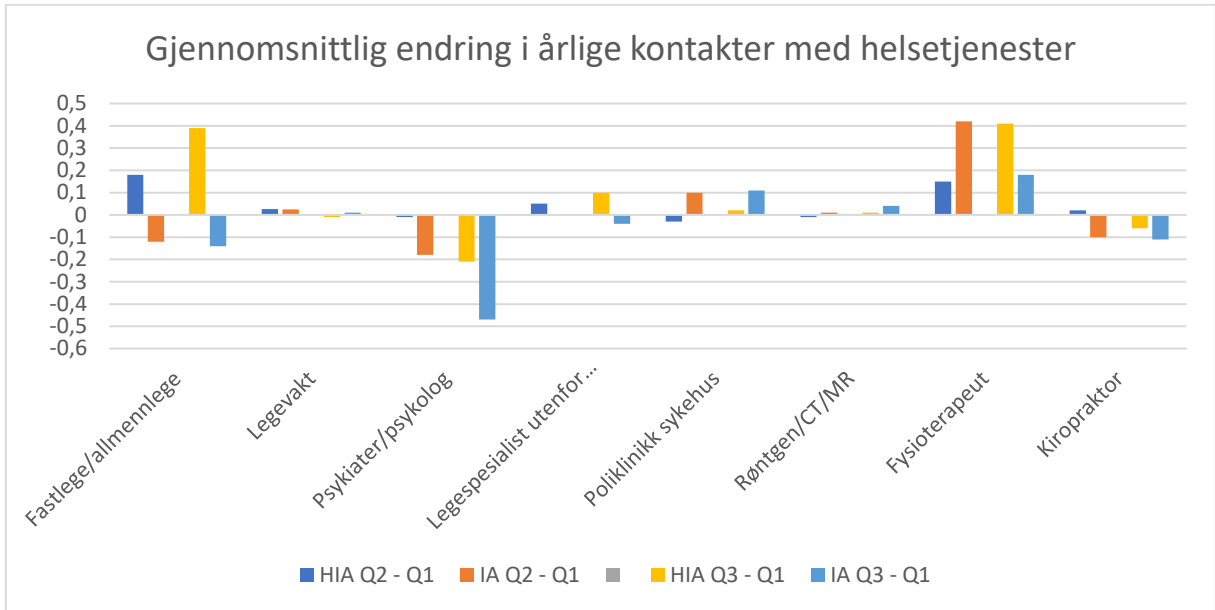
**Figur 3.5.1. Prosentandel som rapporterte bruk av helsetjenester i spørreskjema 1, 2 og 3 i HIA- og IA- gruppen. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3).**



Figur 3.5.2 viser endring i antall egenrapporterte kontakter/konsultasjoner siste år med ulike helsetjenester hos personer som svarte på minst to spørreskjema. Selv om andel personer som hadde hatt kontakt med fastlege gikk ned i HIA-gruppen når man så på alle som besvarte spørreskjemaene, viser figur 3.3.12 at de gjennomsnittlige antall årlige kontakter var økt i det utvalget som svarte på både spørreskjema 1 og 2, og spørreskjema 1 og 3. Økningen i andel som hadde hatt poliklinisk kontakt (figur 3.5.1) gjenspeilet seg heller ikke i økning av antall kontakter siste år i utvalgene som svarte på to spørreskjema (figur 3.5.2). Dersom økningen i andel med poliklinisk kontakt var relatert til HelseArbeid-poliklinikker vil tverrfagligheten i disse kunne redusere behovet for antall kontakter, men vi har ingen videre spesifikasjoner angående hva slags konsultasjoner dette dreide seg om og kan derfor ikke trekke noen konklusjoner.

I den kvalitative del av rapporten refereres utsagn om at adgangen til HelseArbeid-poliklinikken ikke var så lett som antatt. En forventning om lett tilgang spesialistvurdering vil kunne øke søking til tilbudet.

**Figur 3.5.2 Endring i gjennomsnittlig antall kontakter med ulike helsetjenester for de som svarte på minst to spørreskjema, positiv verdi indikerer økning i kontakter med tid. Q = spørreskjema før (1), etter (2) og etter et års oppfølging (3).**



### 3.5.1 Oppsummering bruk av helsetjenester

Andel som hadde vært på sykehuspoliklinikk økte i HIA-gruppen og gikk ned i IA-gruppen over tid, med motsatt trend for kontakt med spesialister utenfor sykehus.

Føringer for kontakt med helsevesenet under Covid-19-pandemien må tas hensyn til i vurderingene. I tillegg har vi også et begrenset antall svar som kan lett føre til overtolkning av resultatene. Senere analyser av registerdata vil kunne gi bedre grunnlag for vurdering.

## 4. Diskusjon

Denne rapporten viser beskrivende data fra intervensjonsstudien "HelseArbeid - et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltagelse?» som ble gjennomført mellom juni 2019 og juli 2023.

Både inkludering av deltakende arbeidsplasser og gjennomføring av intervensjoner ble klart påvirket av endringer i arbeidslivet i perioden som følge av Covid-19-pandemien.

Det var en klar overvekt av langtidsutdannede kvinner i begge armer av studien og denne overvekten økte blant de som besvarte spørreskjema og mest i HIA-gruppen. Det var ikke klare forskjeller i type arbeidsplasser, lokalisering eller forlengelse av intervensjonsfasen grunnet Covid-19-pandemien i de to armene.

Rundt en tredjedel av de ansatte besvarte spørreskjema 1, og en plass mellom 10 og 15 % av alle ansatte besvarte spørreskjema 3. En slik svarprosent maner til forsiktighet med å trekke bastante konklusjoner på grunnlag av spørreskjemadataene.

Både individ- og bedriftsdata talte for at et tverrfaglig HelseArbeid-tilbud på arbeidsplassene kunne redusere sykefravær i planleggings- og gjennomføringsperioden, men kunne ikke vise varig endring av fraværsliv. Stabilitet og involvering fra leder så ut til å øke utbytte av HIA-tilbudet.

Helseinformasjon på arbeidsplassene syntes ikke å påvirke generell tilfredshet og egenvurdert helse ut over tidsmessige endringer, men i spørsmålene om holdninger til rygg- og vanlige psykiske symptomer var det endringer i tråd med informasjonen gitt i presentasjonene. Andelen som rapporterte subjektive symptomer, tenderte til å øke i prosjektperioden. Søvnproblemer så ut til å relativt ofte påvirke arbeidsmulighet.

HelseArbeid syntes ikke å gi endring av krav og kontroll i arbeidet, men HIA-gruppen anga å oppleve mer støtte i arbeidsmiljøet ved oppfølgingstidspunktet, og hadde en økning av opplevd kollegastøtte over tid i forhold til IA-gruppen..

Både egenerfaring og kjennskap til kollegaers tilrettelegging økte klart i HIA-gruppen, men ikke så mye mer enn i IA-gruppen at forskjellen var signifikant.

### 4.1 Styrker og begrensninger

Det klyngerandomiserte designet er en klar styrke av evalueringen, og uavhengig trekning og bruk av lukkede konvolutter sikret mot å kunne påvirke gruppetildelingen. Tilgang til data fra flere kilder er også en klar styrke, dette gjelder både de observasjoner som ble gjort i den kvalitative delen av evalueringen, og tilgang til data fra flere kilder med tanke på sykefraværsutvikling. Samsvar mellom trend i endringer hos samme person og endringer på gruppenivå, vil også kunne styrke eventuelle funn. Gjennomføring av studien i det virkelige liv er også en klar styrke når det skal vurderes hva som er rimelig å forvente av effekt under vanlige omstendigheter, framfor kunstige ideelle forhold.

Samtidig hadde studien flere utfordringer. Pandemien hadde en betydelig påvirkning på både arbeidsplasser og muligheter for gjennomføring av studien etter planen, noe som ikke var mulig å ta høyde for i planleggingen. Nødvendige tilpasninger ble derfor nødvendig, slik som ulik lengde av intervensjonsperioden, for å kunne gjennomføre planlagte aktiviteter utenom nedstengningsperioder. Pandemien påvirket også arbeidsliv, organisering og tilgang på arbeidskraft, jfr beskrivelser ved deltagende observasjon i den kvalitative studien hvordan mangel på vikarer påvirket mulighet for tilrettelegging av arbeidsoppgaver. Og selv om randomiseringen i noen grad forventes å kompensere for dette ved sammenligning av to intervensjoner, kan påvirkning ikke utelukkes.

Rekrutteringen ga også utfordringer med tanke på ekstern validitet utover arbeidsplasser med stor overvekt av langtidsutdannede kvinner, slik at resultatene fra spørreskjema-dataene ikke er representative for alle deler av arbeidslivet. Vansker med å raskt finne aktuelle arbeidsplasser for deltakelse i studien medvirket sannsynligvis til at noen arbeidsplasser ble overtalt og andre «pålagt» deltakelse fra overordnet nivå i bedriften. Manglende forankring på arbeidsplassnivå påvirket rapporteringsvilje og syntes også å kunne påvirke resultatet. På den andre sida kan dette også være en styrke ved studien fordi den viser betydningen av riktig innsalg og god forankring i arbeidsplassenhetene for å hente ut den mulige gevinsten.

En annen utfordring var svarprosenten. Mens vi fikk individuelt samtykke fra om lag en av tre mulige deltakere, svarte bare en av fire mulige deltakere på første spørreskjemaet, og bare en av 8-10 mulige deltagere på det siste spørreskjemaet. Både antall arbeidsplasser og flere «store» arbeidsplasser bidrar til forskjellen i deltagere i første spørreskjemaet. Frafallet var noe større i IA gruppen enn HIA gruppen fra første til siste spørreskjema. Dette gjør det mulig at vi fikk en skjevhet i deltaker-utvelgelse (seleksjonsskjevhet). I forhold til IA gruppen var andel menn i HIA gruppen mindre i spørreskjema 3 enn i spørreskjema 1. Når også tendensen i kollegastøtte var noe ulik på gruppenivå totalt, enn hos de som svarte på gjentatte spørsmål, kan det ikke utelukkes at intervensjonen kan påvirke hvem som svarer i flere runder. Dette taler for forsiktighet i trekking av bastante konklusjoner. Videre analyser i modeller som prøver kontrollere for faktorer som kan påvirke resultatet, vil trolig kunne øke generaliserbarheten.

Styrkeberegningene tilsa at vi burde ha 250 i hver arm for med rimelig sikkerhet kunne fange reelle forskjeller mellom gruppene. HIA-gruppen falt under dette tallet i tredje runde med spørreskjema. Og antallet utelukket at hensiktsmessige separate analyser for menn.

Alt i alt bør funnene vurderes med varsomhet, da det er fare for både type 1 og type 2 feil, det vil si at man konkluderer med at det er en effekt eller en forskjell når det i virkeligheten ikke er det, eller omvendt: Lavt antall respondenter åpner for skjevheter som kan gi falsk positive svar, og manglende styrke kan medføre avvising av funn som er reelle og betydningsfulle.

## 4.2 Sykefravær

I tråd med tidligere funn av Ree E et al, Odeen M et al og Johnsen TL e al (13,15,16) viste resultatene redusert fravær i HIA-gruppen i tilknytning til intervensjonsperioden. Samtidig var det overaskende å se en økning i året etter intervensjonsperioden. Mens de tidligere studiene (13,15,16) hadde ett års oppfølging etter inkludering, fulgte vi opp ytterligere ett år etter avsluttet intervensjon, som i vårt tilfelle tilsa minst to år etter at informasjonen om rygg- eller muskel-/skjelettplager ble gitt på arbeidsplassen. Enda mer uventet var at økningen i stor grad syntes å komme for muskel-/skjelett- og psykiske symptomer, som har vært tema i intervensjonen.

En mulig forklaring kan være den skuffelsen noen av Seppola-Edwardsen sine informanter i den kvalitative evalueringsrapporten uttrykte med omsyn til tilgangen til spesialisthelsetjenesten. Har tilbudet vært «oversolgt» og forventningen om rask hjelp med symptomer blitt urealistisk, vil det kunne gi skuffelse og venting på et tilbud. Erfaringsmessig vil ofte venting på billediagnostikk og/eller spesialistvurdering følges av sykemelding. Tendensen til økt andel med poliklinikk-kontakt i HIA-gruppen i spørreskjema 3 kan støtte en slik hypotese.

En alternativ forklaring er at vi først og fremst så en «Hawthorneeffekt» (23); søkelys på sykefravær på arbeidsplassen ga i seg selv en effekt på sykefravær så lenge intervensjonen pågikk. Vi så en oppgang i sykefravær tettere opp mot inkludering i IA-gruppen og først etter avsluttet intervensjonsperiode i HIA-gruppen. Hypotesen om Hawthorneeffekten kunne støttes av våre funn, dersom deltakerne i IA-gruppen opplevde at deltakelsen i prosjektet sluttet langt tidligere, fordi IA-gruppen hadde ingen eller tidlige leveranser i intervensjonsfasen.

I den kvalitative rapporten i prosjektet beskrives også de ansattes opplevelse av et strammere arbeidsmarked med mangel på vikarer i barnehagen som reduserte mulighet for tilrettelegging og økte slitasje på ansatte som førte til økt fravær. Både i barnehagene som dominerte i næringskategorien *utdanning* i studien vår, og i helse- og omsorgssektoren er dette en kjent utfordring i tiden etter Covid-19-pandemien. Med mindre pågående aktiv deltagelse i HIA-delen av forsøket demper effekten av dette, ville en forvente at fraværs økningen i de to gruppene kom samtidig, i den grad denne tilstrammingen var fraværdrivende. Økt opplevd støtte uten endring av opplevd krav og kontroll kan indikere en effekt av intervensjonen.

Resultatene understreket betydningen av lederinvolvering som også ville støtte hypotesen av en Hawthorneeffekt.

Overraskende for prosjektgruppen var den store turnover av ledere i prosjektperioden, og manglende kunnskap om hvordan hente ut fraværdata for egen arbeidsplass. Når det gjelder turnover av ledere vil sannsynligvis sykefraværdrivende faktorer på en arbeidsplass også kunne tære på ledere og dermed bidra til turnover. Tiltak som fikk mellomlederne til å forbli i jobben vil sannsynlig også kunne styrke involvering i sykefraværarbeidet. Mange tilbakemeldinger om at ledere ikke visste hvordan de skulle ta ut fraværstatistikk for egen arbeidsplass kan tale for at sykefraværsoppfølging ikke er høyt prioritert. Disse erfaringene i prosjektet kan kanskje tale for en dreining tilbake til å tilby kurs med lederstøtte og opplæring i sykefraværarbeid som viktig del av NAV arbeidslivsenter sin satsing.

Når forskjellen i fraværsendring mellom gruppene indikerer redusert fravær med 10 dagsverk per årsverk over tre år framstår forholdet mellom innsats og gevinst god.

### 4.3 Trivsel og helse.

Resultatene talte ikke for at HIA-tilbudet hadde en mer gunstig effekt på selvopplevd helse og trivsel enn et IA-tilbud som ble valgt etter arbeidsplassen sitt ønske. Gjennomføring av studien i en periode med pandemi og uvanlige livs- og arbeidsforhold vil ha kunnet påvirke resultatene, men det er ikke mulig å si på hvilken måte. Når det i utgangspunktet var et utvalg av stort sett friske personer med god trivsel, vil det være vanskeligere å vise eventuelle endringer på bakgrunn av en intervensjon, fordi potensialet for bedring vil være mindre enn i et utvalg basert på helseutfordringer.

Besvarelsene av spørsmål om helseangst pekte i retning av at denne reduseres i intervensjonsperioden i HIA-gruppen, men en eventuell effekt virket å være forbigående. I et eget arbeid kunne vi ikke påvise noen effekt av pandemien på helseangst i vårt presumtvt friske arbeidende utvalg når man så på hele gruppen av deltakerne (22).

Med omsyn til holdninger til vanlige helseplager, som settes søkelys på i HIA-intervensjonen, så vi noen endringer som forventet, men ikke like overbevisende som i tidligere IBedrift-intervensjonsforsøk (13,15,16). Tiden som har gått siden disse andre studiene ble gjennomført kan ha økt kunnskapsgrunnlaget i befolkningen, slik at potensialet for endring ble redusert. Vårt utvalg med en relativt stor andel deltakere fra helse- og velferdssektorene og overvekt av langtidsutdannede, kan ha virket i samme retning.

Et overraskende funn var reduksjonen i tro på at fysisk aktivitet var bra ved lave ryggsmarter. I den kvalitative rapporten refereres et misforhold mellom egenerfart kunnskap hos ansatte, og det som ble presentert om ryggens tåleevne i presentasjonene. Dette vil kunne forklare en viss reservasjon på hvor mye fysisk aktivitet som er gunstig når man opplever smerter.

Med psykiske symptomer som en stadig økende andel av sykefraværet i landet, var det overraskende få som rapporterte klassiske depresjons- eller angst symptomer som påvirket mulighet til arbeidsdeltagelse. Dette kan skyldes en utvelgesseskjevhet i hvem som svarte. Samtidig rapporterte en langt høyere andel søvnevansker og tretthet som påvirket arbeidsmulighetene. I alle fall søvnproblem vil i diagnosesystemet for sykmeldinger komme inn under P-diagnoser som psykisk lidelse. Noe av tretthetsplager vil erfaringsmessig også havne her. Dette kan tale for at søvnhygiene burde få en større plass i presentasjonene på arbeidsplassene i HIA tilbudet.

### 4.4 Arbeidsplassforhold

Den kvalitative rapporten referer erfaringer som tilsier at det ble lettere å komme på jobb med plager i prosjektperioden. Våre funn med både økt andel som selv hadde erfaring med eller kjente til tilrettelegging i arbeidet for kollegaer støtter dette. HIA-gruppen rapportere også økt støtte i arbeidsmiljøet, uten at det var klare endringer med omsyn til krav og kontroll. Den økte støtte i arbeidsmiljøet i HIA-gruppen ble støttet av endring av kollegastøtte hos de som svarte på både første og tredje spørreskjema, selv om det på gruppenivå kunne se ut som kollegastøtten opplevdes best i IA gruppen ved spørreskjema 2. . En mulig forklaring vil kunne være om det skjer en endring i forventningene om støtte under HIA-intervensjonen.

For deltidsansatte vil sannsynligvis mulighetene for tilrettelegging ha særlig betydning. Dette spesielt når helse er årsaken til redusert arbeid. Selv om antall deltakere var for få til å gi tilstrekkelig styrke til å konkludere syntes fraværsutviklingen særlig gunstig for deltidsansatte i HIA-gruppen. Ved alternative forklaringer til redusert fravær ved deltidsarbeid i HIA-gruppen ville en forventet at det slo mer likt ut i HIA- og IA-gruppen.

Samtidig referer den kvalitative rapporten endringer på arbeidsplasser som slet med rekruttering og vikarer som gjorde det vanskeligere med tilrettelegging. Dette, sammen med økte krav i den situasjonen vil kunne bidra til økt fravær. Dette kan også være medvirkende til at holdningene til muligheter for tilrettelegging ikke ble mer positive etter intervensjonsperioden.

#### 4.4 Prosjekterfaringer

I inkluderingsfasen erfarte vi at det var flere som trakk seg da det ble klart at tilbudet ikke var spisset mot de sykemeldte, men mot arbeidsmiljø og håndtering av vanlige plager mer generelt.

Erfaringene med manglende kunnskap om innhenting av egen fraværstatistikk kan også indikere en nedprioritering av det generelle fraværarbeidet i arbeidsmiljøet. Fra informantene i den kvalitative rapporten i prosjektet poengtertes nettopp betydningen av involvering i gruppeprosesser rundt det som ble omtalt i presentasjonene som vesentlig.

Stor turnover av ledere på arbeidsplassene, vil fort gi utfordringer med forankring av HelseArbeid-tiltaket i arbeidsmiljøet. En slik forankring med sterk lederinvolvering framstår viktig, ikke bare for å få effekt i en prosjektperiode, men også om man skal oppnå mer varige endringer i håndtering av helseplager og sykefravær på arbeidsplassen. Når mange av arbeidsplassene også opplevde bytte av arbeidslivsrådgivere fra NAV gjennom prosjektperioden, kan det ha bidratt til utfordringer med rekruttering, forankring og oppfølging av arbeidsplasstiltak.



## 5. Oppsummering

Prosjektet bekrefter tidligere funn av at helseinformasjon på arbeidsplassen har potensiale for å redusere sykefravær, og øke bruk av tilrettelegging av arbeid.

Avgjørende for effekten syntes være forankring, brukermedvirkning og tett lederinvolvering. Dette vil kanskje også kunne løse den store utfordringen med å nå mer varige endringer ut over prosjektperioden.

Arbeid med arbeidsmiljø og sykefravær er på ingen måte uavhengig av hvilke endringer som eller skjer i samfunn og arbeidsmarked.

Resultatene kan tale for at temaene mestring av søvnvansker, søvnhygiene, og hensiktsmessig håndtering av tretthet/slitenhet burde inkluderes i HIA-presentasjonene og arbeidsplassprosessene.

Lederinvolvering framsto viktig for resultatene, og kan tale for at lederstøtte og opplæring i sykefraværsoppfølging kan være hensiktsmessig i NAV arbeidslivssenter sin arbeidsplasskontakt.

## 6. Referanseliste

1. Christoffersen M.B. MB (2016) Nytt nasjonalt konsept HelseArbeid. NAV and Helsedirektoratet.
2. Sundell T (2017) Sykefraværnotat - Uviklingen i sykefraværet, 4.kvartal 2016: NAV statistikk.
3. Eriksen HR, Ursin H, Svendsrød R *et al.* (1998) Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *European Journal of Public Health* **8**, 294-298.
4. Tveito TH, Passchier J, Duivenvoorden HJ *et al.* (2004) Subjective health complaints and health related quality of life in a population of health care workers. *Psychology & Health* **19**, 247-259.
5. Ihlebæk C, Ødegaard A, Vikne J *et al.* (2006) Subjective health complaints in patients with chronic Whiplash Associated Disorders (WAD) ; relationships with physical, psychological, and collision associated factors. *Norsk epidemiologi* **16**, 119-126.
6. Indregard A-M, Ihlebæk C, Eriksen H (2013) Modern Health Worries, Subjective Health Complaints, Health Care Utilization, and Sick Leave in the Norwegian Working Population. *Official Journal of the International Society of Behavioral Medicine* **20**, 371-377.
7. Svensen BE, Arnetz RB, Ursin RH *et al.* (2007) Health Complaints and Satisfied With the Job? A Cross-Sectional Study on Work Environment, Job Satisfaction, and Subjective Health Complaints. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* **49**, 568-573.
8. Grøvle L, Haugen AJ, Ihlebaek CM *et al.* (2011) Comorbid subjective health complaints in patients with sciatica: A prospective study including comparison with the general population. *Journal of Psychosomatic Research* **70**, 548-556.
9. Reme SE, Tangen T, Moe T *et al.* (2011) Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *Eur J Pain* **15**, 1075-1080.
10. Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR *et al.* (2006) Comorbid subjective health complaints in low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* **31**, 1491-1495.
11. Huitfeldt, Støre (2013) Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse [AH-o omsorgsdepartementet, editor].
12. Odeen M, Magnussen LH, Maeland S *et al.* (2013) Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occup Med (Lond)* **63**, 7-16.
13. Ree E, Lie SA, Eriksen HR *et al.* (2016) Reduction in sick leave by a workplace educational low back pain intervention: A cluster randomized controlled trial. *Scand J Public Health* **44**, 571-579.
14. Sorensen PH, Bendix T, Manniche C *et al.* (2010) 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 Musculoskelet Disord* **11**, 212.

15. Odeen M, Ihlebæk C, Indahl A, et al. Effect of Peer-Based Low Back Pain Information and Reassurance at the Workplace on Sick Leave: A Cluster Randomized Trial. 2013 doi: 10.1007/s10926-013-9451-z
16. Johnsen TL, Eriksen HR, Baste V, et al. Effect of Reassuring Information About Musculoskeletal and Mental Health Complaints at the Workplace: A Cluster Randomized Trial of the atWork Intervention. *J Occup Rehabil* 2019;29(2):274-85. doi: 10.1007/s10926-018-9786-6 [published Online First: 2018/05/23]
17. Vångeng and Guldvog (2016) *Arbeid og helse - et tettere samvirke*. NAV and Helsedirektoratet.
18. NAV (2013) *Kunnskapsstrategi i NAV 2013-2020*.
19. **ClinicalTrials.gov ID** NCT04000035 Health in Work - a Measure for Increased Coping and Work Inclusion (HiAforsk)
20. Höper AC, Terjesen CL, Fleten N. Comparing the New Interdisciplinary Health in Work Intervention with Conventional Monodisciplinary Welfare Interventions at Norwegian Workplaces: Protocol for a Pragmatic Cluster Randomized Trial. *JMIR Res Protoc*. 2022 Apr 7;11(4):e36166. doi: 10.2196/36166. PMID: 35388792; PMCID: PMC9030981.
21. Steinsbekk A (2008) Måling av effekt av pasientopplæring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
22. Norbye AD, Farbu EH, Terjesen CL, Fleten N, Höper AC. The level of health anxiety before and during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2023 May 24;18(5):e0285799. doi: 10.1371/journal.pone.0285799. PMID: 37224119; PMCID: PMC10208469.
23. Wickstrøm G, Bendix T. The "Hawthorne effect"- what did the original Hawthorne studies actually show? *Scand J Work Environ Health* 2000;26:363-367.

## HelseIArbeid - et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltagelse?

En analyse av virkning, kostnader og effekt av forebyggende

kunnskapsformidling på arbeidsplassen.

Nils Fleten<sup>1</sup>, Tone Seppola-Edwardsen<sup>2</sup>, Anje Christina Höper<sup>2,3</sup>, Christoffer Terjesen<sup>3</sup>, Ingri Emelie Henriksen<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nav Troms og Finnmark, <sup>2</sup> ISM, UiT Norges arktiske universitet, <sup>3</sup> Universitetssykehuset Nord-Norge

**Bakgrunn:** Som ledd i innsatsen mot et vedvarende høyt nivå av sykefravær, hovedsakelig forårsaket av muskel- og skjelettplager samt psykiske symptomer, ble HelseIArbeid lansert som en del av IA avtalen fra 2019. Dette tiltaket, en videreutvikling av iBedrift, omfatter både en bedriftsrettet del og en individrettet del. Bedriftstiltaket informerer alle ansatte om vanlige muskel- og skjelettlidelser, smertetilstander og psykiske symptomer, og diskuterer hvordan disse utfordringene kan håndteres på arbeidsplassen. Den andre delen av HelseIArbeid-konseptet som tilbyr poliklinisk avklaring og kortvarig behandling ved muskel- og skjelettsmerter og vanlige psykiske helseplager, Individtiltaket, undersøkes i en annen studie og blir ikke omtalt her.

**Gjennomføring:** HelseIArbeid bedriftstiltaket (videre i rapporten kalt HIA) består av tre hovedmoduler som tilbys direkte på arbeidsplassene:

- 1) Muskel- og skjelettplager og inkludering på arbeidsplassen.
- 2) Smertemestring og arbeidsmiljø.
- 3) Psykisk helse og arbeid.

Disse modulene, presentert av spesialisthelsetjenesten og ansatte fra NAV arbeidslivssenter (NALS), er spredt over ett år for å gi tid til implementering og tilpasning gjennom gruppearbeid i arbeidsmiljøet.

**Mål:** Målet med tiltaket er å redusere sykefravær og opprettholde arbeidsdeltagelse ved å øke forståelsen for helseplager og fremme effektive tilnærminger både for individet og arbeidsplassen.

**Forskning og evaluering:** Behovet for forskningsbasert evaluering ble understreket i planleggingsfasen av det nasjonale konseptet, og i 2018 tildelte NAV FoU midler til evaluering av bedriftstiltaket gjennom et samarbeid mellom NAV Troms og Finnmark, UiT – Norges arktiske universitet og Universitetssykehuset Nord-Norge.

**Metode:** Forskningsprosjektet HelseIArbeid bedriftstiltaket benyttet både kvalitativ metode med deltagende observasjon og semistrukturerte intervjuer i to bedrifter, og en klyngerandomisert kontrollert studie for å vurdere effekten på sykefravær, helsetjenesteforbruk, selvrappoert helse og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer. Den kvalitative delen belyser hvordan deltakere oppfattet og opplevde HIA intervensjonen. Notater og intervjuopptak ble analysert med etnografisk metode. I den kvalitative delen ble arbeidsplasser som ønsket å delta tilfeldig fordelt gjennom trekning til enten HIA intervensjonen eller tilbud om vanlig oppfølging fra NALS (IA), men uten tilbudet om HIA intervensjonen. Informasjon om helse,

symptomer, trivsel og arbeidsmiljø ble samlet inn med spørreskjema, både før og etter intervensjonen, samt etter ytterligere ett års oppfølging. For deltagere som samtykket ble oversikt over legemeldt sykefravær innhentet fra NAV, og opplysninger om helsetjenesteforbruk fra Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Mulige effekter av tiltaket ble så belyst med forskjell i endring over tid i henholdsvis HIA og IA gruppa. Metoden er nærmere beskrevet i egen protokollartikkel (JMIR Res Protoc. 2022, DOI: 10.2196/36166).

**Godkjenninger:** Prosjektet har mottatt nødvendige godkjenninger og anbefalinger fra regional etisk komite og relevante personvernombud, og er registrert i ClinicalTrials.gov ([NCT04000035](#)).

## Resultater

**Kvalitativ studie:** De to bedriftene der intervjuene ble gjort, var en større bilbedrift og en liten barnehage. De fleste som deltok i intervjuer eller samtaler med forskeren, ga positive tilbakemeldinger på modulene. De fremhevet at innholdet var forståelig og relevant, og at det var basert på en helhetlig forståelse av kropp, sinn og sosialt liv. Mange satte pris på gruppearbeidet, da det ga rom for å diskutere temaene internt.

Tilbakemeldingene varierte noe, avhengig av deltakernes egne livserfaringer. Selv om det var stor tillit til informasjonen som ble presentert, var det noen som uttrykte tvil basert på egne erfaringer, spesielt om hva ryggen tåler. Noen stilte også spørsmål ved om det alltid var best å møte på jobb og få tilrettelegging, og pekte på hensynet til kollegaene. Ved for lav bemanning var det ikke kapasitet til å tilrettelegge og samtidig få gjort det nødvendige. Andre pekte på mulighetene for å bli fortere frisk ved alternative aktiviteter, samtidig som det opplevdes uklart hva en sykemeldt kan gjøre i det offentlige rom.

Flere ledere og ansatte rapporterte at det hadde blitt enklere å diskutere muligheter for tilrettelegging på jobb, noe som også inkluderte å snakke åpent om helse og arbeidskapasitet. På begge arbeidsplassene merket ansatte at det var mindre snakk om andres fravær, og en økt forståelse for at man ikke alltid kan se hva andre strever med. Ansatte med plager fortalte at det var blitt lettere å få tilrettelegging, og at trivselen på jobb hadde økt.

Selv de som ikke opplevde at de lærte noe nytt, mente at det var nyttig for andre. De så verdien i økt forståelse for andres plager og at man ikke nødvendigvis måtte holde seg hjemme ved smerter. Uttalelsene fra både ledere og ansatte viste at de la merke til at kolleger møtte opp, selv med redusert kapasitet, noe som signaliserte et ønske om å bidra. De som møtte opp og opplevde velvilje til tilrettelegging, følte også at deres plager ble akseptert, og at de var velkomne på jobb.

Sammenfattende virket det som om HIA-intervensjonen kan bidra til bedre forståelse for vanlige helseplager og økt vilje til å gå på jobb selv med helseplager, fremme dialog om tilrettelegging av arbeidsoppgave og bidra positivt til arbeidsmiljøet. Innholdet i modulene bør revideres med tanke på mengde informasjon, velge færre tema og gi rom for nyanser og tydeliggjøring av budskap der rapporten viser at misforståelser eller uklarheter kan oppstå.

### **Klyngerandomisert studie:**

**Materiale:** Totalt 97 arbeidsplasser samtykket til deltagelse i studien. Etter trekningen var 45 arbeidsplasser tilordnet HIA og 52 til IA tilbud. Bedrifter som skulle ha sine presentasjoner i perioder med nedstengning grunnet pandemi fikk forlenget intervensjonsperioden med et halvt eller et helt år.

Av de 45 arbeidsplassene som ble trukket til HIA var det 9 som ikke gjennomførte alle tre presentasjonene. Tilsvarende trakk 7 bedrifter i IA gruppa seg fra videre oppfølgingsaktiviteter underveis, og for 12 av de 40 inkluderte i IA-gruppa vi har bedriftsdata sykefravær, var det ikke registrert leveranser fra NAV arbeidslivssenter i intervensjonsperioden. Tre fjerdedeler av bedriftene var fra offentlig sektor, men det var ikke klare (signifikante) forskjeller i fordeling på næring, sektor, eller lokalisasjon mellom HIA og IA arbeidsplassene. Resultatene er basert på hva de ble trukket til, uavhengig av om de gjennomførte eller ikke.

Totalt 1457 ansatte samtykket til å bidra med individuell informasjon, hvorav 941 besvarte spørreskjema 1, 589 spørreskjema 2 og 404 spørreskjema 3. Tilsvarende samtykket 1299 personer til innhenting av fraværdata fra NAV og 1289 helsetjeneste forbruk fra Helfø.

Det var en klar overvekt av kvinner som svarte i begge grupper, men mest uttalt i HIA gruppa med 81% mot 72% kvinner i IA gruppa. Andelen med 4 års høyskole- eller mer utdanning var langt høyere enn gjennomsnittet i landsdelen, og særlig innen «kontorarbeid» og helse var det tydelig med 80 % langtidsutdanna, mens innen handel, renhold og verksted var andelen med grunn og fagutdanning over 90%.

Både svarprosent, manglende representativitet ved overvekt av langtidsutdanna kvinner, og endringer i arbeidslivet under og etter pandemien, gjør at man må utvise forsiktighet i tolking og generalisering av funnene.

**Fravær:** Andelen arbeidsplasser som rapporterte det egenmeldte fraværet var for lavt til å gi meningsfulle analyser av utvikling, og i egenrapportert fravær i spørreskjema tyda svarene på en del sammenblanding av egen og legemeldt fravær. Omtalen av fraværutvikling gjelder derfor legemeldt fravær på arbeidsplassnivå og individnivå fra de som samtykket til kobling til NAV-data. På bedriftsnivå fikk vi fraværutvikling for 34 arbeidsplasser i HIA gruppa og 42 i IA gruppa., samt 8 arbeidsplasser registrert under 2 overordna bedriftsnummer med både HIA og IA.

Fra oppstart til gjennomført intervensjonsperiode viste HIA arbeidsplassene en nedgang i legemeldt sykefravær fra 7,9% til 7,4% men så en oppgang til 8,4 % etter endt intervensjon, IA gruppa viste i en større oppgang fra oppstart til etter endt intervensjon - fra 6% til 7,8%. Forskjell i endring i fravær mellom gruppene tilsvarer 1,2 prosentpoeng fra 2019 til 2020, 1,6 prosentpoeng fra 2019 til 2021 og 1,3 prosentpoeng fra 2019 til 2022. Dette tilsvarer en gevinst i HIA gruppa på opp mot 10 dagsverk per årsverk i løpet av tre år sammenlignet med IA gruppa. Fraværet i bedriftene der de 8 ikke kategoriserte arbeidsplassene inngikk vist fall fra 10,4% i 2019 til 9,3% i 2022. I samme periode økte fraværet i Troms og Finnmark fra 7,1% til 7,8%.

Med forbehold om små tall, var det i helsesektoren og innen industri/verksted/handel/renhold vi så størst effekt av HIA sammenlignet med IA gruppa. Der det var registrert leveranser fra NAV arbeidslivssenter i IA gruppa var både tidsbruk og fraværutviklingen ganske lik HIA gruppa. Individuelt legemeldt sykefravær fra NAV-register viste statistisk signifikant gunstigere fraværutvikling i HIA bedrifter og støtter funnet i bedriftsdata. gunstigere fraværutvikling i HIA bedrifter og forskjellen var statistisk signifikant. Best effekt så vi i aldersgruppa 40-59 år. Men det var også i dette aldersspennet økningen i fravær var klarest i oppfølgingsåret i HIA gruppa. Den observerte økning i HIA gruppa i 2022 var mest tydelig for sykmeldinger med P diagnoser (psykiske symptomer), der økningen i lengde var større enn økning i antall personer. Sammenfattende støtter funnene en effekt på sykefraværet så lenge oppmerksomheten holdes oppe.

**Forhold på arbeidsplassen:** Personer med deltidsarbeid syntes ha bedre effekt av HIA intervensjonen. Dette kan ha sammenheng med bedre tilrettelegging. I den kvalitative rapporten oppgir de ansatte at de opplevde det lettere å få forståelse for, og gjennomføring av tilretteleggelse på arbeidsplass. Det gjenfinnes i spørreskjema med en signifikant økt andel som rapporterer at de eller kollegaer har fått tilrettelegging i HIA gruppa. Samtidig ble holdningene til tilrettelegging ikke mer positive, som kan forstås i lys av erfaringene som ble rapportert i den andre bedriften i den kvalitative rapporten. Tilrettelegging ble der oppfattet som en økt belastning for kolleger når bemanningen allerede opplevdes for lav.

Økt opplevd støtte i arbeidsmiljøet i HIA gruppa er også i tråd med økt andel med tilrettelegging, samtidig var ikke endringene i spørsmål om støtte fra kollegaer like entydig positive på gruppenivå, men økt støtte når både første og siste spørreskjema var besvart i HIA.

Ved innhenting av fraværdata og tidsbruk på arbeidsplassene kom det fram at utskiftingen av ledere var stor på arbeidsplassene, da 31% av inkluderte arbeidsplasser fikk ny leder over tre år. Manglende kjennskap til uttak av enhetens fravær var overaskende stort i offentlig sektor. Det virket som om stabilitet av leder og ledersmedvirkning, samt kontinuitet av NAV arbeidsrådgiver hadde en gunstig effekt på fraværutvikling.

**Trivsel og selvopplevd helse:** Det var ikke signifikante endringer i rapportert trivsel eller vurderinga av hvor meningsfullt livet var hverken i HIA eller IA gruppa, og i den grad det var en tendens var den redusert i løpet av oppfølgingen? Samtidig må det bemerkes at respondentene rapporterte høy trivsel og fornøydhets med livet.

I vurderinga av egen helse på en skala fra 0 til 100 var middelverdien 80 i begge grupper. HIA gruppa tenderte til å ha høyere gjennomsnittsverdi enn IA gruppa i utgangspunktet, men det jevnet seg ut gjennom prosjektperioden. Da aldersendringer og symptomoppmerksomhet av spørreskjema burde slå likt ut, reiser det spørsmål om intervensjonen i seg selv kan gi økt symptomoppmerksomhet med reduksjon i egenvurdert helse. En økning i andel som rapporterte luftveissymptomer i siste spørreskjema kan også bidra. Dette er i tråd med den økning en så i forkjølelse- og influensasymptomer når smitteverntiltakene mot Covid ble avvirket.

I intervensjonsperioden fra spørreskjema 1 til 2 var det gunstigere symptomutvikling i HIA enn IA gruppa, men fra spørreskjema 1 til spørreskjema 3 viste HIA gruppa større økning i rapporterte symptomer siste måned. De mest vanlige symptomene var tretthet og søvnproblem, samt smerte i hode, nakke, skuldre og rygg. Mellom 10 og 15 % rapporterer at hver av disse er til hinder for å gjøre noe de ønsker på jobb enten i liten eller i stor grad. Angst og depresjonssymptomer var rapportert å hindre arbeid hos kun 2 til 4 %, som er uventa få i lys av økningen av sykmelding med P-diagnoser. En mulig forklaring er at de i mindre grad svarer på spørreskjemaene, men kan også støtte at mye av P-diagnosene er knyttet til tretthet og søvnvansker.

Presentasjonene fra helsepersonell i HIA gruppa tar opp forhold mellom vanlige plager og arbeid, og selv om mange i den kvalitative studien oppgir at mye er kjent stoff, opplever de informasjonen nyttig i arbeidsmiljøet. Spørreskjemaene viser også at holdninger til ryggsmertes og angst/depresjon endres i ønsket retning. Et unntak er spørsmålet om skade som årsak til ryggsmertes, der den kvalitative undersøkelsen også rapporterer noe uenighet mellom egen erfaringer og helsepersonellet sin kunnskap.

Gunstigere utvikling av sykefravær i HIA gruppa kan tale for at håndtering av symptomer endres, samtidig som både presentasjoner og spørreskjema kan gi økt oppmerksomhet på symptomer, og forklare oppgangen i symptomrapportering.

**Helsetjenesteforbruk:** Om HIA vil kunne endre helsetjenesteforbruk vil bli belyst i egen artikkel som ledd i Phd-arbeidet basert på registerdata av forbruk før og etter intervensjonsperioden. Der kan også restriksjoner under pandemien tas hensyn til.

Spørreskjemadataene kan tale for en liten nedgang i andel som har oppsøkt lege, inkludert legespesialist utenfor sykehus, mens andel med kontakt sykehuspoliklinikk, fysioterapeut og psykolog tenderer til økning. Antall kontakter hos hver respondent tenderer til økning hos lege og fysioterapeut, men med nedgang hos psykolog. Nærmere konklusjoner om eventuelle endringer i forbruksmønstre av helsetjenester må avvete analysene av registerdataene.

**Kost-effekt analyser:** Phd-arbeidet vil belyse dette nærmere. Men, kan en redusere sykefraværet med opp mot ti dagsverk i en treårsperiode, som våre data tyder på, framstår en investering på ett til to dagsverk til HIA gjennomføring som gunstig. Mange deltidsansatte og aktivt mellomarbeid mellom presentasjonene vil øke investeringskostnadene, men sannsynlig også gevinstmuligheten.

## Oppsummering

Evalueringa av bedriftstiltaket HelseIArbeid ble påvirket av pandemi og reguleringer i tilknytning til den, som medførte endringer i gjennomføring av intervensjon. Til en viss grad også hvordan intervensjonen ble gjennomført, for eksempel ved muligheten for å ta i bruk digitale presentasjoner. Omstillinger til nye arbeidsformer vil også kunne påvirke resultatet.

En relativ lav svarprosent og synkende antall svar i oppfølgingsrundene med spørreskjema, samt det at det var en overvekt av langtidsutdanna kvinner som svarte, gjør det vanskelig å tolke eller generalisere funnene for mye. Samtidig gir kombinasjonen av kvalitative intervjuer, deltakende observasjon og tilfeldig utvalg av arbeidsplasser i den kvantitative delen en styrke; Funnene fra begge metodiske tilnærmingene var nokså samsvarende og viste at HIA intervensjoner er gjennomførbare også i tider med store endringer. Den kvalitative delen taler for at tiltaket oppleves nyttig og informasjonen troverdig.

HIA intervensjonen ser ut til å evne å endre holdninger til vanlige helseplager, og positive endringer i sykefravær, noe som underbygger at intervensjonen kan gi økt innsikt og forståelse for plagene i arbeidssituasjonen med økt tilbøyelighet til å gå på jobb med helseplager.

Begge tilnærminger taler for at informasjon og bearbeiding i arbeidsstokken kan øke opplevd støtte på arbeidsplass, øke muligheter for tilrettelegging av oppgaver ut fra helserelaterte utfordringer og bidra til inkluderingskultur. Dette utfordres når de ansatte opplever at ressursene er for knappe til å løse oppgavene på en tilfredsstillende måte.

Det kan ikke utelukkes at intervensjonen kan gi økt søkelys på symptomer som kan påvirke egenopplevd helse. Økningen av sykefravær for psykiske lidelser, etter den siste presentasjonen, reiser også spørsmål om det kan skapes forventninger og etterspørsel etter hjelp som helsetjenesten ikke klarer å oppfylle.

Erfaringene taler for at god forankring av tiltaket på arbeidsplassen med aktiv jobbing av informasjonen i grupper, samt nærvær og kontinuitet i lederinvolvering øker sannsynligheten for god effekt av HIA tiltaket. Dessuten ser det ut som at det kreves fokus og aktiv medvirkning på arbeidsplassen om effekten av intervensjonen skal vare over lengre tid.

Om endringer i arbeidsmiljø, sykefravær, egenvurdert funksjon og helsetjenesteforbruk oppveier kostnadene ved å ta ansatte ut av produksjon og kostnader knyttet til leveranser vil belyses i eget Phd-arbeid i prosjektet. Analysene er pågående og vil publiseres etter hvert. Med omsyn til vundne dagsverk og reduserte sykepengeutbetalinger framstår bedriftstiltaket HIA som en svært god investering.



## Vedlegg 2 Samtykke

### HelseArbeid – et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltagelse?

#### FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

### HelseArbeid - et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltagelse?

*«En analyse av virkning, kostnader og effekt av forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen.»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å teste effekten av arbeidsplassiltaket HelseArbeid. Du mottar dette spørreskjemaet fordi din arbeidsplass/bedrift har sagt «ja» til å delta i dette prosjektet.

#### HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

HelseArbeid er en nasjonal satsing på samarbeid mellom NAV, Helsetjenesten og Arbeidslivet for å øke inkludering, mestring og arbeidsdeltagelse. I HelseArbeid tiltaket formidles oppdatert kunnskap om muskel/skjelett- og psykiske helseproblemer til alle ansatte og ledere. I tillegg skal man jobbe med arbeidsmiljøet og med å anvende denne kunnskapen på arbeidsplassene.

I dette forskningsprosjektet skal HelseArbeid sammenlignes med vanlige inkluderende arbeidsliv (IA-) oppfølgingstiltak fra NAV arbeidslivssenter. Arbeidsplasser som takker «ja» til å bli med i dette forskningsprosjektet vil etter loddtrekking enten få tilbud i tråd med HelseArbeid tiltaket eller vanlig IA-oppfølging.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg ved hjelp av spørreskjema og registerkobling. Spørreskjemaer blir sendt ut når arbeidsplassen din starter i forskningsprosjektet og deretter to ganger til i løpet av de følgende to år. Besvarelsen tar ca. 20-30 min. Vi ønsker å se på om det skjer endringer i ansatte sin vurdering av eget arbeidsmiljø, mestring av arbeid og helseplager, samt sykefravær og bruk av helsetjenester.

For å se om det er endringer i sykefravær og helsetjeneste-forbruk, ønsker vi å koble opp mot noen registre (NAV sykefraværsregister, Kontroll og utbetaling av helserefusjoner – (KUHR-)database og Norsk pasientregister – NPR). Her ønsker vi å se på perioden to år før til to år etter oppstart av tiltaket. Denne informasjonen vil også brukes for å sammenligne kostnader og nytte ved de to tiltak.

For personer som har deltatt i Tromsøundersøkelsen 2015-16 (Tromsø 7), vil vi sammenstille data fra det aktuelle spørreskjemaet med data fra Tromsøundersøkelsen. Dette for å kunne belyse utvikling i egenvurdert helse og helsebekymring.

#### MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Som deltaker i prosjektet kan du være med på å gi ny kunnskap om nytteverdi av forskjellige arbeidsplassiltak. Hvis din bedrift er med på HelseArbeid tilbud, vil du motta et nytt tilbud på arbeidsplassen, blant annet foredrag om alminnelige helseplager.

I kontrollgruppen med vanlig IA oppfølging fra NAV arbeidslivssenter vil deltagelse kunne bidra til økt fokus på arbeidsmiljøspørsmål i bedriften.

Hvis du samtykker, må du regne med å bruke 20-30 minutt på å fylle ut spørreskjemaet. Dette skal gjøres tilsammen tre ganger i løpet av to år.

## FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helt og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din behandling i helsevesenet eller NAV. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyse eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg kan du kontakte Christoffer Terjesen på telefon 77626930 eller Anje C Höper på telefon 77644342 eller skrive epost til [hiaforsk@unn.no](mailto:hiaforsk@unn.no).

## HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navne- og epostliste. Tilsvarende lages en liste som knytter koden til ditt personnummer når du samtykker til kobling mot NAV, KUHR-register, NPR og/eller Tromsøundersøkelsen 2015-16. Det er kun prosjektlederne Anje Christina Höper og Nils Fleten som har tilgang til de to listene.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

## FORSIKRING

Deltakelse vil inngå i ordinært arbeidsmiljøarbeid og vil dermed være dekket av arbeidsgivers forsikringsordninger.

## GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning [REK Nord 2018/2262](#).

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Universitetssykehuset Nord-Norge og prosjektleder Anje Christina Höper et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6a og artikkel 9 nr. 2 og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

## KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med:

- Christoffer Terjesen på telefon 77626930 eller
- Anje C Höper på telefon 77644342
- eller skrive epost til [hiaforsk@unn.no](mailto:hiaforsk@unn.no)

Personvernombud ved institusjonen er [personvernombudet@unn.no](mailto:personvernombudet@unn.no).

HelseArbeid – et tiltak for økt mestring og arbeidsdeltagelse?

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE  
PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Deltagers epostadresse

JEG SAMTYKKER TIL KOBLING MED FØLGENDE REGISTER (KRYSS AV):

	Ja	Nei
Jeg har deltatt og samtykker til <b>kobling mot Tromsøundersøkelsen 2015-16</b>		
Jeg samtykker til <b>uthenting av</b> legemeldt <b>sykefravær</b> fra NAV sine register for sykefravær		
Jeg samtykker til <b>uthenting av helsetjenesteforbruk</b> fra KUHR databasen og Norsk pasientregister		

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers personnummer

## Vedlegg 3 Spørreskjema

Confidential

Side 1

### Spørreskjema 1 Evaluering HelseArbeid

Vennligst fyll ut spørreskjemaet nedenfor.

Tusen takk!

**Vi ber om din e-postadresse av to årsaker. Første årsak er at vi ønsker å koble dine svar på første spørreskjema med dine svar på andre og tredje spørreskjema. Dette er helt vesentlig for å kunne måle eventuelle endringer. En annen årsak er at vi ved å samle inn din e-postadresse på første spørreskjema kan sende de to andre spørreskjemaer direkte til deg, og ikke via din leder. Din e-postadresse vil ikke benyttes til andre formål enn beskrevet over.**

E-post

\_\_\_\_\_

#### Bakgrunnsvariabler

Skriv navnet på din bedrift:

\_\_\_\_\_

Skriv navnet på din avdeling:

\_\_\_\_\_

Kjønn

Mann  Kvinne

Alder

\_\_\_\_\_

Stillingsprosent

\_\_\_\_\_

Har du personalansvar

Ja  Nei

Antall år ansatt i nåværende jobb

\_\_\_\_\_

#### Generell tilfredshet og helse

**Nedenfor står tre utsagn om tilfredshet med livet som et hele. Vis hvor godt eller dårlig hver av de tre påstandene stemmer for deg og ditt liv ved å velge det tallet som du synes stemmer best for deg.**

**Vennligst velg passende svar til hvert element:**

	1 = Helt uenig	2	3	4	5	6	7 = Helt enig
På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mine livsforhold er utmerkede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jeg er tilfreds med livet mitt

**Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?**

**Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke meningsfylt i det hele tatt og 10 betyr svært meningsfylt.**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Beskrivelse av din helsetilstand:**

**Klikk på den ENE boksen som best beskriver helsen din I DAG.**

GANGE

- Jeg har ingen problemer med å gå omkring
- Jeg har litt problemer med å gå omkring
- Jeg har middels store problemer med å gå omkring
- Jeg har store problemer med å gå omkring
- Jeg er ute av stand til å gå omkring

PERSONLIG STELL

- Jeg har ingen problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg har middels store problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg har store problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg

VANLIGE GJØREMÅL (f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie- eller fritidsaktiviteter)

- Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har middels store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål

SMERTER / UBEHAG

- Jeg har verken smerter eller ubehag
- Jeg har litt smerter eller ubehag
- Jeg har middels sterke smerter eller ubehag
- Jeg har sterke smerter eller ubehag
- Jeg har svært sterke smerter eller ubehag

ANGST / DEPRESJON

- Jeg er verken engstelig eller deprimert
- Jeg er litt engstelig eller deprimert
- Jeg er middels engstelig eller deprimert
- Jeg er svært engstelig eller deprimert
- Jeg er ekstremt engstelig eller deprimert

Vi vil gjerne vite hvor god eller dårlig helsen din er I DAG.

Denne skalaen er nummerert fra 0 til 100.

100 betyr den beste helsen du kan tenke deg.  
0 betyr den dårligste helsen du kan tenke deg.  
Vennligst klikk på skalaen for å angi hvordan helsen din er I DAG.

<strong><br>0 - Den dårligste helsen du kan tenke deg  
50  
<strong>100 - Den beste helsen du kan tenke deg



(Place a mark on the scale above)

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

## Helseplager

**Nedenfor nevnes noen vanlige helseplager. Vi vil be deg om å vurdere hvert enkelt problem/symptom, og oppgi om du har vært plaget av dette i løpet av de siste tretti døgn: Svar for alle nevnte helseplager og sett et kryss for det svaret som passer best for deg.**

	Ikke plaget	Litt plaget	En del plaget	Alvorlig plaget
Forkjølelse, influensa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoste, bronkitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Astma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hodepine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nakkesmerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smerter øverst i ryggen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smerter i korsryggen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smerter i armer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smerter i skuldre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migrene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Forkjølelse, influensa

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har forkjølelse, influensa bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har forkjølelse, influensa hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har forkjølelse, influensa hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Hoste, bronkitt</b>				
	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har hoste, bronkitt bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har hoste, bronkitt hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har hoste, bronkitt hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Astma</b>				
	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har astma bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har astma hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har astma hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Hodepine</b>				
	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har hodepine bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har hodepine hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har hodepine hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Nakkesmerter</b>				
	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har nakkesmerter bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har nakkesmerter hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har nakkesmerter hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Smerter øverst i ryggen</b>				
	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har smerter øverst i ryggen bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har smerter øverst i ryggen hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har smerter øverst i ryggen hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Smerter i korsrygg**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har smerter i korsrygg bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har smerter i korsrygg hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har smerter i korsrygg hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Smerter i armer**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har smerter i armer bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har smerter i armer hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har smerter i armer hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Smerter i skuldre**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har smerter i skuldre bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har smerter i skuldre hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har smerter i skuldre hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Migrene**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har migrene bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har migrene hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har migrene hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Helseplager**

**Nedenfor nevnes noen vanlige helseplager. Vi vil be deg om å vurdere hvert enkelt problem/symptom, og oppgi om du har vært plaget av dette i løpet av de siste tretti døgn: Svar for alle nevnte helseplager og sett et kryss for det svaret som passer best for deg.**

	Ikke plaget	Litt plaget	En del plaget	Alvorlig plaget
Hjertebank, ekstraslag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Brystsmerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pustevansker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smerter i føttene ved anstrengelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sure oppstøt, "halsbrann"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sug eller svie i magen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magekatarr, magesår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mageknip	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Luftplager"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Løs avføring, diaré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Hjertebank, ekstraslag**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har hjertebank, ekstraslag bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har hjertebank, ekstraslag hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har hjertebank, ekstraslag hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Brystsmerter**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har brystsmerter bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har brystsmerter hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har brystsmerter hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Pustevansker**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har pustevansker bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har pustevansker hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har pustevansker hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Smerter i føttene ved anstrengelser**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har smerter i føttene ved anstrengelser bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har smerter i føttene ved anstrengelser hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:

Har smerter i føttene ved anstrengelser hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:

### Sure oppstøt, halsbrann

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har sure oppstøt, halsbrann bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har sure oppstøt, halsbrann hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har sure oppstøt, halsbrann hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sug eller svie i magen

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har sug eller svie i magen bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har sug eller svie i magen hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har sug eller svie i magen hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Magekatarr, magesår

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har magekatarr, magesår bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har magekatarr, magesår hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har magekatarr, magesår hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Mageknip</b>				
	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har mageknip bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har mageknip hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har mageknip hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Luftplager</b>				
	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har luftplager bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har luftplager hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har luftplager hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Løs avføring, diaré</b>				
	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har løs avføring, diaré bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har løs avføring, diaré hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har løs avføring, diaré hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Helseplager</b>				
<b>Nedenfor nevnes noen vanlige helseplager. Vi vil be deg om å vurdere hvert enkelt problem/symptom, og oppgi om du har vært plaget av dette i løpet av de siste tretti døgn: Svar for alle nevnte helseplager og sett et kryss for det svaret som passer best for deg.</b>				
	Ikke plaget	Litt plaget	En del plaget	Alvorlig plaget
Forstoppelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eksem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hetetokter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Søvnproblemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tretthet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Svimmelhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedtrykt, depresjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Forstoppelse**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har forstoppelse bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har forstoppelse hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har forstoppelse hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Eksem**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har eksem bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har eksem hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har eksem hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Allergi**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har allergi bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har allergi hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har allergi hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Hetetokter**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har hetetokter bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har hetetokter hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har hetetokter hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Søvnproblemer**

	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har søvnproblemer bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har søvnproblemer hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har søvnproblemer hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Tretthet</b>				
	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har tretthet bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har tretthet hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har tretthet hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Svimmelhet</b>				
	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har svimmelhet bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har svimmelhet hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har svimmelhet hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Angst</b>				
	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har angst bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har angst hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har angst hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Nedtrykt, depresjon</b>				
	Nei	I liten grad	I stor grad	Hele tiden/alltid
Har nedtrykt, depresjon bekymret deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har nedtrykt, depresjon hindret deg i å gjøre det du ønsker? På jobben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har nedtrykt, depresjon hindret deg i å gjøre det du ønsker? I fritiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Helsebekymring</b>					
	Ikke i det hele tatt	Litt	Noe	En hel del	Svært mye
Tror du at det er noe alvorlig galt med kroppen din?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du svært bekymret over helsen din?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er det vanskelig for deg å tro på legen din dersom hun/han forteller deg at det ikke er noe å bekymre seg for?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Er du ofte bekymret for muligheten for at du har en alvorlig sykdom?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvis du blir gjort oppmerksom på en sykdom (f.eks. via TV, radio, internett, avis eller noen du kjenner), bekymrer du deg da for selv å få sykdommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opplever du at du plages av mange ulike symptomer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du tilbakevendende tanker (som er vanskelig å bli kvitt) om at du har en sykdom?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Påstander om alminnelige helseplager

Nedenfor finner du noen påstander som vi ber deg ta stilling til

#### Påstander om ryggplager

Svar på alle nevnte påstander og sett et kryss for det svaret som passer best med ditt syn.

	Helt uenig	Uenig	Både - og	Enig	Helt enig
Det er normalt å oppleve perioder med ryggmerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I de fleste tilfeller går ryggplager over av seg selv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moderne røntgenundersøkelser/MR finner som regel årsaken til ryggsmertene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er bra med fysisk aktivitet ved ryggmerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ryggmerter skyldes ofte skade eller tunge løft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det å være i arbeid med ryggmerter forlenger ikke smerteperioden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Påstander om psykiske plager

Svar på alle nevnte påstander og sett et kryss for det svaret som passer best med ditt syn.

	Helt uenig	Uenig	Både - og	Enig	Helt enig
Det er flaut å ha psykiske plager	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I de fleste tilfeller går psykiske plager over av seg selv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er normalt å oppleve depresjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vanligvis kan en fortsette i arbeid med depresjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er normalt å oppleve angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vanligvis kan en fortsette i arbeid med angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Arbeidslivsforhold****Jobbtilfredshet - sett ett kryss for det svaret som passer best for deg**

Alt i alt, hvor fornøyd er du med jobben din?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Krav - kontroll - støtte. Vedrørende ditt arbeid****Svar på alle spørsmål og sett ett kryss for det svaret som passer best for deg.**

	Ja, ofte	Ja, noen ganger	Nei, sjelden	Nei, så godt som aldri
Krever arbeidet ditt at du arbeider meget raskt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krever arbeidet ditt at du arbeider meget hardt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krever arbeidet ditt stor arbeidsinnsats?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du tilstrekkelig tid til å fullføre arbeidsoppgavene dine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forekommer det ofte motstridende krav i arbeidet ditt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Får du lære nye ting i arbeidet ditt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Krav - kontroll - støtte. Vedrørende ditt arbeid****Svar på alle spørsmål og sett ett kryss for det svaret som passer best for deg.**

	Ja, ofte	Ja, noen ganger	Nei, sjelden	Nei, så godt som aldri
Krever ditt arbeid dyktighet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krever ditt arbeid oppfinnsomhet/kreativitet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innebærer ditt arbeid at du gjør samme ting om og om igjen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du frihet til å bestemme hvordan ditt arbeid skal utføres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har du frihet til å bestemme hva som skal utføres i ditt arbeid?

### Krav - kontroll - støtte. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet

Svar på alle spørsmål og sett ett kryss for det svaret som passer best for deg.

	Stemmer helt	Stemmer ganske bra	Stemmer ikke særlig bra	Stemmer ikke
Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er godt samhold	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mine arbeidskollegaer stiller opp for meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er forståelse for jeg kan ha en dårlig dag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg kommer godt overens med min overordnede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg trives bra med mine arbeidskollegaer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Tilrettelegging

Har du hatt tilrettelagt arbeidsoppgaver grunnet helseutfordringer siste år?  Ja  Nei

Har en eller flere kollegaer på din arbeidsplass hatt tilrettelagt arbeidsoppgaver grunnet helseutfordringer?  Ja  Nei  Vet ikke

### Ta stilling til følgende påstander:

Svar på alle nevnte påstander og sett et kryss for det svaret som passer best med ditt syn.

	Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
Aktiviteten vi driver i vår virksomhet gjør tilrettelegging av arbeidet vanskelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilrettelagt arbeid for enkeltpersoner medfører økt belastning for andre medarbeidere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det har ikke vært særlig behov for tilrettelegging ved vår virksomhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det lønner seg økonomisk å tilrettelegge for mennesker med helseplager	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Ansatte med helseutfordringer blir tatt godt vare på i vår virksomhet/enhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vår virksomhet/enhet kan ikke ha ansatte som ikke kan yte 100%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De ansatte ønsker ikke tilrettelegging dersom de har psykiske helseutfordringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sosial støtte fra kolleger

**Vi er interessert i de typene av oppmuntring, assistanse og samarbeid du mottar fra dine kollegaer for å takle ditt arbeid. Hva føler du er mest typisk ved måten dine arbeidskollegaer gir hjelp og oppmuntring.**

**Svar på alle spørsmål, og marker med et kryss på en skala fra 1-5 hvor typisk hvert utsagn er for den støtten du mottar**

	1 = Slett ikke typisk	2	3	4	5 = Svært typisk
Viser interesse for hvordan du har det	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Løser problemer for deg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spør om du trenger hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tar seg av dine problemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gjør det lettere for deg å snakke om alt som du synes er viktig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sier du skal være stolt av deg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeider med deg for å få ting gjort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presser deg til å gjøre ting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Sosial støtte fra kolleger

**Vi er interessert i de typene av oppmuntring, assistanse og samarbeid du mottar fra dine kollegaer for å takle ditt arbeid. Hva føler du er mest typisk ved måten dine arbeidskollegaer gir hjelp og oppmuntring.**

**Svar på alle spørsmål, og marker med et kryss på en skala fra 1-5 hvor typisk hvert utsagn er for den støtten du mottar**

	1 = Slett ikke typisk	2	3	4	5 = Svært typisk
Spør deg hvordan du har det	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gir deg klare råd om hvordan du skal takle problemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gir deg informasjon slik at du forstår hvorfor du gjør ting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forteller deg hva du skal gjøre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er tilgjengelig for samtale når som helst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peker på skadelige eller tåpelige måter du ser på ting på	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbyr en rekke forslag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lar deg ikke dvele ved opprørende forslag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Om deg selv

#### Familie og venner

#### Hvem bor du sammen med? (Sett kryss for hvert spørsmål)

Ektefelle/samboer	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Andre personer over 18 år	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Personer under 18 år	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Har du nok venner som kan gi deg hjelp når du trenger det?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Har du nok venner som du kan snakke fortrolig med?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvor tilfreds er du med relasjonene du har til dine nærmeste (familie og venner)?	<input type="radio"/> Svært tilfreds <input type="radio"/> Ganske tilfreds <input type="radio"/> Lite tilfreds <input type="radio"/> Svært lite tilfreds
Hvor ofte kjenner du en følelse av ensomhet?	<input type="radio"/> Ofte <input type="radio"/> Av og til <input type="radio"/> Sjelden <input type="radio"/> Aldri
Hva er din høyeste fullførte utdanning?	<input type="radio"/> Ingen fullført utdanning <input type="radio"/> Grunnskole 7-10 år (framhald-/folkehøyskole) <input type="radio"/> Videregående <input type="radio"/> Fagbrev/fagutdanning <input type="radio"/> Høyskole/universitet

Hva var din personlige bruttoinntekt siste år? Ta med alle inntekter fra arbeid, trygder, sosialhjelp og lignende	<input type="radio"/> Under 200 000 kr. <input type="radio"/> 200 000 - 349 999 kr. <input type="radio"/> 350 000 - 449 999 kr. <input type="radio"/> 450 000 - 549 999 kr. <input type="radio"/> 550 000 - 699 999 kr. <input type="radio"/> 700 000 - 849 999 kr. <input type="radio"/> 850 000 - 999 999 kr. <input type="radio"/> Over 1 000 000 kr.
Har du røykt/røyker du daglig?	<input type="radio"/> Aldri <input type="radio"/> Ja, nå <input type="radio"/> Ja, tidligere
Hvor ofte drikker du alkohol?	<input type="radio"/> Aldri <input type="radio"/> Månedlig eller sjeldnere <input type="radio"/> 2-4 ganger hver måned <input type="radio"/> 2-3 ganger per uke <input type="radio"/> 4 eller flere ganger per uke
Hvor mange enheter alkohol (flaske øl, glass vin eller drink) tar du vanligvis når du drikker?	<input type="radio"/> 1-2 <input type="radio"/> 3-4 <input type="radio"/> 5-6 <input type="radio"/> 7-9 <input type="radio"/> 10 eller flere
Hvor høy er du uten sko (oppgi i cm)?	_____ (cm)
Hvor mye veier du uten klær og sko (oppgi i kg)?	_____ (kg)
Hvis gravid, vekt før graviditet?	_____ (kg)

### Fysisk aktivitet

Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?  
 Sett kryss i den ruta som passer best.

- For det meste stillesittende arbeid (f.eks. skrivebordsarbeid, montering)  
 Arbeid som krever at du går mye (f.eks. ekspeditørarbeid, lett industriarbeid, undervisning)  
 Arbeid der du går og løfter mye (f. eks. pleier, bygningsarbeider)  
 Annet tungt arbeid

Angi bevegelse og kroppslig anstrengelse i din fritid det siste året.

Hvis aktiviteten varierer gjennom året, ta et gjennomsnitt. Sett kryss i den ruta som passer best.

- Leser, ser på TV / skjerm eller annen stillesittende aktivitet  
 Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uka (inkludert gang eller sykling til arbeidssted, søndagsturer etc.)  
 Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid, snømåking etc. Minst 4 timer i uka  
 Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig flere ganger i uka

**Siste uka, omtrent hvor lang tid tilbrakte du sittende på en typisk hverdag og fridag?  
F.eks. ved arbeidsbord, hos venner, mens du så på TV / skjerm.**

Timer sittende på en hverdag (både jobb og fritid)

\_\_\_\_\_ (timer)

Timer sittende på en fridag

\_\_\_\_\_ (timer)

**Bruk av Helsetjenester****Har du, grunnet egen helse, i løpet av de siste 12 måneder oppsøkt:**

Fastlege/allmennlege

 Ja  Nei

Antall ganger

\_\_\_\_\_

Legevakt

 Ja  Nei

Antall ganger

\_\_\_\_\_

Psykiater/psykolog

 Ja  Nei

Antall ganger

\_\_\_\_\_

Legespesialist utenfor sykehus

 Ja  Nei

Antall ganger

\_\_\_\_\_

Poliklinikk sykehus

 Ja  Nei

Antall ganger

\_\_\_\_\_

Røntgen/CT/MR

 Ja  Nei

Antall ganger

\_\_\_\_\_

Fysioterapeut

 Ja  Nei

Antall ganger

\_\_\_\_\_

Kiropraktor

 Ja  Nei

Antall ganger

\_\_\_\_\_

Tannlege/tannpleier	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Antall ganger	_____
Apotek (for kjøp/råd om medisiner/behandling)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Antall ganger	_____
Akupunktør	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Antall ganger	_____
Alternativ behandler (homøopat, soneterapeut, healer etc.)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Antall ganger	_____
Tradisjonell helbreder (hjelper, "læser" etc.)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Antall ganger	_____
Har du brukt "nettlege"	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Antall ganger	_____
Har du søkt om helse informasjon på internett	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Antall ganger	_____

**Bruk av medisiner****Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt følgende medisiner? Sett ett kryss per linje.**

	Ikke brukt siste 4 uker	Sjeldnere enn hver uke	Hver uke, men ikke daglig	Daglig
Smertestillende på resept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smertestillende uten resept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magesyrehemmende medisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sovemidler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beroligende medisiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medisin mot depresjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Fravær fra arbeid**

Har du hatt fravær fra arbeid grunnet egen eller andres sykdom siste 3 mnd?  Ja  Nei

**Egenmeldt sykefravær med varighet inntil en uke siste 3 måneder**

Antall fravær \_\_\_\_\_

Totalt dager \_\_\_\_\_

**Legemeldt sykefravær med varighet inntil en uke siste 3 måneder**

Antall fravær \_\_\_\_\_

Totalt dager \_\_\_\_\_

**Sykefravær med varighet utover en uke siste 3 måneder**

Totalt uker \_\_\_\_\_

**Omsorgsdager ved barn eller barnepassers sykdom siste 3 måneder**

Dager \_\_\_\_\_

**Velferdspermisjon ved sykdom/død i nær familie siste 3 måneder**

Dager \_\_\_\_\_