

# 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, selvrapporert 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 Helfo.

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 viste 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 arbeidsrådsgiver 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 fornøydhet 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 ryggsmarter og angst/depresjon endres i ønsket retning. Et unntak er spørsmålet om skade som årsak til ryggsmarter, der den kvalitative undersøkelsen også rapporterer noe uenighet mellom egenerfaringer 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.

