



Prosjektet ”iBedrift”:

Tror barnehageansatte at informasjon om ryggplager bidrar til bedre håndtering av muskelskjelettlidelser?

- En tverrsnittsundersøkelse

Liv Johanne Nikolaisen

Veileder: Margrete Gaski

Masteroppgave i folkehelsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin (ISM), Universitetet i Tromsø

Mai 2010

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.1.1	Arbeidslinja - Så mange som mulig i arbeid.....	2
1.1.2	Arbeidsplassen som arena for forebyggende arbeid	2
1.1.3	Prosjektet ”iBedrift”	3
1.1.4	Økt problemløsning på arbeidsplassen.....	4
1.1.5	Forskning på feltet	4
1.2	Studiens hensikt.....	5
1.3	Faglig og teoretisk bakgrunn	6
1.3.1	Muskelskjelettlidelser.....	6
1.3.2	Smerte og forventninger	6
1.3.3	Begrepsavklaring	7
2	MATERIALE OG METODE	9
2.1	Studiepopulasjonen.....	9
2.1.1	Rekruttering til spørreundersøkelsen	9
2.1.2	Rekruttering til ”iBedrift”	10
2.2	Kriterier for inklusjon og eksklusjon	10
2.3	Datainnsamlingen	10
2.4	Studiens kartleggingsverktøy.....	11
2.4.1	Del 1: Demografiske data og informasjon om arbeidsplassene	12
2.4.2	Del 2: Ansattes holdninger.....	12
2.4.3	Del 3: ”iBedrift”	14
2.5	Registrering av data	14
2.6	Statistiske analyser.....	15
2.6.1	Håndtering av variabler	15

3	RESULTATER.....	16
3.1	Bakgrunnsinformasjon	16
3.1.1	Respondentene.....	16
3.1.2	Barnehagene	17
3.2	De ansattes holdninger	19
3.2.1	Helse er overskudd, trivsel og fravær av sykdom og ubehag	19
3.2.2	Håndtering av nakkesmerter	19
3.2.3	Betydning av årsaksforklaring ved smerter	20
3.2.4	Sykefravær	21
3.3	”iBedrift”	22
3.3.1	Informasjonsformidling	22
3.3.2	Nytte av prosjektet	22
4	DISKUSJON	24
4.1	Hovedfunn	24
4.2	Metodiske betraktninger.....	24
4.2.1	Studiedesign	24
4.2.2	Måling.....	24
4.2.3	Representasjon.....	25
4.2.4	Statistiske analyser.....	27
4.3	Drøftning av resultatene	28
4.3.1	Ansattes meninger om god håndtering.....	28
4.3.2	Tror de ansatte at prosjektet er nyttig?.....	33
4.3.3	Hva mener de ansatte: Fører informasjonen til god håndtering?	35
5	AVSLUTNING	38
6	LITTERATURLISTE	40
7	OVERSIKT OVER VEDLEGG	44

FORORD

Etter to og et halvt år med studier ved siden av jobben, er innleveringen av denne masteroppgaven kjærkommen. Da jeg skulle velge tema og metode la jeg vekt på at det skulle komme noe nyttig ut av oppgaven, samtidig som jeg skulle lære mye og ha det ”artig” underveis. Jeg valgte derfor en, for meg, helt ukjent metode, slik at læringskurven ble bratt. Det har vært utfordrende, men ved innlevering er jeg fornøyd med å ha gått gjennom prosessen fra planlegging, til gjennomføring og sluttstilling. Men jeg har ikke vært helt alene om denne oppgaven. Det er derfor flere jeg vil takke i dette forordet.

Først vil jeg takke min veileder, Margrete Gaski, som har sørget for at jeg holdt meg på riktig spor, uten å kommandere meg i en bestemt retning.

Derneft vil jeg takke ”iBedrift”, ved prosjektleder og kollega Jostein Bentzen, for at jeg fikk ta utgangspunkt i prosjektet. Jeg er selvsagt glad for at barnehagene stilte opp; uten deres samarbeid hadde det ikke blitt mye å skrive om. Jeg takker Fondet til videre- og etterutdanning og Institutt for samfunnsmedisin (ISM) for økonomisk støtte under studietiden og i forbindelse med masteroppgaven.

Jeg vil sende en stor takk til jentene på Fysioterapi- og ergoterapiavdelingen ved Kirkenes sykehus, som har holdt hjulene i gang mens jeg har jobbet med oppgaven. Takk også til Øystein som kjørte rundt og samlet inn spørreskjemaene. Sist, men ikke minst, vil jeg takke mannen min, Morten, som har holdt meg med ”selskap” i disse årene, mens han har fullført sin egen mastergrad.

Liv Johanne Nikolaisen

Kirkenes, mai 2010

SUMMARY

Background: The project “iBedrift” uses the workplace as arena for the prevention of illness absence due to musculoskeletal conditions. **Objective:** The objective of this study is to investigate whether the employees who received information through the “iBedrift” project, believe this information leads to a better management of musculoskeletal illness.

Study design and method: This study is a survey among 119 kindergarten employees, where 49 of the respondents are in the “iBedrift” project and 70 serve as a control group (n=70). 89 % are women. The respondents were asked to answer questions about their beliefs of management of musculoskeletal illness, and about their opinion of the “iBedrift” project.

Results: Employees do not consider illness absence to be adequate management of musculoskeletal illness. Younger workers and employees with low seniority, consider the rate of general illness absence too high, and that many abuse the sick leave agreement. Women and employees at the age of 30 or older are the least critical to illness absence. 53 % of the selection is critical of the illness absence rate in their own work place. If work capability is reduced due to neck pain, 60 % of the selection would consider the pain and adapt their work tasks. You find the largest share of the employees who think this in the control group. Over 90 % of the employees think the information received is personally useful, but only around 50 % of the selection thinks the “iBedrift” project will lead to reduced illness absence rates.

Conclusion: The main findings of this study show no apparent signs of difference between the two selection groups due to the information available through “iBedrift” at the time of the study. It is possible that it was too early in the course of the project to detect differences, but attitudes can change quickly. The study shows that “iBedrift”, to a large extent, presents the information in a sound way, and that the employees support the project. **Key words:** Cross-sectional design, survey, illness absence, musculoskeletal illness, iBedrift, management, prevention, occupational setting, workplace intervention, kindergarten.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Prosjektet "iBedrift" bruker arbeidsplassen som arena for forebygging av sykefravær på grunn av muskelskjelettlidelser. **Hensikt:** Å undersøke om ansatte som har fått informasjon gjennom prosjektet "iBedrift" tror at informasjonen fører til en bedre håndtering av muskelskjelettlidelser. **Metode:** Studien er en spørreundersøkelse blant 119 barnehageansatte, der 49 respondenter deltar i "iBedrift" og resten fungerer som en kontrollgruppe (n=70). 89 % er kvinner. Respondentene blir spurt om deres holdninger til håndtering av muskelskjelettlidelser, og til prosjektet "iBedrift". **Resultat:** Svarprosenten er på 76 %. Ansatte anser ikke sykefravær for å være god håndtering av muskelskjelettlidelser. Yngre arbeidstakere og ansatte med lav ansiennitet mener at sykefraværet generelt er for høyt, og at mange misbruker sykefraværsordningen. Kvinner og ansatte som er 30 år eller eldre er minst kritiske til sykefravær. 53 % av utvalget er kritiske til sykefraværsnivået på egen arbeidsplass. Dersom arbeidsevnen blir redusert på grunn av nakkesmerter, vil 60 % av utvalget ta hensyn til smertene og tilpasse arbeidsoppgavene sine. Andelen som mener dette er størst i kontrollgruppen. Over 90 % av de ansatte synes informasjonen er nyttig for dem selv, men bare halvparten av utvalget tror at "iBedrift"-prosjektet vil skape en reduksjon i sykefraværet. Få ansatte vil oppsøke mestringskontakten. **Konklusjon:** Studien viser ikke sikre tegn på at det var forskjeller mellom gruppene på grunn av informasjonen i "iBedrift" da undersøkelsen fant sted. Det er mulig at det var for tidlig i forløpet til at forskjeller kunne oppdages, men holdninger kan skifte i løpet av kort tid. Studien viser at "iBedrift" gjør mye riktig med hensyn til måten informasjonen presenteres på, og at de ansatte støtter opp om prosjektet. **Stikkord:** Tverrsnittsundersøkelse, spørreskjema, iBedrift, sykefravær, muskelskjelettlidelser, forebygging, barnehage, ansatte, holdninger, håndtering.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

De siste tiårene har myndighetene vist en stadig økende interesse for sykefraværet i arbeidslivet. Temaet har fått spesielt stor medieoppmerksomhet det siste halvåret og det har blitt tydelig at meningene om nivået på sykefraværet er delte. Selv om sykefraværet har gått både opp og ned siden 90-tallet, mener myndighetene at det er for høyt (1, 2). Dette støttes av noen, og avvises av andre. For eksempel har overlege ved arbeidsmedisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital, Håkon Lasse Leira, ved flere anledninger beskrevet det høye sykefraværet som en ”myte” (3-5). I lederen til årsrapporten for Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) minner forskningsleder Pål Molander (6) om at det er viktig å definere hva sykefraværet er høyt *i forhold til*. Er fraværet høyt i forhold til tidligere? I forhold til andre land? I forhold til budsjetterte kostnader? Slik kan man fortsette å spørre, men enten sykefraværsvivået bør regnes som høyt eller ikke; myndighetene ønsker uansett en reduksjon av sykefraværet.

Statistisk sentralbyrå (SSB) definerer sykefravær som ”*fravær fra arbeidsforhold grunnet egen sykdom*” (7). Selv om *sykdom* er et sentralt begrep i definisjonen, er det en utbredt oppfatning at årsakene til sykefravær er komplekse og at fraværet ikke nødvendigvis skyldes sykdom (8-11). Mange faktorer kan påvirke sykefravær. Demografi, konjunktur, administrative forhold, arbeidsmiljø, sykemeldingspraksis, helseatferd i befolkningen og tilgang på behandlings- og rehabiliteringstiltak er noen av disse (1, 2). Det er for eksempel en klar sammenheng mellom sykefravær og arbeidsledighet; når det ene er høyt, er det andre lavt (3). Enkelte hevder faktisk at dette er den eneste variabelen sykefraværet fluktuerte med (12).

1.1.1 Arbeidslinja - Så mange som mulig i arbeid

De siste 20 årene har myndighetene lagt vekt på å sikre at så mange som mulig deltar i arbeidslivet (3, 9). En av bakgrunnene for dette er at arbeid i seg selv har en helsemessig effekt, og at arbeidsledighet øker forekomsten både av latent og ny sykdom (3, 9, 13). Myndighetene har forsøkt å komme sykefraværproblemene til livs med tiltak som ”Intensjonsavtalen om inkluderende arbeidsliv” (IA, 2001), opprettelse av sykelønnsutvalg, prioritering av pasienter innenfor arbeidslivet til behandling i helsevesenet (under navnet ”Raskere tilbake” siden 2007) og lovendringer i trygdesystemet, uten at det har blitt dokumentert sikre effekter av tiltakene (2). Regjeringen venter fortsatt på evalueringen av ”Raskere tilbake” som ble utsatt våren 2009 (14). Mottakelsen av disse tiltakene har ikke vært udelte positive. IA-avtalen har fått kritikk fra flere hold, der Ebba Wergeland, forsker og spesialist i arbeidsmedisin, kanskje står for den krasseste. Hun påpeker at målene om reduksjon av sykefravær og inkludering av kronisk syke og eldre i arbeidslivet ikke er forenlige med hverandre (12). Wergeland mener at enkelte grupper har behov for sykefravær for å holde seg i arbeid, og at sykefravær gir bedre samfunnsøkonomi enn om disse står utenfor arbeidslivet (12). En ny 3-årig IA-avtale ble undertegnet 1. mars 2010, og i følge statsminister Jens Stoltenberg skal partene nå øke innsatsen for å nå målene (15, 16). Prioritering av pasienter som er i arbeid blir kritisert av Olaug Lian ”for å være i strid med alle de grunnleggende prinsippene vårt offentlige helsesystem er grunnlagt på” (17) s. 111. Lian (17) påpeker også at undersøkelser ikke har klart å vise at sykefraværet har blitt redusert på grunn av tiltaket.

1.1.2 Arbeidsplassen som arena for forebyggende arbeid

Sandman-utvalget (2) skrev i sin innstilling om sykefravær og uførepensjonering, at det i større grad bør legges opp til dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver om hva som skal til for å få sykemeldte tilbake i arbeid. Utvalget vektla at det er den enkeltes funksjon og hvilke tilpasninger som eventuelt skal til for at arbeidstakeren skal kunne utføre arbeidet

til tross for helseplagene som er interessante (2). At arbeidstakeren selv har best kjennskap til hva som eventuelt må gjøres, ble brukt som et argument for å utvide muligheten til å benytte seg av egenmelding (2). Det ble også lagt vekt på betydningen av aktiv sykemelding som virkemiddel (2). Innstillingen vektlegger altså inkludering på tross av sykdom (9). Dette har medvirket til en dreining mot å rette oppmerksomheten mot arbeidstakerens funksjonsevne, ressurser og muligheter, heller enn mot problemer og sykdom (9). At både arbeidstaker og arbeidsgivers ansvar og forpliktelser nå står i sentrum, har bidratt til at arbeidsplassen har blitt hovedarena for forebyggende og rehabiliterende sykefraværarbeid. Arbeidstakere ser ut til å være positive til dette; i en spørreundersøkelse gjennomført på oppdrag fra Nordisk Ministerråd (18) oppgir så å si alle nordmenn at de kunne tenke seg å arbeide helt eller delvis i en sykdomsperiode hvis arbeidsgiver tilrettelegger arbeidet. I forhold til langtidsfravær er ansatte i Norge de mest villige til å bli i arbeid blant arbeidstakere i Norden (18).

1.1.3 Prosjektet "iBedrift"

Arbeidslivet var én av arenaene som "Aktiv Rygg" benyttet seg av da prosjektet ble satt i gang i 2002. Prosjektet oppstod gjennom et samarbeid mellom Spesialsykehuset for rehabilitering (SSR) og formidlingsenheten i Nasjonalt Ryggnettverk (19). "iBedrift" er en videreutviklet utgave av "Aktiv Rygg" (2002 - 2005), og "Satellitt"-prosjektet (2005 - 2006) ved SSR (20). Høsten 2009 satte Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i gang "iBedrift" som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, Arbeids- og velferdsetaten (NAV), kommunehelsetjenesten og den enkelte arbeidsplassen. Målgruppen var IA-bedrifter i Tromsø og Lenvik kommune og hensikten med prosjektet var å forebygge *unødvendig sykefravær* på grunn av uspesifikke muskelskjelettlidelser, med et særlig fokus på forebygging av langtidsfravær. Tilbudet til bedriftene bestod hovedsakelig av tre tiltak. 1) Informasjon til ledelsen og de ansatte, 2) opplæring av såkalte "mestringskontakter" (MK)¹ i bedriftene, og

¹ En av de ansatte i hver bedrift får en kort opplæring om muskelskjelettlidelser, og skal være et lavterskeltilbud for kollegaer med muskelskjelettsmerter. MK kan assistere med informasjon, støtte og tilpasning av

3) mulighet til rask medisinsk avklaring gjennom møte med fastlege og eventuell henvisning videre til en ”satellitt” bemannet med fysioterapeuter fra spesialisthelsetjenesten.

1.1.4 Økt problemløsning på arbeidsplassen

Et mål for ”iBedrift” var å gi ledelse og ansatte informasjon om muskelskjelettlidelser generelt – hva det *er* og hva det *ikke* er – slik at de ansatte ble bedre rustet til selv å kunne påvirke sin arbeidshverdag. De ønsket å gi de ansatte anledning til ”egen problemløsning”, i stedet for å ta kontakt med helsevesenet (21). ”iBedrift” ved UNN fokuserer primært på informasjon om ryggplager. Det er veldig vanlig å ha ryggplager, og i følge Nasjonalt Ryggnettverk (22) antar man at ca. 60-80 % av befolkningen erfarer rygg smerter i løpet av livet. Utviklingen har vært stor på dette fagområdet de siste tiårene; tidligere anbefalte man sengeleie og ro til pasienter med akutte rygg smerter, mens det i dag er godt dokumentert at pasienter bør forsøke å opprettholde så normal aktivitet som mulig (23). De som klarer å fortsette, eller komme raskt tilbake i jobb, blir i følge Nasjonalt ryggnettverk (23), fortære bra.

1.1.5 Forskning på feltet

I 2004 publiserte Ihlebæk & Eriksen (24) en undersøkelse som viste at ”mytene” om rygg smerter var avlivet blant helsepersonell, men at de fortsatt levde i beste velgående i befolkningen. Evalueringen av ”Aktiv rygg” kom fram til at mediakampanjen de hadde satt i verk ikke hadde vist effekt i form av reduksjon i sykefravær, men at en mestringskontakt i bedriften ga reduksjon i sykefraværet. Ved endt intervensjonsperiode viste evalueringen av ”iBedrift” ved SSR en reduksjon av sykefraværet grunnet korsrygg smerter på 49 % (25). I tillegg sank det generelle sykefraværet med 27 %, mens det på landsbasis bare sank med 13 % (25). Forsknings selskapet Uni helse² samarbeider nå med SSR om en randomisert kontrollert studie som skal evaluere effekten av intervensjon på arbeidsplassen (26).

I prosjektet sammenliknes kombinasjoner av tiltak: 1) informasjon om muskelskjelettlidelser og mestringskontakt, 2) informasjon, mestringskontakt og satellittbehandling, og 3) det de har

² Uni helse er en avdeling i forskningsselskapet Uni Research.

valgt å kalle for vanlig norsk behandling for rygg smerter. Evaluering av ”iBedrift” ved UNN skjer ved forskning på delelementer i modellen, og benytter seg hovedsakelig av registerdata. Så vidt jeg vet, er det ingen av studiene som har rettet seg mot ”iBedrift”-ansattes holdninger til muskelskjelettlidelser og håndteringen av disse.

1.2 Studiens hensikt

I denne studien ønsker jeg å undersøke om informasjonen som de ansatte mottar gjennom ”iBedrift” virker inn på deres håndtering av muskelskjelettlidelser. Følgende problemstilling har dannet utgangspunkt for prosjektet:

Tror ansatte som har fått informasjon om ryggplager gjennom prosjektet ”iBedrift”, at tiltaket vil hjelpe de som har muskelskjelettlidelser til å håndtere dette på en god måte?

Problemstillingen springer ut fra et spørsmål om hvorfor ”iBedrift”-prosjektet ved SSR oppnådde en reduksjon av det *generelle* sykefraværet, i tillegg til det ”ryggspesifikke” sykefraværet. Kanskje var det slik at tiltakspakken ikke bare påvirket holdningene og håndteringen av ryggplager, men av muskelskjelettlidelser generelt? Det er flere tiltak som er virksomme i ”iBedrift”, men da mestringskontaktene og satellittvirksomheten ikke var kommet skikkelig i gang under arbeidet med studien, valgte jeg å fokusere på informasjonen til de ansatte.

Hensikten med denne undersøkelsen er å finne ut om de ansatte tror at informasjonen fører til en bedre håndtering av muskelskjelettlidelser. Dette vil jeg forsøke å gjøre gjennom:

- 1) Å finne ut hva de ansatte mener er god håndtering av muskelskjelettlidelser.
- 2) Å finne ut om de ansatte tror at prosjektet er nyttig og om det finnes eventuelle kjennetegn ved de ansatte som tror eller ikke tror at tiltaket er nyttig.

1.3 Faglig og teoretisk bakgrunn

Videre i dette kapitlet vil jeg redegjøre for den faglige og teoretiske bakgrunnen for valget av problemstilling, samt avklare noen sentrale begreper.

1.3.1 Muskelskjelettlidelser

”iBedrift” rettet oppmerksomheten mot muskelskjelettlidelser, og spesielt ryggplager. 46 % av det totale sykefraværet skyldes muskelskjelettlidelser, som dermed utgjør den største diagnosegruppen blant sykemeldte (1, 2, 22). Sykdomsgruppen er stor og heterogen, og rommer blant annet smertetilstander uten ”objektive funn”, tilstander etter skader, akutte betennelser i slimposer og seneskjeder, autoimmune bindevevssykdommer, aldersforandringer i ledd, og sykdommer som osteoporose (27). Muskelskjelettlidelser kan deles inn i reversible tilstander og sykdommer som oftest eller alltid er irreversible, eller permanente (27). Sistnevnte gruppe omfatter autoimmune bindevevssykdommer og de fleste sykdommer som skyldes aldersforandringer. Antakeligvis er mange faktorer involvert i årsaksforholdene til de aller fleste muskelskjelettlidelser (27). Arbeidsforhold kan være én årsaksfaktor, og dette gjelder spesielt for de reversible tilstandene (27). Konsekvensene som muskelskjelettlidelser får for helsetilstanden til den enkelte varierer i stor grad. Ved en del muskelskjelettlidelser er det vanskelig å konstatere patologiske forandringer og vedkommendes opplevelse av plagene, slik som smerte, dominerer (22, 27). I følge en rapport fra Nasjonalt Ryggnettverk (22) rapporterer ca. 80 % av den norske befolkningen at de har hatt plager i en eller annen grad fra muskelskjelettsystemet siste måned. Dette gjør at det rent statistisk er mer normalt å ha slike plager enn ikke å ha det (22). Mange av plagene får små konsekvenser for funksjon i dagligliv og arbeidsliv og krever oftest ikke behandling (22).

1.3.2 Smerte og forventninger

Smerte er som regel hovedårsaken til funksjonsnedsettelse hos de som rammes av muskelskjelettlidelser (13). International Association for the Study of Pains (IASP) definerer

smerte som ”en ubehagelig sensorisk og/eller følelsesmessig opplevelse forbundet med vevsskade eller truende vevsskade, eller beskrevet med ord som for en slik skade” (27). Det er vanlig å skille mellom akutte og kroniske, eller vedvarende smerter. Ved *vedlikehold* av smerter er det andre mekanismer som er involvert enn ved akutte smerter. Behandlingen av akutte smerter kan ha avgjørende betydning for om smerten går over eller vedvarer.

Forventninger bestemmer i stor grad hvordan smerte oppfattes (28). Dersom man har forventninger om bedring, kan altså smerter og plager reduseres betydelig (28). Tolkningen av hva smerten signaliserer er avgjørende for hvordan vi oppfatter symptomene. Tolkningen bestemmes av grunnleggende antakelser, tidligere erfaringer, og ting vi har hørt eller lært fra helsepersonell eller andre kilder rundt oss. Når disse kildene meddeler sine oppfatninger av årsakene, kan dette påvirke utviklingen av plagene ved at det skapes forventninger om bedring eller forverring hos den det gjelder (28). Dette gjør at den primære skaden ofte ikke blir bestemmende for utviklingen over tid (27).

Grunnleggende antakelser om årsaker til plager hos den som rammes, kan få betydning for sykefravær. Antakelser om alder, kjønn og arbeidsevne, eller jobbmotivasjon kan være av stor betydning for fordeling av arbeidsoppgaver, oppfølging og sosial støtte. Holdninger kan også være medvirkende til å skape arbeidsforhold av betydning for helsen, for eksempel ved kulturen som skapes på arbeidsplassen (27). Denne kan påvirke hvor alvorlige plagene blir og om man er mye borte fra jobben. Forebygging av langvarige muskelskjelettlidelser er viktig, da disse øker risikoen for langvarig sykefravær, uavhengig av andre risikofaktorer (29).

1.3.3 Begrepsavklaring

Et sentralt tema i denne oppgaven er *holdninger*. Begrepet kan defineres som ”*oppfatninger og følelser om ting, mennesker og hendelser, og tendenser til å reagere på bestemte måter*” (27). Holdninger og grunnleggende antakelser om arbeid, helse og arbeidsevne, har betydning

for hvordan man forholder seg til helseplager og hvordan man forsøker å forebygge eller redusere plager (27).

I problemstillingen har jeg valgt å bruke begrepet *håndtering* framfor for eksempel ”mestring”. I følge Norsk Riksmålsordbok (30) betyr *håndtere* å styre; mestre. Jeg oppfatter at *håndtering* sier mer om handlinger enn begrepet *mestring* gjør. Den engelske oversettelsen av *håndtering* illustrerer dette godt: to handle, manage or deal with (30). Det å håndtere, ta hånd om eller takle en situasjon. Jeg har valgt å definere *god håndtering* av muskelskjelettlidelser som ”handling som fører til ønsket målsetning”. Målsetningen vil i mange tilfeller være å reduserte smerter og gjenopprette normal funksjon, men kan også omfatte andre dimensjoner ved plagene. På bakgrunn av teori om hvordan muskelskjelettlidelser og smerter utvikler seg, har jeg forsøkt å oppsummere mulige faktorer for *god håndtering*. Det er viktig at den som har plagene har forståelse for hvordan kroppen fungerer og er i stand til å fange opp dens signaler. Å være aktiv og ta tak i problemet på et tidlig tidspunkt kan være med på å begrense plagene og hindre at de blir vedvarende. Når man får plager er det gunstig at man er aktiv i prosessen med å begrense plagene, i stedet for å forvente at helsevesen eller arbeidsgiver skal ordne opp. Det er også en fordel hvis vedkommende er bevisst sine begrensninger og har kunnskap om muligheter for tilpasninger på jobben. Disse faktorene har hatt innvirkning på hvilke spørsmål jeg har prioritert å stille om håndtering av muskelskjelettlidelser, og hvordan jeg har valgt å formulere disse i spørreskjemaet. Dette kommer jeg nærmere inn på i metodekapitlet.

2 MATERIALE OG METODE

Studien er en tverrsnittundersøkelse der data har blitt samlet inn gjennom selvadministrerte spørreskjema. Dette har gitt meg adgang til informasjon fra en større gruppe ansatte, og tilfredsstillende krav til bruk av statistisk metode i masteroppgaven.

2.1 Studiepopulasjonen

2.1.1 Rekruttering til spørreundersøkelsen

Populasjonen jeg ønsket å undersøke, var ansatte på arbeidsplasser som var med i ”iBedrift”.

Prosjektet var i oppstartsfasen og jeg var ute etter den bedriften som hadde kommet lengst med innføringen av tiltak. At studiepopulasjonen ble barnehageansatte, var dermed tilfeldig. Et begrenset antall ansatte hadde kommet i gang med prosjektet på daværende tidspunkt, og jeg valgte derfor i tillegg å inkludere ansatte fra barnehager som ikke hadde begynt å implementere prosjektet. Å inkludere barnehager utenfor prosjektet skulle delvis sikre at det ikke ble for få respondenter, og delvis fungere som kontrollgruppe. Barnehagene i kontrollgruppen skulle i utgangspunktet inkluderes i ”iBedrift” senere i forløpet. På grunn av raskere framdrift enn prosjektledelsen planla, hadde de ansatte i kontrollgruppa allerede begynt å få informasjon gjennom ”iBedrift” da datainnsamlingen etter planen skulle finne sted. Jeg valgte derfor heller å inkludere barnehager som sto helt utenfor prosjektet på det daværende tidspunktet. Hovedutvalget og kontrollgruppa bestod til slutt av henholdsvis seks og fem kommunale barnehager med totalt 157 ansatte.

Enhetslederene for de aktuelle barnehagene ble kontaktet på telefon med forespørsel om tillatelse til å invitere deres ansatte til undersøkelsen. Lederne var positive og jeg deltok på et møte med faglederene der jeg informerte om prosjektet og mine tanker om det praktiske rundt innsamlingen. Dersom faglederene oppfattet undersøkelsen som en kilde til tilleggsarbeid og dermed en belastning, kunne dette ha påvirket måten de presenterte undersøkelsen på for sine

ansatte. Jeg ønsket at faglederne skulle ha en positiv innstilling til undersøkelsen og åpnet derfor for at de kunne komme med forslag til gjennomføringen. De involverte fikk både muntlig og skriftlig informasjon om kartleggingen (vedlegg 1-4).

2.1.2 Rekruttering til "iBedrift"

Bedriftene som deltar i prosjektet meldte selv sin interesse på bakgrunn av en presentasjon for enhetslederne. "iBedrift" har prioritert deltakerne etter sykefraværstatus, og barnehagene er dermed prioriterte bedrifter grunnet høyt sykefravær. I følge prosjektleder informerer kommunene stadig om prosjektet, og enheter "melder seg på".

2.2 Kriterier for inklusjon og eksklusjon

Undersøkelsen omfattet i utgangspunktet alle ansatte i barnehagene. I hovedutvalget ønsket jeg å inkludere de som hadde deltatt på begge informasjonsmøtene, men dette filterspørsmålet ble ikke tatt med i spørreskjemaet. Jeg kan derfor ikke utelukket at noen respondenter ikke har deltatt på begge møtene. Det andre informasjonsmøtet for de fleste ansatte avholdt i tiden før jul 2009. Faglederne ble ekskludert fra undersøkelsen på grunn av at stillingen de har innebærer personalansvar. Dette kan gi dem et noe annet perspektiv på undersøkelsen enn det de andre ansatte har. Av tidsmessige årsaker ønsket jeg å unngå meldeplikt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som er personvernombud for forsker- og studentprosjekt. Derfor er ansatte under 18 år og personer uten samtykkekompetanse ekskludert fra studien. Innsamling av opplysninger som kan knyttes direkte eller indirekte til respondentene, samt sensitive opplysninger, medfører også meldeplikt til NSD. Jeg har dermed ikke hatt tilgang til å etterspørre helseopplysninger fra respondentene.

2.3 Datainnsamlingen

Datainnsamlingen ble gjennomført i løpet av to uker i overgangen januar februar 2010. De ansatte fikk utdelt informasjonsskriv, spørreskjema og svarkonvolutt. Respondentene

samtykket til deltakelse ved å levere inn besvarte skjemaer. Alle besvarelsene var anonyme. Etter avtale med enhetslederne, fikk de ansatte anledning til å fylle ut spørreskjemaet på arbeid. For å bevare anonymiteten på små arbeidsplasser, og for å oppmuntre respondentene til å svare, ba jeg om at alle skjemaene skulle leveres inn - også de som ikke var fylt ut. Jeg sørget for levering og avhenting av skjemaene for å unngå postgang og porto. Jeg håpet at også dette ville bidra til å øke svarprosenten. Spørreskjemaene ble delt ut i barnehagene i løpet av mandag. De ansatte hadde deretter tre dager på å fylle ut skjemaet, før de ble hentet påfølgende fredag. De ansatte i gruppene hadde i utgangspunktet like lang tid til rådighet.

2.4 Studiens kartleggingsverktøy

Spørreskjemaet jeg benyttet ble utviklet spesielt til denne undersøkelsen på grunnlag av arbeidet med problemstillingen og prosjektskissen (vedlegg 7). Det har blitt gjennomført undersøkelser blant ansatte i forbindelse med ”Aktiv Rygg”, men siden spørsmålene i stor grad dreide seg om ryggplager, og implementeringen av prosjektet ved UNN hadde kommet såpass kort, har det ikke vært aktuelt å ta utgangspunkt i noen av disse.

Jeg har i stor grad benyttet meg av seniorrådgiver Gustav Haraldsens lærebok i spørreskjemametodikk, og har brukt Statistisk sentralbyrås retningslinjer for visuell utforming av spørreskjema (31, 32). Innholdet i spørreskjemaet er tredelt og består av 1) registrering av demografiske data, 2) spørsmål om holdninger, og 3) spørsmål direkte knyttet til ”iBedrift”. Hensikten med å stille spørsmål om holdninger er å undersøke om det finnes forskjeller mellom hovedutvalget og kontrollgruppa.

Spørsmålene hadde hovedsakelig forhåndsdefinerte svaralternativer. Til to av spørsmålene kunne respondentene enten gi en kommentar eller skrive opp et eget svaralternativ.

Formuleringen av svaralternativ resulterte hovedsakelig i kategoriske data som ja/nei, og grader av enighet, utformet som Likert-skalaer.

2.4.1 Del 1: Demografiske data og informasjon om arbeidsplassene

Jeg har valgt å spørre etter respondentenes alder (femårsintervaller), kjønn, ansettelsesforhold (fast/midlertidig), ansiennitet ved arbeidsplassen (år og måneder) og utdanningsnivå (fullført videregående skole, og høyskole- eller universitetsutdannelse). Som nevnt tidligere, har jeg ikke kunnet spørre om helsetilstanden til den enkelte. Muskelskjelettlidelser er likevel så utbredt i befolkningen at jeg antar at de fleste vil ha erfaringer med dette. I tillegg til informasjon om respondentene, ønsket jeg noe kunnskap om arbeidsplassene deres. Jeg har samlet informasjon om bygningsmassens alder, tilknytning til bedriftshelsetjeneste (BHT), og eventuelle prosjekter i bedriften. For å tidsavgrense sistnevnte faktor, har jeg spurt om prosjekter innenfor de siste fem årene. Jeg har også etterspurt informasjon om hvor stort fraværet var i ukene datainnsamlingen foregikk, for å få et inntrykk av hvor mange ansatte som potensielt kunne ha svart. Data er innhentet gjennom e-post og/eller telefonsamtaler med faglederne (vedlegg 5). Jeg har ikke oversikt over hvordan faglederne har regnet sammen brøkstillinger, tilleggsstillinger og personale som er i praksis eller er elever, og vet ikke hva fagleder har regnet som ”prosjekter i bedriften”. Informasjonen om antall ansatte og prosjekter i bedriftene må derfor regnes som omtrentlig. Jeg har fått tilgang til sykemeldingsstatistikk for de enkelte barnehagene i hovedutvalget, da denne informasjonen samles gjennom prosjektet ”iBedrift”. For kontrollgruppen har jeg fått et gjennomsnittsfravær for barnehagene samlet fra enhetsleder.

2.4.2 Del 2: Ansattes holdninger

Holdninger er vanskelige å måle, særlig når antall spørsmål er begrenset. Jeg har valgt å se på fire dimensjoner ved holdninger til håndtering av muskelskjelettlidelser:

1) helsebegrepet, 2) håndtering når plager oppstår, 3) usikkerhet ved smerter og 4) holdninger til sykefravær.

2.4.2.1 Helsebegrepet

Utgangspunktet for plager og sykdom er et begrep om *helse*. Jeg ønsket derfor å undersøke hvilket innhold de ansatte la i sin forståelse av begrepet ”helse”. Med utgangspunkt i litteratur som omhandler helse, satt jeg opp seks forslag som var ment å dekke noen av de vanligste perspektivene på fenomenet (33). Jeg valgte å gi respondentene svaralternativer fremfor å stille spørsmålet åpent for å få sammenliknbare svar. De ansatte ble bedt om å velge inntil tre av de seks alternativene som samsvarte best med deres eget helsebegrep. Jeg begrenset svarmulighetene ved å sette en grense for antall kryss, i håp om at dette ville påvirke respondentene til å tenke gjennom hvilke(t) alternativ som passet best.

2.4.2.2 Håndtering ved smerter

For å undersøke hva de ansatte mente var det beste å gjøre når man opplever plager i muskelskjelettapparatet, laget jeg et konkret eksempel. I spørreskjemaet ba jeg respondentene se for seg at de hadde hatt smerter i nakken i et par uker. Det var ingen grunn til å tro at noe var alvorlig galt, men vedkommende hadde problemer med å utføre arbeidsoppgavene sine. Jeg ønsket så å vite hva de mente var best å gjøre i en slik situasjon. Svaralternativene skulle dekke det jeg antok var vanlige måter å reagere på, og samtidig gi meg informasjon i forhold til faktorene jeg hadde satt opp for god håndtering. Her fikk respondentene anledning til å sette ubegrenset antall kryss og mulighet til å gi en kommentar.

2.4.2.3 Usikkerhet ved smerter

I innledningen viste jeg at forventninger og antakelser har svært stor betydning for forløpet av muskelskjelettlidelser. Jeg har valgt å spørre respondentene om hvor stor betydning det hadde å vite årsaken til plagene. Dette er ment å representere ansattes frykt for smertene. Respondentene ble bedt om å angi betydningen på en skala fra 1 til 5, der 1 sto for ”ikke av betydning” og 5 sto for ”av stor betydning”.

2.4.2.4 Holdninger til sykefravær

Sykefravær er et høyaktuelt tema og reduksjon av sykefraværet er en av målsetningene til ”iBedrift”. Jeg ønsket å kartlegge hvilke holdninger respondentene hadde til sykefravær og spurte derfor om deres syn på sykefraværsnivået generelt og på deres egen arbeidsplass, om de var enige i at man må forvente et høyt sykefravær i Norge siden arbeidslivet er så inkluderende, og om de mente at sykefraværsordningen blir misbrukt av mange eller ikke. Svarealternativene var ”helt uenig”, ”noe uenig”, ”noe enig”, ”helt enig” og ”vet ikke”. De som har svart ”vet ikke” har blitt utelatt fra analyser av sammenhenger.

2.4.3 Del 3: ”iBedrift”

Siste del av spørreskjemaet ble presentert kun for de ansatte som jobbet i barnehager som deltok i prosjektet. De ble spurt om hva de syntes om informasjonen som ble gitt, om nytten for dem selv og arbeidsplassen, og om de planla å benytte seg av tilbudet som mestringskontakten utgjør.

Etter datainnsamlingen oppdaget jeg at svaralternativene i spørsmål 12 ikke var helt heldig utformet da det finnes et skjult ”ja” blant ”nei”-alternativene. Dette har jeg tatt hensyn til i analysene.

2.5 Registrering av data

Ved registrering av data har jeg tatt noen avgjørelser vedrørende respondentenes svar. For de som ikke har krysset av for at de ønsker å delta, eller har krysset nei, men som likevel har besvart spørreskjemaet, har jeg valgt å registrere dette som et ”ja”. Hensikten med spørsmålet var å skape en terskel for å la være å svare. Når det gjelder utdanning, har flere respondenter kun krysset av for *høyeste* utdanning. Jeg har i min registrering gått ut i fra at de som har oppgitt å ha fullført høgskole- og universitetsutdanning også har fullført både grunnskole og

videregående skole. Respondentene ble bedt om å angi ansiennitet i år og måneder. For de som eksempelvis har svart ”2,5” år, har jeg valgt å tolke dette som to og et halvt år. For de som har svart ”2,4” år har jeg valgt å tolke dette som 2 år og 4 måneder.

2.6 Statistiske analyser

Datamaterialet ble analysert med statistikkprogrammet SPSS (versjon 16.0) for Microsoft Windows. Alle besvarte skjema er tatt med i analysene. Data er primært på nominalnivå og jeg har derfor benyttet meg av krysstabeller for å beskrive materialet og undersøke om det er sammenhenger mellom variablene. Statistiske sammenhenger ble testet med Pearsons kji-kvadrattest og Fishers eksakte test, der forventede verdier var mindre enn 5. Der det har vært indikasjon for å benytte Fishers eksakte test, er dette markert med bokstaven *F* etter p-verdien. Ordinale variabler har blitt testet med Mann-Whitney U-test. Signifikansnivået ble satt til $\alpha = 0,05$; en tosidig p-verdi på mindre enn 0,05 ble regnet som statistisk signifikant i analysene. I resultatene har jeg valgt å runde av alle oppgitte prosentertall til nærmeste hele tall. Selv om en del skjema ikke er komplette har jeg valgt å bruke alle tilgjengelige data i analysene, siden det viser seg at manglende data (missing values) ikke gjelder spesielle spørsmål. Antall manglende data varierer derfor i analysene og *n* er alltid oppgitt. Manglende data er utelatt fra prosentberegningene.

2.6.1 Håndtering av variabler

Variabelen ”alder” er på ordinalt nivå i spørreskjemaet for å unngå mulig identifisering av respondenter. Ansiennitet er samlet inn som en kontinuerlig variabel, men er ikke normalfordelt. Ved bruk i analyser er variablene alder og ansiennitet gjort om til dikotome variabler. Kuttpunktene er satt ved 25- og 50 %-persentilene. Aldersgruppene ble da delt ved henholdsvis 30 og 40 år, og ansiennitet ble delt ved 1 og 2,5 år. Sykefraværet i barnehagene er dikotomert ved 12 % fravær da dette er landsgjennomsnittet for barnehager (34).

3 RESULTATER

3.1 Bakgrunnsinformasjon

3.1.1 Respondentene

119 av 157 ansatte besvarte spørreskjemaet (76 %). Svarprosenten var på 63 % i hovedutvalget og 89 % i kontrollgruppen. I tabell 1 gis det en oversikt over antall ansatte, fravær og besvarte skjema. Det er en større andel kvinner i kontrollgruppa ($p = 0,034$, $n = 117$), men bortsett fra dette er det ingen forskjeller mellom karakteristika i gruppene. Den store majoriteten i det totale utvalget er kvinner (90 %), og 82 av 104 av disse er 30 år eller eldre ($p = 0,017$, F , $n = 117$) (tab 2). 7 av 13 menn er i alderen 20 til 24 år. 80 % av respondentene er fast ansatte og tilnærmet en tredel av de som er under 30 år har ansiennitet i barnehagen på over 1 år til og med 2,5 år.

Tabell 1 Oversikt over antall ansatte, fravær og besvarte skjema.

	Totalt	Hovedutvalg	Kontrollgruppe
Antall ansatte*	157	78	79
Oppgitt fravær i aktuell uke*	26	17	9
Ikke deltatt på 2. informasjonsmøte†	9	9	-
Besvarte skjema	119	49	70

*Rapportert fra fagledere.

†Hentet fra møtereferater ført av ”iBedrift”.

Tabell 2 Karakteristika hos respondentene i absolutte tall og prosent.

Demografiske data	Totalt (%) n=119	Hovedutvalg (%) n=49	Kontrollgruppe (%) n=70
Aldersgruppe, år	n=118	n=49	n=69
< 20	5 (4)	1 (2)	4 (6)
20 - 24	13 (11)	6 (12)	7 (10)
25 - 29	12 (10)	2 (4)	10 (15)
30 - 34	15 (13)	7 (14)	8 (12)
35 - 39	18 (15)	8 (16)	10 (15)
40 - 44	19 (16)	7 (14)	12 (17)
45 - 49	11 (9)	5 (10)	6 (9)
50 - 54	13 (11)	9 (18)	4 (6)
55 - 59	5 (4)	3 (6)	2 (3)
> 60	7 (6)	1 (2)	6 (9)

Kjønn	n=117	n=49	n=68
Menn	13 (11)	9 (18)	4 (6)
Kvinner	104 (89)	40 (82)	64 (94)
Ansettelsesforhold	n=114	n=48	n=66
Fast ansatt	91 (80)	40 (83)	51 (77)
Midlertidig ansatt	23 (20)	8 (17)	15 (23)
Ansiennitet	n=117	n=48	n=69
1 år eller mindre	33 (28)	12 (25)	21 (30)
Over 1 år	84 (72)	36 (75)	48 (70)
2,5 år eller mindre	60 (51)	24 (50)	36 (52)
Over 2,5 år	57 (49)	24 (50)	33 (48)
Høyeste fullførte utdanning	n=117	n=49	n=68
Videregående skole	75 (64)	31 (63)	44 (65)
Høgskole og universitet	42 (36)	18 (37)	24 (35)

3.1.2 Barnehagene

Tabell 3 viser en oversikt over informasjon om barnehagene som var med i studien. Begge gruppene består av både nye og gamle barnehager og de fleste av disse oppgir å ha gjennomført forskjellige prosjekter i løpet av de siste fem årene. Dersom alle prosjekter har blitt oppgitt ser det ut til at det har vært flere prosjekter i kontrollgruppen. Alle barnehagene i hovedutvalget og tre av fem barnehager i kontrollgruppen deltok i prosjektet UP&GO. Dette er en del av Kvalitetskommuneprosjektet - et samarbeid mellom staten, Kommunenes Sentralforbund (KS) og arbeidstakerorganisasjonene som foregikk i tidsrommet 2007 - 2009. Et særskilt mål for prosjektet var å redusere sykefraværet (35). Prosjektet UP&GO bestod av enkelttiltak og flere fellestiltak, der de viktigste var lederutvikling, HMS-arbeid og trivselstiltak, samt systematisk oppfølging av sykemeldte, rolleavklaring, motivasjon og arbeidsglede (36). Kun to av barnehagene har tilknytning til bedriftshelsetjeneste, og begge disse er i kontrollgruppen. Kontrollbarnehagene har i gjennomsnitt nesten tre flere ansatte enn i hovedutvalget og gjennomsnittlig sykefravær er høyere i hovedutvalget enn i kontrollbarnehagene.

Tabell 3 Informasjon om barnehagene som deltok i studien.

Barne- hage	Bygget, tiår	Prosjekter de siste 5 årene	UP&OG	BHT*	Ansatte	Sykefravær, prosent†
HOVEDUTVALG						
1	> 2000	Teamutviklingsarbeid HMS-arbeid‡ Tiltak rettet mot arbeidsmiljø	X	-	19	14,7
2	50- tallet	HMS-arbeid	X	-	9	13,0
3	70- tallet	-	X	-	15	6,3
4	80- tallet	Samarbeid med NAV§ pga høyt sykefravær	X	-	15	21,9
5	70- tallet	HMS-arbeid	X	-	7	16,5
6	90- tallet	Nærværarbeid Ergonomiske tiltak	X	-	13	18,9
Gjennomsnitt					13	15,2
KONTROLLGRUPPE						
7	70- tallet	Samarbeidsplan med BHT Ergonomikurs og kartlegging av støy	X	X	16	-
8	80- tallet	Fokus på ergonomi i regi av BHT Nærværarbeid	X	X	16	-
9	>2000	Samarbeid med ressursteam i kommunen pga høyt sykefravær	-	-	18	-
10	80- tallet	Sosiale arrangementer Ergonomiske tiltak Kurs i ergonomi	X	-	14	-
11	>2000	Sosiale arrangementer Motivasjonskonferanse Individuell oppfølging (bl.a. med jordmor) Ergonomi Nærværarbeid HMS-arbeid	-	-	15	-
Gjennomsnitt					15,8	12,7

X Deltar i prosjektet/har tilgang til tjenesten.

– Deltar ikke/har ikke tilgang til tjenesten.

* Bedriftshelsetjeneste (BHT).

† Tallene er fra NAV§ og er et gjennomsnitt av 1. kvartal 2007-2009, bortsett fra for barnehage nr 1 der det er regnet gjennomsnitt av 1. kvartal 2009, pga. manglende statistikk før dette tidspunktet. For kontrollbarnehagene har jeg kun et gjennomsnittstall for 1. kvartal 2009.

‡ Helse, miljø og sikkerhet (HMS).

§ Arbeids- og velferdsetaten (NAV).

3.2 De ansattes holdninger

3.2.1 Helse er overskudd, trivsel og fravær av sykdom og ubehag

De tre mest populære helsebegrepene blant de ansatte var: 1) ”helse er å ha overskudd og energi, at ting går lett” (56 %), 2) ”helse er å ha det godt nok, å trives” (48 %), og 3) ”helse er fravær av sykdom, kroppslig ubehag eller symptomer” (46 %). Ved analyse av sammenhenger viser det seg at 70 % av hovedutvalget og 46 % av kontrollgruppa mente at alternativet ”helse er å ha overskudd og energi, at ting går lett” samsvarte med deres helsebegrep ($p = 0,009$, $n = 113$). En større andel kvinner ($p = 0,021$, $n = 112$), fast ansatte ($p = 0,033$, $n = 110$), ansatte med mer enn 1 års ansiennitet ($p = 0,036$, $n = 112$), og ansatte i barnehager som var med på UP&GO ($p = 0,043$, $n = 113$) syntes dette samsvarte med deres helsebegrep.

Blant respondentene valgte en større andel av de som er 30 år eller eldre ($p = 0,021$, $n = 113$) og ansatte i barnehager som er tilknyttet bedriftshelsetjeneste ($p = 0,041$, $n = 113$) å krysse av for at helse er fravær av sykdom, kroppslig ubehag eller symptomer.

Ansatte som er under 30 år ($p = 0,040$, $n = 113$) og som ikke er tilknyttet bedriftshelsetjeneste ($p = 0,035$, $n = 113$) eller har vært en del av UP&GO ($p = 0,007$, $n = 113$) regnet i større grad helse som å fungere i sine roller.

Omtrent halvparten av ansatte med høgskole- eller universitetsutdannelse mente at helse er å mestre hverdagen, mens 28 % av respondentene med lavere utdanning enn dette var enig i at helse er mestring ($p = 0,015$, $n = 112$).

3.2.2 Håndtering av nakkesmerter

Ved nakkesmerter over flere uker ville 60 % av utvalget kjent sine begrensninger og forsøkt å ta hensyn til smertene ved å tilpasse arbeidsoppgavene så godt det lar seg gjøre ($n = 119$). Her

var hovedutvalget og kontrollgruppa noe uenige, for mens nærmere 70 % av kontrollgruppa krysset av for dette, gjorde bare 47 % av hovedutvalget det samme ($p = 0,018$, $n = 119$).

57 % av hele utvalget svarte at de ville vente med å gjøre noe og se hvordan smertene utviklet seg ($n = 119$).

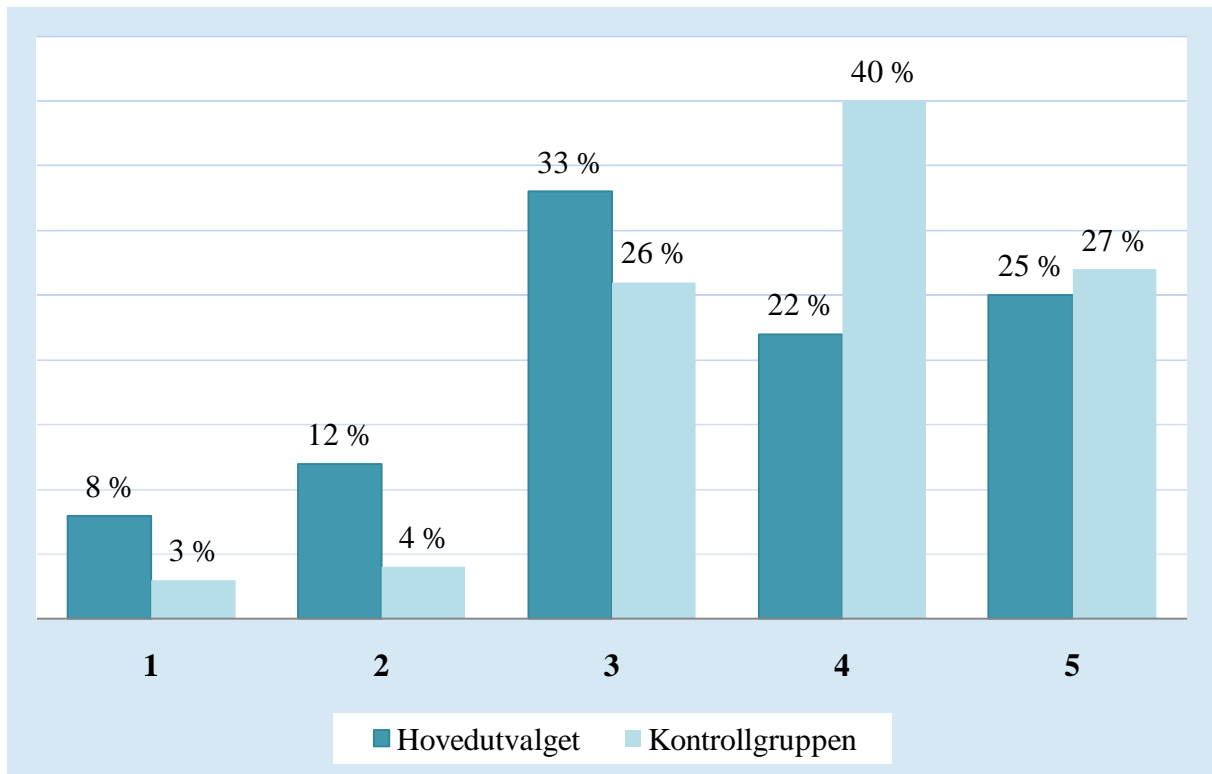
24 % ønsket å gå til nærmeste leder for å ta opp problemet og prøve å finne en løsning. Det var en større andel av midlertidig ansatte ($p = 0,037$, $n = 117$), ansatte i bedrifter uten tilknytning til bedriftshelsetjeneste ($p = 0,031$, $n = 119$), og ansatte i bedrifter som ikke var med i UP&GO ($p = 0,005$, $n = 119$) som svarte dette (42 % mot 17 %). Tendensen var den samme hos de som er under 30 år, men sammenhengen var ikke sterk nok til å nå et statistisk signifikant nivå ($p = 0,054$, $n = 118$).

Kun 8 % mente at de ikke ville klare å jobbe med smertene og ønsket sykemelding ($n = 119$). 11 % ville ha gjort noe annet ($n = 119$). I kommentarene skriver 10 personer at de ville ha oppsøkt behandler eller terapeut for å få hjelp, og 5 personer at de ville ha oppsøkt lege for hjelp, uten å be om sykemelding.

3.2.3 Betydning av årsaksforklaring ved smerter

Figur 1 viser en oversikt over prosentfordelingen av hvordan de to gruppene har svart på spørsmålet om betydningen av å vite årsaken til smertene. I hovedutvalget oppga under halvparten av de ansatte at det hadde betydning å vite årsaken til smertene, mens 53 % oppga en nøytral verdi eller at det ikke hadde betydning ($n = 49$). I kontrollgruppa krysset 67 % av for 4 eller 5 på skalaen, altså at det har betydning å vite årsaken til smertene ($n = 70$). Figur 1 gir inntrykk av at det er en forskjell mellom svarene som gruppene gir. Når dette testes statistisk med en Mann-Whitney U-test, når denne ikke et signifikant nivå ($p = 0,061$, $n = 119$).

Figur 1: Oversikt over prosentfordelingen av svarene på spørsmålet om betydningen av å vite årsaken til smertene. Ansatte har svart på en skala fra 1 til 5, der 1 står for ”ikke av betydning” og 5 står for ”av stor betydning”. Hovedutvalget og kontrollgruppen vises i separate søyler.



3.2.4 Sykefravær

3.2.4.1 Yngre arbeidstakere synes at sykefraværet er for høyt

Alle i utvalget som er under 30 år mente at sykefraværet generelt er for høyt ($p = 0,033$, F , $n = 104$). De 7 % som har svart ”vet ikke” er ekskludert fra analysene. Totalt i utvalget var 82 % enig i at det er for høyt ($n = 113$). Samtidig var bare 53 % enige i at sykefraværet er for høyt på deres egen arbeidsplass ($n = 111$). Her er 5 % er ekskludert. 75 % av de som har ansiennitet på til og med 2,5 år var noe eller helt enig i dette utsagnet, mens bare 38 % av de som har lengre ansiennitet mente at sykefraværet er for høyt på deres arbeidsplass ($p < 0,001$, $n = 104$). Over 80 % av de som er under 30 år hadde kort ansiennitet (til og med 2,5 år) og det kan igjen se ut til at det var de yngste i utvalget som var enige i at fraværet er for høyt på egen arbeidsplass.

38 % svarte at det inkluderende arbeidslivet i Norge ikke bør tilsi at sykefraværet må være høyt (n = 112). De som er 30 år eller eldre mente at høyt sykefravær er noe man må regne med (p = 0,010, n = 87). Bare 11 % av mennene var enige i dette, mens hele 58 % av kvinnene var det (p = 0,011, F, n = 86). Mange respondenter var usikre eller hadde ikke noen formening om utsagnet (21 %).

3.2.4.2 Ansatte mener at sykefraværsordningen misbrukes

60 % av utvalget var noe eller helt enig i at sykefraværsordningen misbrukes av mange. 14 % ble ekskludert fra analysene. 80 % av de som har lav ansiennitet (til og med 2,5 år) var enige i dette, mens knapt 60 % av de som har lenger ansiennitet var enige (p = 0,023, n = 96). 79 % av de som er 39 år eller yngre, og 56 % av de som er 40 år eller eldre var enige i utsagnet (p = 0,018).

3.3 "iBedrift"

3.3.1 Informasjonsformidling

79 % av utvalget syntes at informasjonen om ryggplager ble gitt på en pedagogisk måte. 19 % svarte "både/og", men kun 2 % mente at den ikke var pedagogisk (n = 43). I følge respondentene var informasjonen lett å forstå (85 %). 13 % syntes det var "både/og", og kun 2 % syntes at den var vanskelig å forstå (n = 46). Knapt halvparten av gruppa oppga at informasjonen var ukjent for dem (47 %). 16 % visste om deler av eller hele innholdet fra før, og 38 % svarte "både/og" (n = 45). Kun én person hadde oppfattet informasjonen som provoserende (n = 44).

3.3.2 Nytte av prosjektet

3.3.2.1 Ansatte oppfatter informasjonen som nyttig for seg selv

27 av 48 av respondentene mente at informasjonen de hadde fått var udeltelett nyttig for dem (56 %). Når vi tar med de som var mer nølende og mente at informasjonen var delvis nyttig,

kommer dette tallet opp i 92 %. Kun 4 av de ansatte så ingen nytte i informasjonen (n = 48). Så godt som alle (97 %) de fast ansatte fant informasjonen nyttig eller delvis nyttig, mens 63 % av de midlertidig ansatte svarte det samme ($p = 0,013$, F, n = 47). De ansatte ble også spurt om de trodde at de kom til å benytte seg av tilbudet som mestringskontakten utgjør, hvis de skulle ha eller få plager i muskler eller skjelett. Dette svarte knapt halvparten av gruppa at de ville gjøre. 39 % svarte at de ikke kommer til å ta kontakt, mens 12 % var usikre (n = 49).

3.3.2.2 *Delte meninger om nytte for arbeidsplassen*

16 % av respondentene mente at informasjonen i seg selv er nok til å redusere sykefraværet på arbeidsplassen. 50 % mente at informasjonen ikke er nok til å skape en reduksjon, og 34 % mente at informasjonen *sammen* med mestringskontakten og tilbud om rask oppfølging kan redusere sykefraværet (n=44). Ser man bort fra begrensningen om at det må *mer* til enn informasjonen, så mener halvparten av utvalget at tiltaket vil redusere sykefraværet på kort eller lang sikt.

3.3.2.3 *Hva kjennetegner ansatte som mener at prosjektet er nyttig eller ikke nyttig?*

Det er ingen statistiske sammenhenger mellom de demografiske variablene og holdningene til nytten av tiltaket i dette materialet.

4 DISKUSJON

Jeg vil nå først oppsummere hovedfunnene i undersøkelsen. Deretter tar jeg for meg betraktninger rundt styrker og svakheter ved metoden, før jeg til slutt drøfter resultatene ut fra hensikten med studien.

4.1 Hovedfunn

Analysene viser at det er få forskjeller mellom hovedutvalget og kontrollgruppen. De ansatte er svært kritiske til sykefravær. Resultatene kan tyde på at hovedutvalget er mer avslappet til å vite årsaken ved nakkesmerter. De ansatte er fornøyde med informasjonen fra "iBedrift" og synes informasjonen var nyttig for dem selv, men er usikre på om det er nok til å redusere sykefraværet. Relativt få vil oppsøke mestringskontakten ved behov.

4.2 Metodiske betraktninger

4.2.1 Studiedesign

Studien er en tverrsnittsundersøkelse. Jeg valgte dette studiedesignet fordi det var relativt billig og enkelt å gjennomføre innenfor tidsrammen jeg hadde til rådighet. Designet kan vise eventuelle sammenhenger mellom variablene, men gir ikke grunnlag for å si noe om årsaksforhold eller effekt av tiltakene (37). Hensikten med studien er å undersøke ansattes meninger. Jeg valgte da å lage en spørreundersøkelse, som er en mye brukt metode som gir høy grad av standardisering (37). Dette eliminerer tilfeldige feil og gir pålitelige data (37). Å gjennomføre intervju med ansatte var ikke aktuelt da dette hadde resultert i langt færre svar enn ved selvadministrert spørreskjema.

4.2.2 Måling

Spørreskjemaet er i sin helhet egenutviklet. Det har ikke vært mulig å gjennomføre en forundersøkelse og testing av skjemaets reliabilitet og validitet innenfor oppgavens rammer. En begrensning i studiedesignet at jeg holdningene jeg har forsøkt å kartlegge kun gjelder for

den tidsperioden undersøkelsen ble gjennomført. Holdninger kan forandre seg raskt og det kan tenkes at reproduserbarheten påvirkes av dette. Under arbeidet med spørreskjemaet har jeg vært bevisst på at utformingen av skjemaet og formuleringen av spørsmålene er av stor betydning. Som man spør, får man svar, og informasjon kan gå tapt ved at ”riktig” spørsmål ikke blir stilt. Når svaralternativene er gitt på forhånd gir det respondentene liten mulighet til å nyansere sine svar, og man risikerer at respondenten ikke finner et alternativ som passer. Det kan også tenkes at respondentene i mindre grad reflekterer over svarene når de stilles lukket, enn nå spørsmålene er åpne. Her har intervju noe av sin styrke i forhold til spørreskjema. Ved å bruke selvadministrert spørreskjema sikrer jeg at spørsmålene presenteres likt for respondentene. På den annen side er det umulig å sikre at spørsmålene *oppfattes* likt. En annen mulig feilkilde ved både intervju og selvadministrerte spørreskjema er at respondentene kan gi uærlige svar.

4.2.3 Representasjon

4.2.3.1 Utvalget

Bedriftene som deltar i ”iBedrift” er rekruttert ut fra eget ønske om å delta, og prioritert etter sykefraværstall. Bedriftene har ikke blitt trukket til studieutvalget og er dermed ikke et sannsynlighetsutvalg. Dette lukker muligheten for statistisk generalisering fra utvalget til populasjonen (37). Utvalget er relativt lite, men ut fra hensikten med undersøkelsen var det ikke mulig å rekruttere flere bedrifter, da det kun var disse seks barnehagene som hadde deltatt på ”iBedrift”s informasjonsmøter. Det jeg anser som en styrke ved utvalget er at alle bedriftene er relativt like, i den forstand at de er kommunale barnehager. Det gjør det mindre sannsynlig at eventuelle forskjeller mellom barnehagene skyldes ulike yrkesforhold eller kjønnsfordeling.

Barnehagene i utvalget hadde flest kvinnelige ansatte. Barnehager i Norge har i følge tall fra 2008 gjennomsnittlig bare 9 % mannlige ansatte (38). Sammenliknet med dette ligger kontrollgruppen noe under gjennomsnittet med sine 6 %, og hovedutvalget ligger over med 18 % (tab 2). 64 % av utvalget i undersøkelsen hadde fullført videregående skole (VGS) og 36 % hadde fullført høgskole- eller universitetsutdannelse. Landsgjennomsnittet er på 43,3 % for VGS og 20,3 % for høyere utdanning³ i følge tall fra 2008 (39). For kvinner er tallene noe lavere for VGS og noe høyere for høyere utdanning. Utvalget er dermed relativt høyt utdannet. Jeg har ikke spurt respondentene om *hvilken* utdanning de har. Men nøkkeltall fra 2008 viser at blant assistenter i barnehager er 19,1 % barne- og ungdomsarbeidere (VGS-nivå), og blant resten av personalet er 35,3 % førskolelærere (høgskolenivå) (40). Det finnes retningslinjer for antall barn per pedagog, og det virker nærliggende å tro at mange av de med høyere utdanning i utvalget er blant disse. Det ser altså ut til at respondentene og bedriftene som deltok i undersøkelsen er representative for kommunale barnehager i Norge i forhold til kjønnsfordeling og utdanningsnivå.

Ansatte som ikke var innom arbeidsplassen de ukene datainnsamlingen pågikk har ikke fått anledning til å svare. Siden jeg antakeligvis ikke har klart å nå fram til alle ansatte, er det mulig at utvalgsrammen ikke dekker hele studiepopulasjonen (37). I følge rapportering fra faglederne er årsaken til fraværet de aktuelle ukene stort sett planlagt ferie og sykemeldinger. Dersom dette frafallet er tilfeldig, vil ikke representativiteten påvirkes (37). Hvorvidt sykemeldte ansatte ville ha gitt andre svar enn ansatte som ikke er sykemeldte, er vanskelig å si noe sikkert om. Informasjon om helsetilstanden til de ansatte var ikke tilgjengelig i denne studien og jeg vet ikke hvem av respondentene som har erfaring med sykemeldinger, og eventuelt var sykemeldt da spørreundersøkelsen ble gjennomført.

³ Kort høyere utdanning, til og med 4 år.

4.2.3.2 Frafall

Det styrker studien at oppslutningen blant de ansatte var relativt høy. Oppgitt fravær i den aktuelle uka var på omtrent 26 personer, og hvis man tar hensyn til dette er det tilnærmet 100 % svarprosent i gruppene (tab 1). Ved utformingen av prosjektet foretok jeg grep for å øke svarprosenten. Jeg oppfordret respondentene til å begrunne hvorfor de ikke ville delta, og jeg begrenset antall spørsmål i skjemaet. Respondentene kunne svare i løpet av arbeidsdagen, og trengte ikke å poste skjemaet. Responsen var størst fra kontrollgruppen, og det var spesielt to barnehager i hovedutvalget som hadde tydelig lavere svarprosent enn resten. Barnehage 4 hadde over 50 % fravær den aktuelle uka, mens barnehage 1 fikk uanmeldte oppgaver som satte barnehagen ”på hodet”. Fagledernes opptreden og innstilling hadde antakeligvis en del å si for responsen blant de ansatte. De ble ikke bedt om å mase, men å være positive og oppfordre de ansatte til å svare. Det er vanskelig å si sikkert om frafallet har påvirket svarmønsteret (32).

Det er en mulighet for at respondenter som i utgangspunktet skulle vært ekskludert på grunn av manglende oppmøte på informasjonsmøtene også har besvart skjemaet. I en avveining om antall spørsmål valgte jeg å utelate et filterspørsmål i forhold til deltakelse på informasjonsmøtene. Begrunnelsen for dette var at møtene var obligatoriske for de ansatte. Møtereferater fra ”iBedrift” har i ettertid vist at mellom 60 og 70 av de 78 ansatte deltok på møtene. Jeg anser det som sannsynlig at de som ikke har fått informasjon befinner seg blant de som har latt være å svare. Det kan likevel være verdt å spørre seg hvem av de ansatte som ikke har fått informasjon. Er det de som er mest skeptiske til prosjektet?

4.2.4 Statistiske analyser

En begrensning for studien er at utvalget er relativt lite. Men i små utvalg må det sterkere sammenhenger til for å forkaste nullhypotesen, enn i større utvalg (gitt samme signifikansnivå) (37). I enhver undersøkelse må man vurdere om det kan ha skjedd

systematiske målefeil. En av effektene som kan oppstå er ”enighetssyndromet” eller ”ja”-effekten (37). Dette fenomenet oppstår når respondentene svarer det de tror er ønskelig eller politisk korrekt. Dette kan være tilfelle når det gjelder utsagnene om sykefravær, men jeg anser det ikke for å være sannsynlig da responsen er relativt konsistent.

4.3 Drøftning av resultatene

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte det jeg anser som de viktigste funnene ut fra studiens hensikt: å finne ut om de ansatte tror at informasjonen fører til god håndtering av muskelskjelettlidelser.

4.3.1 Ansattes meninger om god håndtering

4.3.1.1 Kritiske til sykefravær

Det kommer tydelig fram i denne undersøkelsen at de ansatte er kritiske til flere dimensjoner ved sykefravær. Over 80 % av utvalget gir uttrykk for at de synes at sykefraværet generelt er for høyt, og mindre enn 1 av 10 synes at det å be om sykemelding er det beste å gjøre ved episoder med nakkesmerter. Flertallet mener altså at sykefraværet generelt burde ha vært lavere. I 2007 ga Nordisk Ministerråd ut en undersøkelse om holdninger til sykefravær i de nordiske landene (41). Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge i hvor stor grad arbeidstakere i landene aksepterte ni ulike årsaker til sykefravær⁴. Resultatene viste at de mest akseptable årsakene til sykefravær hos nordmenn var når nære familiemedlemmer behøvde støtte og omsorg, ved mobbing på arbeidsplassen, og ved vanskeligheter i forbindelse med samlivsbrudd. Begrunnelsen for prioritering av årsakene som var med i undersøkelsen er ikke beskrevet i rapporten, og muskelskjelettlidelser var ikke med. I materialet mitt syntes kun 8 % at sykemelding var en god løsning ved nakkesmerter. Det er ikke direkte sammenliknbart med den nordiske undersøkelsen, men gir kanskje en pekepinn på at de barnehageansatte kan ha en

⁴ Årsakene i undersøkelsen var: Forkjølelse med feber, støtte/omsorg for nære familiemedlemmer, mobbing på arbeidsplassen, vanskeligheter i forbindelse med samlivsbrudd, ubehag pga. stress på jobben, kortvarig manglende tilbud i barnehage, skole eller transport, misnøye med forhold på arbeidsplassen, for lite søvn, bakfull.

begrenset aksept for sykemelding på dette grunnlaget. Det er mulig at aksepten i Norden ville ha vært større for muskelskjelettlidelser, da årsakene som ble presentert i undersøkelsen ikke direkte gikk på sykdom.

I den nordiske undersøkelsen benyttet de seg av en indeks som beskriver i hvilken grad arbeidstakerne aksepterte ulike årsaker for å sykemelde seg, kombinert med hvor mange dager de i gjennomsnitt godtok en sykemelding. Resultatet viste at indeksverdien varierte for de forskjellige årsakene, men at Norge hadde høyest eller nest høyest skår for alle årsakene. Altså aksepterte nordmenn i størst grad sykefravær i Norden. De barnehageansatte i denne studien virker å ha en mer tilbakeholden holdning til sykefravær. Jeg fant at 60 % av det totale utvalget mente at sykefraværsordningen misbrukes av mange. Her vet jeg riktignok ikke om de ansatte har svart på generelt grunnlag eller ut fra sin egen arbeidsplass. Jeg vet heller ikke hva de legger i begrepet ”misbruke” da dette ikke var definert i utsagnet. Det var de yngste i utvalget som i størst grad mente at sykefraværsordningen misbrukes. Det samme var tilfellet i forhold til generelt høyt sykefravær; faktisk var *alle* ansatte under 30 år enige i dette utsagnet. Kort ansiennitet på arbeidsplassen (til og med 2,5 år) hadde også en sammenheng med holdningen om misbruk, og blant disse er 41 % under 30 år. Aldersskillet understøttes av at ansatte som er 30 år eller eldre i større grad var enige i at høyt sykefravær er noe man må regne med i arbeidslivet i Norge. Disse funnene står muligens i motsetning til undersøkelsen til Nordisk Ministerråd, der de fleste årsakene til sykefravær i større grad ble akseptert av respondenter under 30 år. Videre forskning i forhold til denne undersøkelsen viste en klar tendens til at yngre generelt var mer liberale når det gjelder sykefravær (42). En mulig årsak til dette kan være at respondentene hadde mer personlig erfaring med årsakene som ble presentert i den nordiske undersøkelsen. Muskelskjelettlidelser øker med alderen, og det kan dermed være mulig at de noe eldre barnehageansatte har mer erfaring med dette. De yngste

arbeidstakerne hadde i stor grad kort ansiennitet i barnehagene. De vil antakeligvis ha mindre erfaring med arbeidslivet og belastningene som finnes der.

Blant de ansatte i Norden aksepterte de som arbeidet i større bedrifter i større grad de ulike årsakene til sykefravær enn de som arbeidet i mindre bedrifter (18). SNF-rapport nr. 23 (42) fant overraskende nok at yrke og bedriftsstørrelse *i liten grad* påvirker holdningene. Den kritiske holdningen til bruk av sykefravær i barnehagene kan muligens forklares ved at *konsekvensene* av sykefravær blir større og mer synlige i små bedrifter. Dersom en av fem ansatte er sykemeldte, vil det generelt ha mer å si enn hvis en av femten, eller femti er borte. Høyt sykefravær vil kunne være belastende for de andre ansatte i barnehagen (43). I den nordiske undersøkelsen aksepterte ansatte i offentlig sektor de ulike årsakene i større grad enn av de som arbeidet i privat sektor (18). Barnehagene i undersøkelsen er alle offentlige arbeidsplasser, men ansatte virker likevel å ha en kritisk holdning til sykefravær.

Et noe overraskende funn er at kun halvparten av utvalget mener at sykefraværet er for høyt på deres egen arbeidsplass. Dette er overraskende fordi holdningene til sykefravær generelt er kritiske, og fordi barnehagene i utvalget stort sett har høyt fravær. Høyt sykefravær er representativt for barnehager i Norge. Kommunalminister Liv Signe Navarsete uttalte i desember 2009 at de kommunale barnehagenes sykefravær er oppe i hele 12 % (34). Dette tallet varierer mellom 2,6 og 16 % i kommunene. For å få bukt med problemet ønsker Kommunalministeren å videreføre de beste tiltakene fra Kvalitetskommuneprosjektet. Barnehagene skal også, sammen med bygg og anlegg, verftsindustrien og mekanisk industri, under lupen denne våren i forbindelse med Arbeidstilsynets fokus på muskelskjelettlidelser gjennom prosjektet ”Føre var” (44).

Det kan være flere grunner til at de ansatte viser en noe ”mildere” holdning ovenfor sykefraværet på egen arbeidsplass. Materialet viser ingen sammenhenger mellom sykefraværslivået i hovedutvalget og svarene som de ansatte har gitt. For det første kan det hende at de ansatte faktisk ikke *vet* hvor høyt sykefraværet egentlig er. For det andre er det mulig at svært få personer står for det høye sykefraværet. Sykefraværet i Norge er nemlig ujevnt fordelt blant arbeidstakere; bare 10 % av de sysselsatte står for 80 % av det totale sykefraværet (45). Hvis dette er tilfelle i barnehagene vil kanskje ikke de ansatte anse dette fraværet som ”for høyt” i bedriften. En tredje mulighet er at det kan være lettere å akseptere sykefravær når det gjelder deg selv, eller personer du kjenner.

4.3.1.2 Kvinner regner med høyt sykefravær

Kvinnene i utvalget viste seg å være betydelig mer enige i at sykefravær er noe man må regne med i arbeidslivet i Norge, enn det mennene var. Dette kan muligens henge sammen med at det er en tydelig overvekt av kvinner blant de 10 % sysselsatte som står for det meste av sykefraværet i Norge (2). Kvinner har også gjennomgående høyere sykefravær enn menn, og i 2008 var denne forskjellen på hele 77 % (1, 2). Noe av forskjellen kan forklares med sykefravær i forbindelse med graviditet og fødsel. Gravide kvinner står for en tredel av fraværstidene blant kvinner i alderen 20 til 39 år⁵ (46). Mye av dette fraværet kan sannsynligvis forebygges, da antall og lengde på sykemeldingene har en klar sammenheng med hvor fysisk tungt og slitsomt arbeid kvinnene har (46). Norge har høy grad av sysselsetting sammenliknet med andre land og etter Island er vi det landet i verden med mest yrkesaktivitet blant kvinner (2, 3). Muskelskjelettsmerter er vanligere blant kvinner enn blant menn, og Mæland (13) forteller om en økning i forekomsten av muskelskjelettlidelser blant norske kvinner siden 1970-tallet. Vi vet lite om hvorfor så mange kvinner får utbredte muskelskjelettlidelser, men økt yrkesdeltakelse kan nok ha påvirket dette noe (13). Det er

⁵ Omsorgs- og fødselspermisjoner, og fravær på grunn av barns sykdom er ekskludert fra Statistisk sentralbyrås (SSB) sykefraværstatistikk.

også noen som mener at økningen i sykefraværet kan forklares med økt kvinnelig yrkesdeltakelse (47). Disse poengene sannsynliggjør at de kvinnelige ansatte i barnehagene har mer erfaring med sykemeldinger gjennom flere faser i livet. Erfaringen kan være en av årsakene til at kvinner i større grad mener at sykefraværet er nødvendig i et inkluderende arbeidsliv. Kanskje kommer dette ekstra tydelig fram i barnehagene som har en stor overvekt av kvinnelige ansatte. Undersøkelsen av holdningsforskjeller i Norden viste at kvinner var noe mer restriktive enn menn i forhold til aksept for ulike årsaker til sykefravær (48). Dette strider ikke nødvendigvis med funnene blant barnehageansatte. Det kan bety at de kvinnelige ansatte i større grad godtar sykefravær, men at de i mindre grad godtar ulike *årsaker* til sykefravær.

4.3.1.3 Hva er det beste å gjøre?

På spørsmål om hva de ansatte mente var det beste å gjøre ved en episode med smerter i nakken, svarte flest at de ville ha tatt hensyn til smertene og tilpasset arbeidsoppgavene så godt det lot seg gjøre. Ettersom dette alternativet samsvarer godt med mine faktorer for god håndtering av muskelskjelettlidelser, var det overraskende å finne at 23 % flere i kontrollgruppen enn i hovedutvalget svarte dette. Dersom ”iBedrift” påvirket de ansattes håndtering av muskelskjelettlidelser ville jeg ha forventet å finne det motsatte. Det er mulig at kontrollgruppen i utgangspunktet håndterte muskelskjelettlidelser på en bedre måte enn hovedutvalget. Høyere gjennomsnittlig sykefravær i hovedutvalget *kan* underbygge dette, men jeg har ingen konkret informasjon om den faktiske håndteringen av plager i barnehagene. Kontrollgruppen ser ut til å ha hatt flere prosjekter enn hovedutvalget, og to av barnehagene i kontrollgruppen er tilknyttet bedriftshelsetjeneste. Dette kan ha hatt en positiv innvirkning på håndteringen. En annen forklaring kan være at det tidlig i prosjektforløpet til at tiltaket har gitt utslag.

En knapp femtedel av utvalget ønsket å gå til nærmeste leder for å ta opp problemet og prøve å finne en løsning. Det var i større grad midlertidig ansatte, ansatte uten tilknytning til BHT og UP&GO som valgte dette alternativet. En kan tenke seg at fast ansatte kjenner arbeidsplassen og mulighetene for tilpasning bedre enn midlertidig ansatte. For midlertidige ansatte kan det kanskje også være vanskeligere å ta initiativ til å gjøre tilpasninger i arbeidet på egen hånd, i forhold til mer etablerte kolleger. Kulturen for tilpasninger på arbeidsplassen vil også være relevant. I forhold til sistnevnte vil antakeligvis de ulike prosjektene i barnehagene spille inn.

4.3.2 Tror de ansatte at prosjektet er nyttig?

Respondentenes helsebegrep samsvarer best med helse som overskudd og energi, helse som trivsel, og helse som fravær av sykdom. Fugelli & Ingstad (49) har gjennomført en undersøkelse kalt "Helse på norsk", der de fant at det folkelige perspektivet på helse har tre kjennetegn: helhet, pragmatisme og individualisme. Folk forventer ikke en fullstendig tilstand av velvære, men føler at trivsel kan veie opp for mye (49). I artikkelen sier Fugelli & Ingstad at folk er nøkterne i sine forventninger til helse og at de måler helsen med det man kan regne med ut fra alder, livssituasjon og sykdomsbyrde. "For enkelte kan sykdommer og plager veies opp av andre positive verdier i helseregnskapet" (49). Forfatterne kommenterer at samfunnsmedisinen bør få bedre innsikt i befolkningens forestillinger om helse og sykdom før forebyggende og helsefremmende tiltak settes i gang (49). I forhold til svarene de ansatte gir om helse i denne studien, ser det ut til at de svarer som "nordmenn flest". Fugelli & Ingstad sier at den nøkterne holdningen til helse viser at folk er "mottakelige for realisme". Jeg tolker dette utsagnet som at befolkningen ikke forventer å gå gjennom livet uten å oppleve plager, og at de heller ikke forventer at helsevesenet skal kurere alt. En av målsetningene til "iBedrift" er at folk i større grad skal kunne hjelpe seg selv, og er i så måte kanskje et forebyggende tiltak som folk vil stille seg bak. Resultatene fra denne studien viser at de

ansatte i svært stor grad svarer at informasjonen de får er nyttig. Akkurat hva respondentene legger i ”nyttig” har jeg dessverre ingen informasjon om.

1 av 6 i utvalget mener at informasjon alene er nok til å redusere sykefraværet, mens halvparten mener at informasjonen *sammen med* mestringskontakten og tilbud om rask oppfølging vil kunne redusere fraværet. Grunnen til at kun halvparten tror at tiltakene vil redusere sykefraværet kan vise seg i kommentarene til spørsmålet. Flere ansatte kommenterer at sykemeldingene på deres arbeidsplass ikke skyldes ryggplager, men at bemanningen er for liten. Det er kjent at høy kvalitet i barnehagene forutsetter tilstrekkelig og kompetent personale (43). I en undersøkelse som Riksrevisjonen (43) har gjennomført svarer en av fire pedagogiske ledere i barnehager at det sjelden eller aldri er nok personale i barnehagen til at barna får tilstrekkelig oppmerksomhet. Jeg har ikke oversikt over voksentetthet eller pedagogtetthet i barnehagene i undersøkelsen, men Riksrevisjonen trekker fram at pedagogtettheten er for liten i om lag 10 % av barnehagene i landet (43). Dersom min tanke om at informasjonen om ryggplager også ”drypper” på de som har mer generelle muskelskjelettlidelser, kan det tenkes at sykefraværet vil reduseres, selv om hovedproblemet ikke er ryggplager.

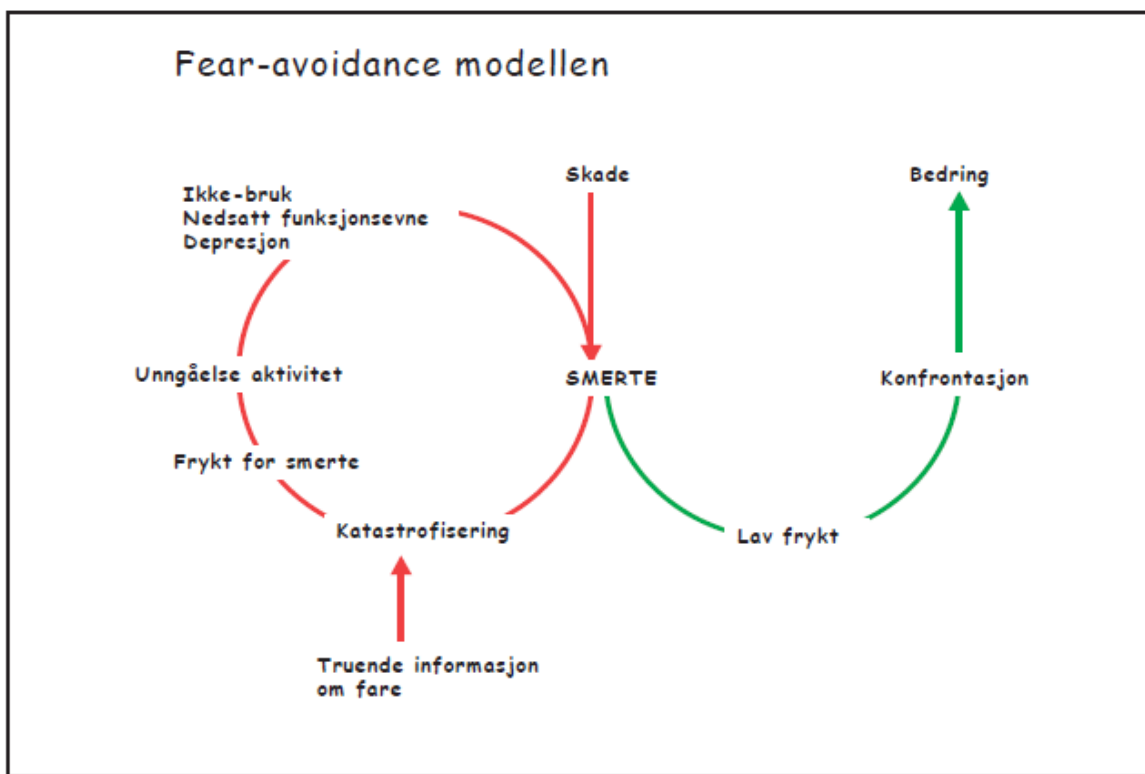
Til tross for at mange trekker fram nytten av informasjonen svarer 39 % av utvalget at de ikke vil ta kontakt med MK hvis de skulle få behov for dette. Antallet respondenter som vil benytte seg av MK kan være større, da det antakeligvis er flere sykemeldte arbeidstakere som ikke har svart på undersøkelsen. Erfaringer fra ”Aktiv Rygg”-prosjektet viste at de ansatte i svært liten grad benyttet seg av MK (19). Kun 4-5 % prosent av de ansatte hadde benyttet seg av tilbudet (19).

Et noe overraskende funn var at det ikke var statistiske sammenhenger mellom svarene de ansatte ga om ”iBedrift” og variabler som kjønn, alder, utdanning, ansiennitet og ansettelsesforhold i barnehagen. Det er mulig at utvalget på 49 personer var for lite til å få fram forskjeller. Eller det kan tenkes at meningene om ”iBedrift” faktisk *var* veldig like i hovedutvalget.

4.3.3 Hva mener de ansatte: Fører informasjonen til god håndtering?

Det er tydelig at de ansatte er fornøyd med informasjonen de har fått gjennom ”iBedrift”. I hvilken grad de mener at tiltaket fører til bedre håndtering av muskelskjelettlidelser er det vanskelig å si noe konkret om. Et tegn til forskjell mellom hovedutvalget og kontrollgruppen er de ansattes forhold til å vite årsaken til smerter. Ved statistisk testing nådde ikke resultatet et signifikant nivå. Jeg velger likevel å nevne funnet i drøftningen, da jeg anser det som klinisk interessant. Ansatte i hovedutvalget ser ut til å være mer avslappet i forhold til å vite årsaken sammenliknet med kontrollgruppen. Dette er i så fall et positivt tegn for ”iBedrift”, fordi frykt forbundet med smerter kan, som vist i innledningen, ha en uheldig effekt på forløpet. En avslappet holdning til smerter og årsakene til disse tyder på at graden av ”katastrofetenkning” er lav. I følge en STAMI-rapport om muskelskjelettlidelser (27), er katastrofisering ”*at man karakteriserer en smerte som forferdelig og uutholdelig og at man forventer at smerten ikke blir bedre*”. De som danner seg en slik grunnleggende antakelse om at smertene ikke kommer til å bli bedre, har dårligere prognose for arbeidsevne. Forskning tyder på at katastrofisering kommer før fryktmotivert unngåelse. Figur 2 viser en illustrasjon av ”Fear avoidance”-modellen (27) som ofte blir brukt til å forklare hvordan frykt for smerter endrer smerteatferd. Frykten skaper en ond sirkel som fører til inaktivitet og nedsatt funksjonsevne. For å unngå denne onde sirkelen er det av stor betydning at man klarer å unngå både katastrofisering av smerter og frykt (27).

Figur 2: Fear-avoidance modellen. Illustrasjonen er hentet fra rapporten ”Arbeid som årsak til muskelskjelettlidelser” som er laget av STAMI.



Figur 3: Fear-avoidance modellen (modifisert fra Leeuw og medarbeidere, 2007):

I en studie av holdninger til ryggsmarter, fant Erik L. Werner (50) at personer som tidligere hadde hatt korsryggsmarter, i større grad var av den oppfatning at korsryggsmarter helst går over av seg selv, enn personer som hadde smerter på tidspunktet spørsmålet ble stilt. De smertefrie hadde en mer avslappet holdning til smerter, noe som viser at svarene folk gir påvirkes av den helsemessige situasjonen de er i. Dette kan være en av grunnene til at de ansatte ser ut til å svare noe forskjellig i de to gruppene. Jeg har ikke opplysninger om helsetilstanden til den enkelte, og kan derfor ikke si om dette stemmer. Kanskje videre undersøkelser kan innhente slik informasjon.

De ansatte i undersøkelsen min påvirkes forhåpentligvis av informasjonen de får om

muskelskjelettlidelser, som noe normalt og som regel ufarlig. Kanskje tar dette bort ”brodden” av smerten og demper en potensiell frykt for at plagene skal utvikle seg til noe uhåndterlig. Et interessant funn her er at *alle* under 30 år enten er nøytrale til å vite årsaken eller tillegger det betydning i noen grad. Kun tre ansatte under 40 år angir at det ikke har spesiell betydning å få kunnskap om årsaken. Kanskje kan dette ha noe å gjøre med at muskelskjelettlidelser er vanligere når man blir eldre. Eldre arbeidstakere har sannsynligvis hatt mer erfaring med smerter og forskjellige årsaker til smerter, og bekymrer seg kanskje mindre når de opplever smerter. For yngre arbeidstakere som ikke forventer å oppleve plager i samme grad, vil det kanskje bety mer å vite årsaken til plagene. Det er vist at høy alder forsterker ulempen ved dårlig helse ved at det blir vanskeligere å være i arbeid (51). Med dette perspektivet burde kanskje eldre arbeidstakere være mer interesserte i å vite årsaken til plagene enn de ser ut til å være i utvalget mitt. Et motiv for å vite årsaken kan jo være å finne ut hva man skal gjøre for å redusere plagene.

5 AVSLUTNING

Hovedmålet med denne studien har vært å undersøke om ansatte som har fått informasjon gjennom prosjektet ”iBedrift” tror at informasjonen fører til en bedre håndtering av muskelskjelettlidelser. For å få svar på dette har jeg gjennomført en spørreundersøkelse i to grupper barnehager, der den ene gruppen deltar i ”iBedrift”.

Resultatene viser tydelig at de ansatte ikke ser på sykefravær som god håndtering av muskelskjelettlidelser. Det er spesielt yngre arbeidstakere (under 30 år) og ansatte med lav ansiennitet (2,5 år) som mener at sykefraværet generelt er for høyt, og at mange misbruker sykefraværsordningen. Majoriteten av utvalget er kvinner, og sammen med ansatte som er 30 år eller eldre utgjør de gruppen som er minst kritiske til sykefravær. En mulig årsak til dette kan være at kvinner generelt har høyere sykefravær enn menn. Omtrent halvparten av utvalget er kritiske til sykefraværnsnivået på egen arbeidsplass. Når de ansatte får skissert en situasjon der arbeidsevnen blir redusert på grunn av nakkesmerter, vil 60 % av utvalget ta hensyn til smertene og tilpasse arbeidsoppgavene sine. Overraskende nok er andelen som mener dette størst i kontrollgruppen. Dette resultatet gir grunn til å stille spørsmål ved hvordan muskelskjelettlidelser i utgangspunktet håndteres i de to gruppene, og om dette er et negativt resultat for ”iBedrift”, eller om det er en tilfeldighet.

De ansatte som deltar i prosjektet er fornøyde med informasjonen de har fått gjennom ”iBedrift”. Svært mange synes informasjonen er nyttig for dem selv, men bare halvparten av utvalget tror at ”iBedrift”-prosjektet er tilstrekkelig for å redusere sykefraværet. I tråd med tidligere evalueringer av tilbud om mestringskontakt, er det få blant de ansatte som vil oppsøke mestringskontakten ved behov.

I studien finner jeg få forskjeller mellom svarene i hovedutvalget og kontrollgruppen. Statistisk signifikante sammenhenger med gruppering er kun til stede for de ansattes helsebegrep og håndtering av nakkesmerter. For øvrig er det signifikante sammenhenger mellom flere av de demografiske variablene og svarene på spørsmålene.

Studien viser ikke sikre tegn på at det var forskjeller mellom gruppene på grunn av informasjonen i ”iBedrift” da undersøkelsen fant sted. Det er mulig at det var for tidlig i forløpet til at forskjeller kunne oppdages, men holdninger kan skifte i løpet av kort tid. Hva som skjer i praksis har jeg ikke grunnlag for å si noe om; det er ikke sikkert at endringer i *holdninger* fører til endringer i *handlinger*, eller omvendt.

Etter arbeidet med denne studien sitter jeg igjen med flere spørsmål som det kan være interessant å undersøke videre. Hvordan håndteres muskelskjelettlidelser i barnehagene i dag? Endrer håndteringen av muskelskjelettlidelser seg på grunn av tiltaket, og hva er eventuelt årsakene til dette? Hvordan gjennomføres tilpasninger på arbeidsplassen i praksis? Det vil også være interessant å undersøke om spesielle grupper har nytte av tilbudet. Kanskje er det for ”iBedrift” som for andre forebyggende tiltak, at de som i utgangspunktet er mest ressurssterke har størst utbytte? Effektstudien som Uni helse gjennomfører vil forhåpentligvis gi svar på noen av disse spørsmålene, og kanskje si noe om hvilken av modellene som fungerer best. Funn i denne og tidligere evalueringer av ordningen sår tvil om rollen til mestringskontakten, da ansatte i liten grad ser ut til å benytte seg av tilbudet. Forhåpentligvis vil prosjektledelsen for ”iBedrift” ha nytte av funnene fra denne studien. Den viser at de gjør mye rett i forhold til måten informasjonen presenteres på, og at de ansatte støtter opp om prosjektet.

6 LITTERATURLISTE

1. Nossen JP, Thune O. Utviklingen i sykefraværet de siste 20 år. *Arbeid og velferd*, nr 3. 2009:13-23.
2. Norges offentlige utredninger. Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000: 27. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 2000.
3. Leira HL. *Arbeidsmedisin for allmennpraktikere*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2005.
4. Leira HL. Myter om sykefraværet. *Arbeidsmiljø* 2010; 2. http://www.arbeidsmiljo.no/xp/pub/hoved/tidsskrift/temaer/sykefravar_og_uforhet/480182 (29.04.2010)
5. Hanssen N. Sykefraværsdebatten: - Politikk forkledd som moral? *Magasinet Aktuell* 19.01.2010. <http://www.aktuell.no/sykefravaer/article4814575.ece> (26.04.2010)
6. Molander P. Leder: Sykefravær til besvær. Årsrapport: *Arbeid og helse* nr 1/2010. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), 2010.
7. SSB. Om statistikken. <http://www.ssb.no/sykefra/om.html> (30.03.2010)
8. Sandvin JT. *Arbeid, sykdom og moral: om legeattestert fravær og veien tilbake til jobb*. Bergen: Fagbokforlaget, 2008.
9. Aas RW. Raskt tilbake etter sykefravær: NAV NDU, Idébanken - inkluderende arbeidsliv, 2009. <http://www.idebanken.org/198404.cms> (29.04.2010)
10. Ihlebæk C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003. *Occup Med (Oxf)* 2007; 57: 43-9.
11. Tellnes G. Sykefravær er ikke sykdom. *Dagsavisen* 21.10.2009. <http://www.dagsavisen.no/meninger/article446970.ece> (26.04.2010)
12. Gaulin G. - Sykefraværet i Norge er for lavt! *Ny tid* 05.06.2004. <http://www.nytid.no/arkiv/artikler/20040602/blank/> (21.04.2010)
13. Mæland JG. *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug, 1999.
14. Gimmestad J. Treg vurdering av "Raskere tilbake". *Aftenposten* 19.04.2010. <http://www.aftenposten.no/jobb/article3611837.ece> (21.04.2010)
15. Absentia. IA på 1-2-3. <http://www.absentia.no/article.aspx?articleID=2349> (22.04.2010)
16. Absentia. Ny IA-avtale på plass. <http://absentia.no/article.aspx?articleID=2335> (22.04.2010)

17. Lian OS. Når helse blir en vare - medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS, 2007.
18. Johansen TE, Heier A. Aksepterte årsaker til sykefravær - holdninger i de fem nordiske landene - Resultater for Norge. 2007;598: Nordisk Ministerråd, 2007.
19. Sørbrøden Ø. Aktiv Rygg – Rapport om utvikling og innhold i prosjektet: Senter for egenutvikling, 2006.
20. iBedrift. Om konseptet. <http://ibedrift.no/> (19.04.2010)
21. iBedrift. Ansatte. <http://ibedrift.no/> (01.04.2010)
22. Ihlebæk C, Lærum E. Plager flest - koster mest: Muskel-skjelettlidelser i Norge. Rapport nr. 1/September 2004. Oslo: Nasjonalt ryggnettverk - Formidlingsenheten, 2004.
23. Lærum E, Ursin H. Når ryggen - og fagfolkene - krangler. Fysioterapeuten 2004; 2: 16-7.
24. Ihlebæk C, Eriksen HR. The “Myths” of Low Back Pain: Status Quo in Norwegian General Practitioners and Physiotherapists. Spine 2004; 29: 1818-22.
25. Werner EL, Lærum E, Wormgoor MEA et al. Peer support in an occupational setting preventing LBP-related sick leave. Occup Med (Oxf) 2007; 57: 590-5.
26. ClinicalTrials.gov. Ibedrift- A Trial Comparing a New Approach to Musculoskeletal Pain Consisting of Education and Peer Involvement to Treatment as Usual. <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT00741650> (13.04.2010)
27. Arbeid som årsak til muskelskjelettlidelser. STAMI-rapport Årg. 9, nr 22, 2008. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2008.
28. Fakta om arbeid og helse - Muskel- og skjelettsmerter. Statens arbeidsmiljøinstitutt, nr.3/2007. <http://www.stami.no/?nid=15746&lcid=1044> (28.03.2010)
29. Andersen I, Frydenberg H, Mæland JG. Muskel- og skjelettplager og fremtidig sykefravær. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1210-3.
30. Ordnett.no. Kunnskapsforlagets blå språk- og ordboktjeneste. <http://www.ordnett.no/ordbok.html> (16.04.2010)
31. Nøtnæs T. Retningslinjer for visuell utforming av spørreskjema - Versjon 1.1. SSB Håndbok 88. Statistisk sentralbyrå.
32. Haraldsen G. Spørreskjemametodikk: etter kokebokmetoden. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
33. Mæland JG. Hva er: helse. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.

34. Barnehage.no. Høyest sykefravær i kommunale barnehager. 15.12.2009. <http://www.barnehage.no/no/Nyheter/3480/Desember/Hoyest-sykefravar-i-kommunale-barnehager/> (27.04.2010)
35. Kommunal- og regionaldepartementet. Programmet. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/kampanjer/kvalitetskommuneprogrammet/om-programmet-2/programmet.html?id=581675> (11.04.2010)
36. Tromsø kommune. UP&GO i Sentrumsbarnehagene. <http://kvalitetskommune.custompublish.com/sentrumsbarnehagene.127132.no.html> (11.04.2010)
37. Ringdal K. Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Bergen: Fagbokforl., 2007.
38. Hollås HA. Utdanning: Kvinner dominerer på nesten alle nivåer. Samfunnsspeilet nr 5-6, 2007. <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200705/07/index.html> (26.04.2010)
39. SSB. Tabell 3 Personer 16 år og over, etter utdanningsnivå, kjønn og alder. 2008. Prosent. <http://www.ssb.no/utniv/tab-2009-08-25-03.html> (26.04.2010)
40. Fakta om utdanning 2010 - nøkkeltall fra 2008, 2009: Statistisk sentralbyrå (SSB), 2009.
41. Aksepterte årsaker til sykefravær - holdninger i de fem nordiske landene. TemaNord 2007:594. København: Nordisk Ministerråd, 2007.
42. Dahl S-Å, Holmås TH, Skjeret F et al. En kartlegging av holdninger til sykefravær i Norden. SNF-rapport nr. 23/07. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning, 2007.
43. Riksrevisjonens undersøkelse av styring og forvaltning av barnehagetjenestene. Dokument nr. 3:13 (2008-2009) 2009: Riksrevisjonen, 2009.
44. pbl.no. Arbeidstilsynet setter fokus på muskel- og skjelettplager. <http://www.pbl.no/no/VERKTOYMENY/Sistenytt/Arbeidsgiver/Sykefravar/Arbeidstilsynet-setter-fokus-pa-muskel--og-skjelettplager/> (27.04.2010)
45. Blørtnes T. 10 prosent har 80 prosent av fraværet. Arbeidsmiljø 2010; 2. http://www.arbeidsmiljo.no/xp/pub/hoved/tidsskrift/temaer/sykefravar_og_uforhet/478990 (29.04.2010)
46. Bolstad B. Gravid og i arbeid - Om tilrettelegging for gravide i jobb. Otta: Idébanken inkluderende arbeidsliv, 2007. <http://www.idebanken.org/195605.cms> (29.04.2010)
47. Bjørnstad R. Er det økte sykefraværet et tegn på et mer inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv? Økonomiske analyser 6/2006: Statistisk sentralbyrå (SSB), 2006.

48. Dahl S-Å, Holmås TH, Skjeret F et al. En kartlegging av holdninger til sykefravær i Norden. SNF-rapport nr. 23/07. 2007. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning, 2007.
49. Fugelli P, Ingstad B. Helse - slik folk ser det. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3600-4.
50. Werner EL, Ihlebæk C, Skouen JS et al. Beliefs About Low Back Pain in the Norwegian General Population: Are They Related to Pain Experiences and Health Professionals? Spine 2005; 30: 1770-6.
51. Solem PE, Nicolaisen M, Finseraas H. Dårlig fysisk helse - ingen hindring for å jobbe? Samfunnsspeilet nr 1, 2009. <http://www.ssb.no/ssp/utg/200901/08/> (26.04.2010)

7 OVERSIKT OVER VEDLEGG

1. Informasjonsbrev til enhetsleder i hovedutvalget
2. Informasjonsbrev til enhetsleder i kontrollgruppa
3. Forhåndsinformasjon til ansatte i hovedutvalget
4. Forhåndsinformasjon til ansatte i kontrollgruppa
5. Forespørsel om informasjon om barnehagene
6. Informasjonsbrev til deltakere
7. Spørreskjema

Masteroppgave om "iBedrift"

Dette er et informasjonsbrev til deg som er enhetsleder for en barnehage som er med i prosjektet "iBedrift". Mitt navn er Liv Johanne Nikolaisen og til daglig jobber jeg som fysioterapeut. For tiden er jeg også mastergradsstudent i emnet folkehelsevitenskap ved Universitetet i Tromsø. Som avslutning på studiet er jeg nå i gang med å skrive min masteroppgave. I den forbindelse samarbeider jeg med prosjektledelsen i "iBedrift" om å kartlegge deler av prosjektet deres.

Gjennom masteroppgaven ønsker jeg å kartlegge hvilke tanker og meninger de ansatte har om tema som muskelskjelettlidelser, sykefravær og informasjonen de har fått gjennom prosjektet "iBedrift". Problemstillingen jeg har utarbeidet er som følger: *Tror de ansatte som har fått informasjon om ryggplager gjennom prosjektet "iBedrift", at tiltaket vil hjelpe ansatte som har muskelskjelettlidelser til å håndtere dette på en god måte?*

Kunnskap om hva slags tanker og meninger de ansatte har omkring disse temaene og informasjonen de har fått, vil være nyttig for den videre driften og videreutviklingen av prosjektet. Det kan også gi viktig kunnskap om sykefravær, som er et stort problem innenfor arbeidslivet.

Kartleggingen er planlagt å foregå gjennom et spørreskjema som de ansatte fyller ut. Undersøkelsen er frivillig og helt anonym. For at informasjonen jeg samler inn skal ha best mulig kvalitet er det viktig at så mange som mulig velger å svare. Derfor ønsker jeg at de ansatte skal få mulighet til å svare på skjemaet i forbindelse med jobben. Det vil ikke ta mer enn 15 minutter å svare på skjemaet. Skjemaet leveres ut sammen med en svarconvolutt og jeg ønsker at alle – også de som har valgt å ikke fylle det ut – skal levere convolutt tilbake slik at ingen vet hvem som har svart eller ikke. Dersom dette er mulig å gjennomføre i barnehagene som du er enhetsleder for vil det bety mye for innsamlingen av informasjon. Jeg vil også ta kontakt med deg på telefon for å diskutere om, og i så fall hvordan, dette kan la seg gjennomføre.

I tillegg til informasjon fra de ansatte ønsker jeg informasjon om sykefraværet i barnehagen, og om det har vært gjennomført tiltak i forhold til sykefravær tidligere. Dette kan vi diskutere nærmere på et senere tidspunkt.

Takk for at du tok deg tid til å lese gjennom informasjonen. Hvis du har spørsmål vedrørende prosjektet og gjennomføringen av dette kan du ta kontakt med meg på telefon 41 46 18 39, eller på e-post liv.j.nikolaisen@gmail.com.

Veileder for prosjektet er Margrete Gaski, doktorgradsstudent ved Universitetet i Tromsø.

Med vennlig hilsen

Liv Johanne Nikolaisen

Masteroppgave om "iBedrift"

Dette er et informasjonsbrev til deg som er enhetsleder for en barnehage. Mitt navn er Liv Johanne Nikolaisen og til daglig jobber jeg som fysioterapeut. For tiden er jeg også mastergradsstudent i emnet folkehelsevitenskap ved Universitetet i Tromsø. Som avslutning på studiet er jeg nå i gang med å skrive min masteroppgave. I den forbindelse samarbeider jeg med prosjektledelsen i "iBedrift" om å kartlegge deler av prosjektet deres.

Gjennom masteroppgaven ønsker jeg å kartlegge hvilke tanker og meninger de ansatte har om tema som helse, plager og håndteringen av disse, samt informasjonen de har fått gjennom prosjektet "iBedrift". Problemstillingen jeg har utarbeidet er som følger: *Tror de ansatte som har fått informasjon om ryggplager gjennom prosjektet "iBedrift", at tiltaket vil hjelpe ansatte som har muskelskjelettlidelser til å håndtere dette på en god måte?*

Kunnskap om hva slags tanker og meninger de ansatte har omkring disse temaene og informasjonen de har fått, vil være nyttig for den videre driften og videreutviklingen av prosjektet. Det kan også gi viktig kunnskap om sykefravær, som er et stort problem innenfor arbeidslivet. Jeg ønsker å gjennomføre deler av spørreundersøkelsen i barnehager som *ikke* har fått informasjon gjennom prosjektet for å kunne avdekke eventuelle forskjeller.

Kartleggingen er planlagt å foregå gjennom et spørreskjema som de ansatte fyller ut. Undersøkelsen er frivillig og helt anonym. For at informasjonen jeg samler inn skal ha best mulig kvalitet er det viktig at så mange som mulig velger å svare. Derfor ønsker jeg at de ansatte skal få mulighet til å svare på skjemaet i forbindelse med jobben. Det vil ikke ta mer enn 10 minutter å svare på skjemaet. Skjemaet leveres ut sammen med en svarkonvolutt og jeg ønsker at alle – også de som har valgt og ikke fylle det ut – skal levere konvolutten tilbake slik at ingen vet hvem som har svart eller ikke. Dersom dette er mulig å gjennomføre i barnehagene som du er enhetsleder for vil det bety mye for innsamlingen av informasjon. Jeg vil også ta kontakt med deg på telefon for å diskutere om, og i så fall hvordan, dette kan la seg gjennomføre.

I tillegg til informasjon fra de ansatte ønsker jeg informasjon om sykefraværet i barnehagen, og om det har vært gjennomført tiltak i forhold til sykefravær tidligere. Dette kan vi diskutere nærmere på et senere tidspunkt.

Takk for at du tok deg tid til å lese gjennom informasjonen. Hvis du har spørsmål vedrørende prosjektet og gjennomføringen av dette kan du ta kontakt med meg på telefon 41 46 18 39, eller på e-post liv.j.nikolaisen@gmail.com.

Veileder for prosjektet er Margrete Gaski, doktorgradsstudent ved Universitetet i Tromsø.

Med vennlig hilsen

Liv Johanne Nikolaisen

Spørreundersøkelse i forbindelse med **iBedrift**

Hvem og hva

Mitt navn er Liv Johanne Nikolaisen og til daglig jobber jeg som fysioterapeut. For tiden er jeg også mastergradsstudent i emnet folkehelse ved Universitetet i Tromsø. I forbindelse med masteroppgaven samarbeider jeg med prosjektledelsen i "iBedrift" om å kartlegge deler av prosjektet deres.

Tema

Jeg ønsker å kartlegge hvilke tanker og meninger dere ansatte har om tema som helse, sykefravær og informasjonen dere har fått gjennom prosjektet "iBedrift". Denne kunnskapen vil være nyttig for den videre driften og videreutviklingen av prosjektet. Det kan også gi viktig kunnskap om sykefravær, som av de fleste regnes som et stort problem innenfor arbeidslivet.

Hvordan

Jeg kommer til å gjennomføre en spørreundersøkelse der denne barnehagen er med. Undersøkelsen er frivillig og helt anonym. For at informasjonen jeg samler inn skal ha best mulig kvalitet er det viktig at så mange som mulig velger å svare. Skjemaet vil bli delt ut av fagleder den 25. januar. I løpet av arbeidsuka håper jeg at så mange som mulig tar seg tid til å fylle ut skjemaet og levere det inn til fagleder i en lukket konvolutt som følger med. Skjemaene hentes 29. januar. Det vil ikke ta mer enn 15 minutter å svare på skjemaet.

Det vil komme mer informasjon sammen med spørreskjemaet.

På forhånd takk for engasjementet!

Vennlig hilsen

Liv Johanne Nikolaisen

Spørreundersøkelse

Hvem og hva

Jeg er fysioterapeut som for tiden også er mastergradsstudent i folkehelse ved Universitetet i Tromsø. Jeg holder nå på å skrive masteroppgave og i den forbindelse ber jeg deg om å svare på en spørreundersøkelse.

Tema

Tema for oppgaven er helse, plager og håndteringen av disse. Jeg spør både ansatte i barnehager som er med i prosjektet ”iBedrift” og ansatte som ikke er med. Kunnskapen vil være nyttig for den videre driften og videreutviklingen av dette prosjektet.

Hvordan

Undersøkelsen er frivillig og helt anonym. For at informasjonen skal ha best mulig kvalitet er det viktig at så mange som mulig velger å svare. Skjemaet vil bli delt ut av fagleder den **1. februar**. Jeg håper at så mange som mulig fyller ut skjemaet og leverer det inn til fagleder i en konvolutt. Det tar under 10 minutter å svare på skjemaet. Om du ikke ønsker å delta krysser du av for dette og leverer skjemaet inn ubesvart. Skjemaene hentes **5. februar**.

Det vil komme mer informasjon sammen med spørreskjemaet.

På forhånd takk for engasjementet!

Vennlig hilsen

Liv Johanne Nikolaisen

Informasjon om barnehagene

- 1) Antall ansatte i den enkelte barnehagen. Hvis det er mulig, ønsker jeg en oversikt over hvor mange som ikke var på jobb (grunnet sykemelding, ferie, eller annet) i perioden spørreundersøkelsen pågikk i barnehagen.
- 2) Byggår for barnehagen. Eventuelt årstall for renovering eller oppussing.
- 3) Prosjekter i barnehagen de siste 5 årene som omhandler for eksempel:
 - Sosialt arbeidsmiljø
 - Forsøk på å redusere sykefravær
 - Tilrettelegging av det fysiske arbeidsmiljøet
 - Tiltak gjennom Bedriftshelsetjenesten

Altså små og store prosjekter som kan ha hatt innvirkning på helsa til de ansatte.

- 4) Tilknytning til Bedriftshelsetjenesten.

Forespørsel om å delta i en spørreundersøkelse

Bakgrunn og formål

Jeg er fysioterapeut som for tiden også er mastergradsstudent i temaet Folkehelse ved Universitetet i Tromsø. Som avslutning på studiet er jeg nå i gang med å skrive min masteroppgave. I den forbindelse ber jeg deg om å delta i en spørreundersøkelse som er tilknyttet prosjektet ”iBedrift”. Hensikten med undersøkelsen er å kartlegge ansattes tanker og meninger om tema som helse, plager og håndteringen av disse. Ansatte som er inkludert i prosjektet ”iBedrift” vil få spørsmål i forbindelse med dette. Du må ha fylt 18 år for å delta.

Hva innebærer studien?

Du har nå fått utdelt et spørreskjema som jeg ønsker at du skal ta deg tid til å fylle ut. Dette tar omtrent 10 minutter. Opplysningene skal brukes til å kartlegge hvilke tanker dere ansatte har om de aktuelle temaene og informasjonen som gis i ”iBedrift”. Du vil ikke bli spurt om din egen helse.

Anonymitet og frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, som er helt anonym. Svarene skal kun leses av undertegnede. Du velger selv om du ønsker å delta ved å fylle ut spørreskjemaet og det vil ikke få konsekvenser for deg dersom du velger og ikke delta. Skjemaet leveres ut sammen med en svarkonvolutt og jeg ønsker at alle – også de som ikke fyller ut skjemaet – skal levere konvolutten tilbake til fagleder innen **fredag 29. januar/5. februar**. I oppgaven blir bedriften presentert som en barnehage, men det vil ikke oppgis hvilken enhet det dreier seg om. Resultatet vil bli presentert som gruppedata, slik at den enkelte ikke kan gjenkjennes.

Undersøkelsen gjennomføres i januar og oppgaven er planlagt innlevert i mai 2010. Oppgaven gjøres offentlig tilgjengelig ved Universitetet i Tromsø. Jeg har også som mål å publisere resultatene i fagtidsskrift, slik at andre kan få nytte av denne undersøkelsen.

Kontakt

Dersom du har spørsmål i forbindelse med undersøkelsen kan du kontakte meg på telefon 41 46 18 39, eller på e-post liv.j.nikolaisen@gmail.com. Du kan også kontakte min veileder Margrete Gaski ved Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin, på telefon 97 00 41 16 eller e-post margrete.gaski@uit.no.

Med vennlig hilsen

Liv Johanne Nikolaisen
Bakkeveien 19
9900 Kirkenes

Underlagt
taushetsplikt

Spørreundersøkelse i forbindelse med "iBedrift"

Dette spørreskjemaet handler om helse, plager og håndteringen av disse. Dersom du jobber i en barnehage som deltar i prosjektet "iBedrift" vil jeg i tillegg stille noen spørsmål i denne forbindelse.

Ønsker å delta



Bla om til spørsmål på neste side

Ønsker ikke å delta



Gi en kort begrunnelse for hvorfor du ikke ønsker å delta:

Vennligst returner skjemaet i den vedlagte konvolutten

Først er jeg interessert i å vite litt om din bakgrunn.

1 Hvor gammel er du?

- under 20 år
- 20 til 24 år
- 25 til 29 år
- 30 til 34 år
- 35 til 39 år
- 40 til 44 år
- 45 til 49 år
- 50 til 54 år
- 55 til 59 år
- over 60 år

2 Kryss av for ditt kjønn.

- Kvinne
- Mann

3 Er du fast eller midlertidig ansatt?

- Fast ansatt
- Vikar/midlertidig ansatt

4 Kan du angi omtrent hvor lenge du har jobbet i denne barnehagen? Hvis du har jobbet i under ett år svarer du 0 (null) år og oppgir antall måneder.

_____ år
_____ måneder

5 Kryss av for utdanninger du har fullført. Du kan sette flere kryss.

- Barne- og ungdomsskole
- Videregående skole
- Høgskole- eller universitetsutdannelse

De neste spørsmålene dreier seg om helse, plager og håndteringen av dette.

6 Det finnes mange definisjoner på begrepet *helse*. Hva betyr helse for deg? Ta utgangspunkt i påstandene nedenfor og kryss av for det eller de alternativene som samsvarer best med ditt synspunkt. Du kan sette inntil tre kryss.

- Helse er fravær av sykdom, kroppslig ubehag eller symptomer.
- Helse er å ha det godt nok, å trives.
- Helse er å fungere i sine roller.
- Helse er å ha overskudd og energi, at ting går lett.
- Helse er å mestre hverdagen.
- Helse er å ha det godt sosialt.

7

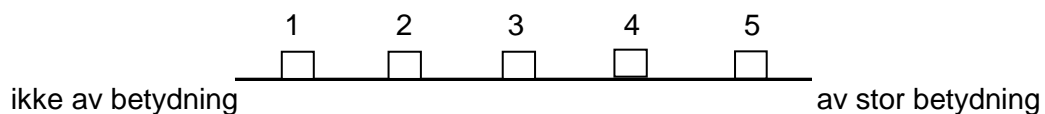
Se for deg at du har hatt smerter i nakken i et par uker. Du har ingen grunn til å tro at det er noe alvorlig, men du har problemer med å utføre oppgavene dine på jobben. Hva mener du er det beste å gjøre i en slik situasjon? Sett et kryss for det eller de alternativene som passer best. Du kan sette flere kryss.

- Jeg venter med å gjøre noe for å se hvordan smertene utvikler seg.
- Jeg klarer ikke å jobbe med smertene og ber om sykemelding fra fastlegen min.
- Jeg går til nærmeste leder for å ta opp problemet og prøve å finne en løsning.
- Jeg kjenner mine begrensninger og forsøker å ta hensyn til smertene ved å tilpasse arbeidsoppgavene mine så godt det lar seg gjøre.
- Annet.

Kommentar:

8

Når man ikke kjenner årsaken til smerter og ubehag, kan det skape frykt og bekymring for at noe er alvorlig galt. Se for deg situasjonen som ble beskrevet i spørsmål 7, der du har smerter i nakken. Hvor stor betydning har det for deg å vite hva årsaken til smertene er? Angi betydningen på en skala fra 1 til 5 der 1 står for "ikke av betydning" og 5 står for "av stor betydning".



9

Sykefravær har vært et aktuelt tema i media den siste tiden. Jeg er interessert i å høre hva du mener om sykefravær. Ta stilling til hvor enig eller uenig du er i utsagnene nedenfor. Sett ett kryss for hvert utsagn.

	Helt uenig	Noe uenig	Noe enig	Helt enig	Vet ikke
Sykefraværet er generelt for høyt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykefraværet er for høyt på min arbeidsplass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man må regne med høyt sykefravær når arbeidslivet er så inkluderende som i Norge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange utnytter sykefraværsordningen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Den siste delen av spørreskjemaet handler om "iBedrift"-prosjektet som din barnehage er med i.

10 Du har nå deltatt på to presentasjonsmøter med iBedrift. Hva synes du om informasjonen som ble gitt? Sett ett kryss for hvert utsagn.

	Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer dårlig	Både/og	Stemmer delvis	Stemmer godt
Informasjonen ble gitt på en pedagogisk måte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonen var lett å forstå.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informasjonen var ny for meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deler av informasjonen var provoserende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Er informasjonen om ryggplager noe som du kan ha nytte av?

- Ja
 Delvis
 Nei

12 Et av målene til "iBedrift"-prosjektet er å redusere sykefravær på arbeidsplassen. Tror du at informasjonen om ryggplager alene er nok til å redusere sykefraværet på din arbeidsplass? Sett kun ett kryss.

- JA**
 Ja, men bare på kort sikt.
 Ja, informasjonen vil føre til redusert sykefravær på lang sikt.

- NEI**
 Nei, informasjonen alene er ikke nok.
 Nei, men sammen med mestringskontakten og mulighet for tidlig undersøkelse vil informasjonen føre til redusert sykefravær.

Ja, _____

Nei, _____

13 Kommer du til å ta kontakt med mestringskontakten dersom du har eller får plager i muskler eller skjelett?

- Ja
 Nei
 Jeg vet ikke

Takk for hjelpen,
vennligst legg skjemaet i konvolutten og lever den til fagleder.