

RAPPORT FRA ET FORSKNINGSPROJEKT

VEJEN FREM

UDVIKLING AF FÆLLES INDSATSER FOR
ARBEJDSFASTHOLDELSE FOR MEDARBEJDERE MED
MUSKELSKELETBESVÆR OG FYSISK KRÆVENDE ARBEJDE

FORFATTERE

METTE JENSEN STOCHKENDAHL, LOTTE NYGAARD ANDERSEN, ANNE MØLLER, CHARLOTTE BRØGGER BOND, KAREN SØGAARD, ANDREAS HOLTERMANN OG JAN HARTVIGSEN

ODENSE, MARTS 2021

KIROPRAKTORERNES VIDENSCENTER OG
CENTER FOR SUNDHED I MUSKLER OG LED, INSTITUT FOR IDRÆT OG BIOMEKANIK,
SYDDANSK UNIVERSITET



Rapport fra Kiropraktorernes Videnscenter og Syddansk Universitet

Titel	Udvikling af fælles indsatser for arbejdsfastholdelse for medarbejdere med muskelskeletbesvær og fysisk krævende arbejde (VEJEN FREM)
Undertitel	Rapport fra et forskningsprojekt
Forfattere	Mette Jensen Stochkendahl, Lotte Nygaard Andersen, Anne Møller, Charlotte Brøgger Bond, Karen Søgaard, Andreas Holtermann og Jan Hartvigsen
Institutioner	Kiropraktorernes Videnscenter (tidligere Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik) Center for Sundhed i Muskler og Led, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet (SDU) Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet Det Nationale Forskningscenter for Arbejds miljø (NFA)
Udgiver	Kiropraktorernes Videnscenter i samarbejde med Syddansk Universitet
Redaktion afsluttet	26. marts, 2021
Udgivet	26. marts, 2021
Finansiel støtte	Projektet blev støttet af Arbejds miljø forskningsfonden (AMFF), projektnummer 46-2016-09 20165103736
Bedes citeret	Stochkendahl MJ, Andersen LN, Møller A, Bond CB, Søgaard K, Holtermann A, Hartvigsen J. Udvikling af fælles indsatser for arbejdsfastholdelse for medarbejdere med muskelskeletbesvær og fysisk krævende arbejde (VEJEN FREM). Kiropraktorernes Videnscenter i samarbejde med Syddansk Universitet. Marts 2021.

Kiropraktorernes Videnscenter og Syddansk Universitet

Campusvej 55
5230 Odense M

Tlf.: 6550 4520

Hjemmesider: www.kiroviden.dk, www.sdu.dk

FORORD

Mange medarbejdere i fysisk krævende job oplever at muskelskeletbesvær (MSB) påvirker deres hverdag og truer deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Med denne rapport afslutter vi et forskningsprojekt, som har det overordnede formål at kortlægge de udfordringer som medarbejdere med MSB i fysisk krævende job oplever, når deres smerter og gener påvirker deres funktionsniveau og truer tilknytningen til deres arbejde. Vi har kortlagt både medarbejderes, deres lederes og praktiserende lægers oplevelser og udfordringer i relation til arbejdsfastholdelse. Dette har været med henblik på at udvikle fælles løsninger for alle tre aktører. Således styrkes medarbejderen ved at bevare tilknytning til arbejdspladsen samtidig med, at arbejdspladsen fortsat kan have gavn af medarbejderens kompetencer og erfaring på arbejdspladsen, og den praktiserende læge kan give den bedste vejledning til gavn for medarbejderen og arbejdspladsen.

Projektet har haft et tværfagligt og tværsektorielt fokus. Det betyder, at der er taget højde for de komplekse sammenhænge og strukturer, der er i relation til arbejdsmarkedet. Det betyder også, at de tiltag og redskaber der udvikles, er praksisnære tiltag, der er klar til brug i en dansk arbejdspladskontekst.

Projektet har bestået af fire faser: 1) Kortlægning af barrierer for arbejdsfastholdelse på individuelt, organisatorisk og systemisk niveau baseret på dybdegående beskrivelser af praksisbaserede erfaringer og fortolkning af forskningsbaseret viden i relation til den danske kontekst; 2) Udvikling af **en forandringsmodel** med elementer, som imødegår og overvinder de identificerede barrierer for arbejdsfastholdelse; 3) Udvælgelse af praktiske forandringsmetoder, der fremmer arbejdsfastholdelse og samtidigt er solidt forankret i adfærdsteori; og 4) Design og udvikling af redskaber og materiale, der fremmer **arbejdsfastholdelse**.

Vi takker Arbejdsmiljøforskningsfonden (AMFF) for den bevilgede støtte til projektet. Vi ønsker at sende en særlig tak til deltagerne i projektets repræsentantgruppe, som har bidraget til projektet med deres tid og erfaringer: Annette Hoffmann (Dansk Industri), Signe Tønnesen Bergmann (Ledernes Hovedorganisation), Peter Hamborg Faarbæk og Jimmy Thorup Hansen (3F), Hanne Winther Jørgensen (FOA), Erik Jørs (Arbejdsmedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital), Gitte Ferslev Pedersen og Bjarne Dahl Hansen (Danish Crown), Jytte Hansen (Service Team, Nyborg), Camilla Yndigejn Arrevad (JobCenter Vejle), Torben Dybdahl (Almen Praksis), samt Camilla Bogetoft Andresen (ISS Facility Services). Tak til Fødevareforbundet NNF og 3F samt deres medlemmer for at deltage i spørgeskemaundersøgelserne. En særlig tak skal også lyde til alle deltagerne i workshops, fokusgruppeinterviews og diskussionsgrupper. Tak til Marie Birk Jørgensen (Københavns Kommune), Ole Steen Mortensen (Klinisk Socialmedicin, Holbæk Sygehus), Ute Bültmann (University of Groningen, Holland) og Irene Jensen (Karolinska Institutet, Sverige) for bidrag til projektets tilblivelse, og til Marianne Norup (Seges Landbrug og Fødevarer) og Asger Torning (Kiropraktorerne Videnscenter) for bidrag til projektets afslutning.

Vi håber, at de udviklede indsatser vil bidrage til en styrket italesættelse og løsninger overfor muskelskeletbesvær på danske arbejdspladser.

Mette Jensen Stochkendahl, projektleder, seniorforsker, lektor
Kiropraktorerne Videnscenter og Syddansk Universitet.
Odense, d. 26. marts 2021.

SAMMENFATNING

Baggrund og formål

Mange medarbejdere i fysisk krævende job oplever, at muskelskeletbesvær (MSB) påvirker deres hverdag og truer deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Arbejdsfastholdelse ved MSB kan være udfordrende, kræver en helhedsorienteret tilgang, og samarbejde mellem flere aktører er ofte essentielt. En åben dialog om udfordringerne og mulige løsninger er derfor en vigtig forudsætning for at arbejdsfastholdelse lykkes. Formålet med dette projekt er at kortlægge udfordringer omkring italesættelse af MSB og arbejdsfastholdelse blandt medarbejdere med fysisk krævende arbejde samt at udvikle indsatser til at fremme dialogen for henholdsvis medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger.

Metoder

Vi brugte de første fire trin af Intervention Mapping som systematisk tilgang til projektet. I trin 1 lavede vi en behovsanalyse og kortlagde barrierer for arbejdsfastholdelse på individuelt, organisatorisk og systemisk niveau. I trin 2 sammensatte vi en logisk forandringsmodel med elementer, som imødegår de identificerede barrierer. I trin 3 udvalgte vi praktiske og teoribaserede forandringsmetoder, der understøtter de nye indsatser, og i trin 4 designede og udviklede vi redskaber og materialer, der fremmer arbejdsfastholdelse igennem italesættelse af MSB. I alle fire trin inddrog vi både a) forskningsbaseret viden fra systematiske litteratursøgninger samt b) praksisbaserede erfaringer indsamlet i fokusgrupeinterviews med medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger; workshops med medarbejdere; en elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt medlemmerne af to fagforbund; samt gruppediskussioner med 13 repræsentanter fra det danske arbejdsmarked, social- og sundhedsvæsen.

Resultater

Behovsanalysen viste, hvordan arbejdsfastholdelse er betinget af, hvilket udgangspunkt henholdsvis medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger har for at tage medansvar for processen. Personlige, individuelle faktorer hos alle tre aktører kan delvist forklare u hensigtsmæssig adfærd, der vanskeliggør arbejdsfastholdelse. Disse faktorer inkluderer uhensigtsmæssige overbevisninger om MSB, negative forventninger til arbejdsfastholdelse, manglende viden om både MSB og arbejdsfastholdelse, samt fravær af praktiske strategier til håndtering af situationen og italesættelse af MSB. Italesættelse af MSB er også betinget af arbejdspladskulturer, social støtte, tillid, samt strategiske, organisatoriske og økonomiske rammer. Med afsæt i den logiske forandringsmodel udviklede vi redskaber og materiale rettet mod de tre hovedaktører. I tillæg udarbejdede vi forslag til arbejdspladspolitikker om MSB, et ressourcekatalog og opfølgende redskaber til brug i arbejdsmiljøudvalg. Slutproduktet er et omfattende informationsmateriale om MSB til online brug samt en skitse til opbygning af en interaktiv online portal, 13 "klar-til-brug" redskaber, samt oplæg til to efteruddannelseskurser rettet mod arbejdsmiljørepræsentanter og praktiserende læger.

Perspektivering

Vi har afdækket en høj grad af kompleksitet i processerne omkring arbejdsfastholdelse hos medarbejdere med fysisk krævende arbejde og MSB, og identificeret barrierer for italesættelse af MSB på både individuelt, organisatorisk og systemisk niveau. Resultaterne understreger behovet for at opbygge en struktur både på arbejdspladser og hos praktiserende læger, hvor systematisk brug af klare og enkle redskaber og procedurer understøtter dialogen om MSB og skaber konkrete, målbare resultater. Vi opfordrer derfor til en forsknings- og arbejdsmiljømæssig tilgang, der dedikeret fremmer processen med at modne forståelsen og håndtering af arbejdsfastholdelse ved MSB på alle niveauer fra individ til arbejdsplads og det omgivende samfund.

SUMMARY

Background and aims

Musculoskeletal disorders (MSD) resulting in reduced work ability and discontinuation of work participation are common among blue collar workers. Work retention with MSD can be challenging, requires a holistic approach, and often involves key stakeholders both at the workplace and in the health care sector. Collaboration is therefore essential. A prerequisite for collaboration is dialogue on the challenges and potential solutions for work retention. This study aims to map barriers to dialogue on MSD and work retention in blue collar workers, and to develop new interventions promoting dialogue with workers, managers, and general practitioners (GPs).

Methods

As framework for this study, we used the first four steps of Intervention Mapping. In step 1, we conducted a needs assessment and mapped barriers to dialogue on MSD and work retention at an individual, organizational, and systemic level. In step 2, we constructed a logic model of change, which includes elements that address identified barriers. In step 3, we selected practical and theory-based change methods to underpin the new interventions, and in step 4, we designed and developed tools and materials facilitating work retention through MSD dialogue. In all four steps, we included a) research-based evidence from systematic literature searches, and b) practice-based experiences collected in focus group interviews with workers, managers, and GPs; workshops with workers; an electronic survey of members of two trade unions; and discussions with 13 representatives from the Danish labour market, social and health care systems.

Results

The needs assessment highlighted the dependency of work retention on workers', managers', and GPs' basis for assuming co-responsibility of the process. Personal, individual determinants in all three stakeholder groups may result in inappropriate behaviours that negatively impact work retention. The determinants include negative beliefs about MSD, negative expectations towards work retention, lack of knowledge in relation to both MSD and work retention, and lack of skills and competencies to manage the situation and initiate dialogue on MSD. We also identified workplace cultures, lack of social support or trust, and strategic, organisational, and economic conditions as barriers to MSD dialogue and work retention. Using the logical model of change as basis, we developed tools and materials for workers, managers, and GPs. In addition, we designed templates for an MSD workplace policy, a catalogue of resources, and tools for follow up in occupational health and safety committees. The end-product is a comprehensive set of information material on MSD for online use, the blueprint for an interactive online portal, 13 ready-for-use tools, and two outlines of post-graduate education of GPs and occupational health and safety representatives.

Perspectives

We have identified a high level of complexity in MSD-related work retention processes, and barriers to dialogue on MSD on individual, organizational and systemic levels. These results emphasize the need for building organisational structures at workplaces and for GPs, in which systematic use of simple, easy-to-use tools and procedures support MSD dialogue and result in concrete and measurable results. Therefore, we call for research and occupational health and safety procedures dedicated to deepening the understanding of MSD and work retention at all levels from individuals to workplaces and in society.

INDHOLD

FORORD	2
SAMMENFATNING.....	3
Baggrund og formål	3
Metoder.....	3
Resultater	3
Perspektivering.....	3
SUMMARY	4
Background and aims	4
Methods	4
Results	4
Perspectives.....	4
INDHOLD.....	5
INTRODUKTION	7
FORMÅL.....	10
METODE.....	11
Overordnet tilgang	11
Metodisk ramme	11
Projektets organisation og elementer	12
Partnerskaber	12
Indsamling af forskningsbaseret viden.....	13
Indsamling af praksisbaserede erfaringer	14
Fokusgrupper.....	16
Workshops.....	16
Spørgeskemaundersøgelser	17
Etiske overvejelser.....	17
Intervention mapping.....	18
TRIN 1 – Behovsanalyse og programmål	18
TRIN 2 – Ændringsmål og forandringsmodel.....	18
TRIN 3 –Teoretiske metoder og praktiske strategier	19
TRIN 4 – De endelige redskaber	19

RESULTATER	20
TRIN 1- Behovsanalyse og rationaler for VEJEN FREM	21
MSB hos medarbejdere med fysisk krævende arbejde.....	21
Funktionsledernes rolle	24
Den praktiserende læges rolle.....	25
Praksisbaserede erfaringer	28
Opsummering af behovsanalysen	30
Programsmål	32
TRIN 2 – Udvikling af logisk forandringsmodel.....	33
TRIN 3 – Teoretiske metoder og praktiske strategier	36
Hvilke praktiske strategier er der behov for?.....	36
Teoretisk udgangspunkt	36
TRIN 4 – Design og produktion af materiale og redskaber til dialog om MSB	38
Hvordan nås slutbrugerne?	38
Konkrete materialer og redskaber til dialog om MSB	39
DISKUSSION	43
Resume	43
Variationer i arbejdsmiljø praksis og behovet for ændringer	43
Den forventede effekt af indsatserne	44
Perspektiver.....	45
EFTERSKRIFT	47
Skriftlig formidling til interessenter.....	47
Medier	47
Rapporter.....	47
Antologi	47
Oplæg og mundtlige præsentationer	47
Planlagt formidling aflyst pga. Covid19 lockdown og restriktioner	48
Videnskabelige artikler	48
REFERENCER	49
BILAG	58

INTRODUKTION

Det er gennem arbejdet, at mange mennesker definerer sig selv, og viser at de bidrager til samfundet.[1, 2] Derfor er det alvorligt, når evnen til at arbejde er truet. Arbejdsfastholdelse er den proces, der iværksættes, når en medarbejder har svært ved at klare arbejdet og måske sygemelder sig.[3] Dvs. arbejdsfastholdelse handler om initiativer og ordninger, der kan hjælpe medarbejdere, som på grund af arbejdsrelateret besvær, sygdom, ulykke eller handicap har svært ved at varetage deres job.[3] Arbejdsfastholdelse er vigtig for den enkelte medarbejder, da arbejdet i sig selv kan både tilføje mening med livet, give social støtte gennem det at have kollegaer, understøtte positive tanker samt lede tankerne væk fra eventuelle smerter.[4]

Mange medarbejdere i fysisk krævende job, som fx indenfor rengøringsbranchen eller fødevarerindustrien, oplever hyppigt muskelskeletbesvær (MSB), der påvirker deres hverdag og øger risikoen for sygefravær.[5] Men for en rengøringsansat kan det være risikabelt at melde sig syg, hvis arbejdsfastholdelsesforløbet håndteres uhensigtsmæssigt, ender i længerevarende sygefravær og til sidst en fyring. I årene 2013 til 2019 er sygefraværet steget inden for en række fag med fysisk krævende arbejde.[6] Det understreger behovet for en bedre inklusion af medarbejdere, som ikke er i stand til at arbejde på fuld kraft, og derfor risikerer at blive udstødt af arbejdsmarkedet.

Arbejdsfastholdelse og håndtering af sygefravær har i Danmark traditionelt været skarpt opdelt i indsatser udført på og udenfor arbejdspladsen. På arbejdspladsen er nogle af de hyppigst brugte indsatser ændringer i arbejdstid og opgaver, hjælpemidler og omplaceringer.[7-10] Arbejdspladsens muligheder og pligter er blandt andet rammesat af sygedagpengeloven, der blandt andet har til formål at medvirke til at en sygemeldt medarbejder får genoprettet sin arbejdsevne og hurtigst muligt vender tilbage til arbejdsmarkedet.[8, 11, 12] De største udfordringer for arbejdspladsen er ofte at forstå medarbejderens helbredstilstand og at finde passende arbejdspladstilretninger, der kan imødekomme både medarbejderens funktionsniveau og individuelle behov samtidig med at arbejdspladsen kan opretholde den forventede produktion.[13]

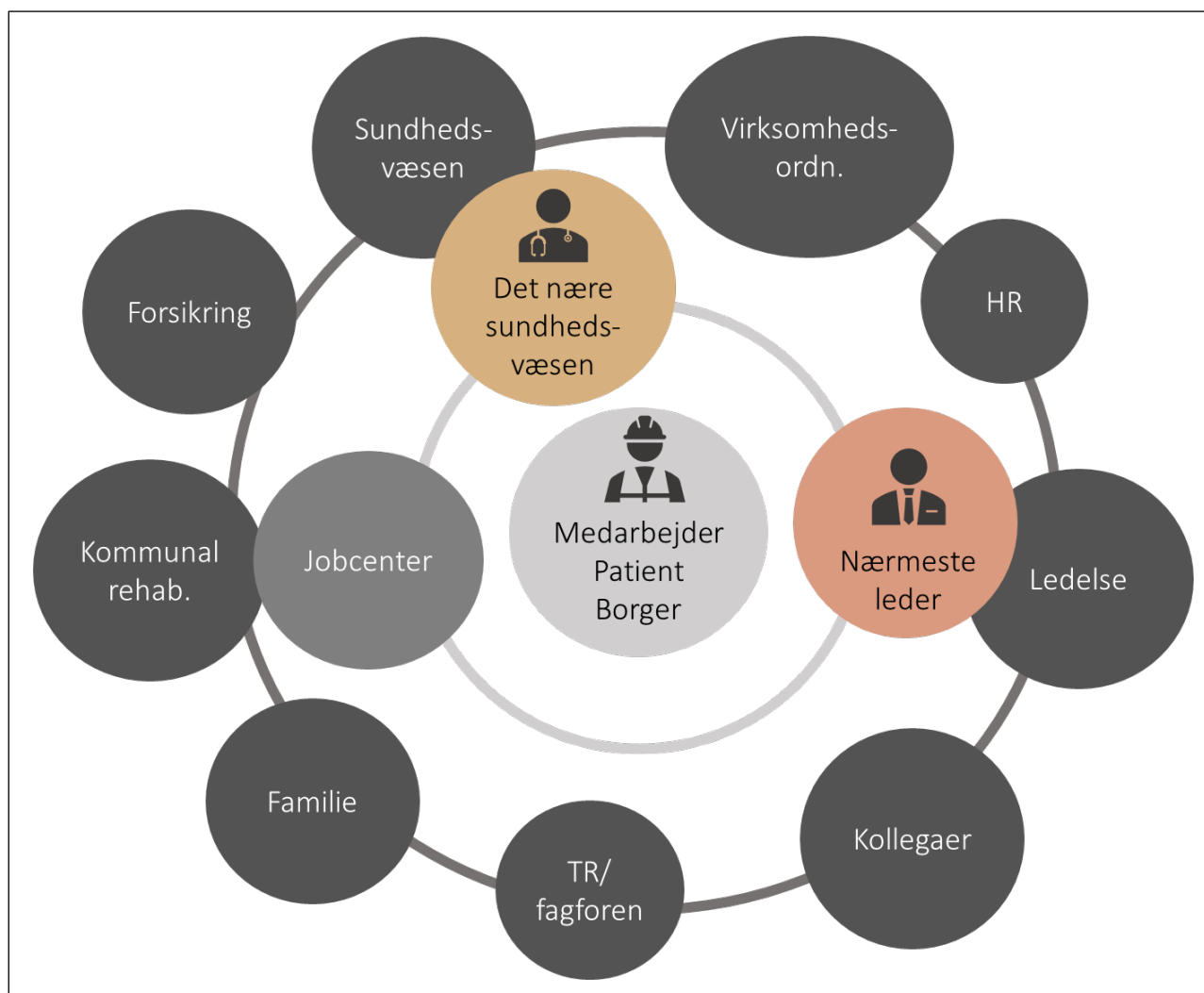
Sygedagpengeloven specificerer, at arbejdsfastholdelse skal tilrettelægges, så medarbejderen selv tager ansvar for sin situation, samtidig med at fokus på arbejdsfastholdelse. En vigtig forudsætning for at initiering af en proces omkring arbejdsfastholdelse, når medarbejderen oplever MSB, må derfor være, at medarbejderen taler enten med sin leder eller praktiserende læge og italesætter sine helbredsproblemer.[13] Medarbejderen har ikke pligt til at fortælle sin arbejdsgiver, hvad han eller hun fejler, men hvis medarbejderen som minimum beskriver, hvilke funktioner, der er svære at udføre, så har arbejdspladsen mulighed for at imødekomme helbredsrelateret funktionsnedsættelse. Desværre er mange medarbejdere dårligt forberedte at tale åbent om deres udfordringer,[14] og vægrer sig ved at fortælle om deres helbred pga. frygt for manglende forståelse eller opbakning fra leder eller kolleger,[15, 16] eller oplevelsen af generelt uflexible arbejdsvilkår eller høje arbejdsbyrder.[7]

På arbejdspladsen kan det ofte være en vanskelig opgave for medarbejderen og lederen at finde en god og praktisk løsning, der kan opretholde medarbejderens tilknytning til arbejdspladsen. For medarbejderen kan det være vanskeligt at vurdere, hvordan vedkommende bedst kan forklare sin situation til sin leder. For lederen kan det være vanskeligt at vurdere, om der er fare for længerevarende sygefravær og i hvilket omfang medarbejderen kan bidrage til de arbejdsopgaver, der skal løftes, eller om produktionen lettere løftes gennem vikardækning eller ved at lægge en større byrde på den ansattes kollegaer.

Uden for arbejdspladsen er det aktører i sundhedsvæsenet, særligt praktiserende læger, der kan have en betydelig rolle for medarbejderens arbejdsfastholdelse, da de praktiserende læger har den primære opgave som tovholdere i forhold til håndteringen af medarbejderens sundhedsproblemer. Det kan være svært for den praktiserende læge at relatere til arbejdskonteksten og de muligheder, der er for arbejdsfastholdelse. Ofte vil den praktiserende læge skulle vurdere den samlede situationen alene på baggrund af medarbejderens beskrivelser af arbejdet.

Foruden medarbejderen, lederen og den praktiserende læge kan en række andre aktører og interessenter være involveret i arbejdsfastholdelse. Forebyggelse og genoptræning i relation til helbredsproblemer er en kommunal opgave, og arbejdsrettet rehabilitering er forankret i regi af jobcentrene. Dertil kommer fagforeninger og forsikringselskaber, der alle ønsker at byde aktivt ind i forbindelse med arbejdsfastholdelse (figur 1).

Figur 1. Potentielle aktører og interessenter involveret i arbejdsfastholdelse



Arbejdsfastholdelse foregår altså i separate systemer ("siloer"), der er underlagt henholdsvis social-, arbejdsmarkeds- og sundhedslovgivning og en lang række forskelligartede administrative strukturer, diagnostiske klassifikationer og specifikke regler.[17] Samarbejde mellem arbejdspladsen og aktører uden for arbejdspladserne stiller derfor krav til øget kommunikation og koordination omkring arbejdsfastholdelse, særligt når mængden af tilbud om behandling, råd og vejledning er stor og varieret.[17-20]

Gennem de seneste ca. 10 år har der været tiltagende fokus på, at arbejdsfastholdelse kræver en helhedsorienteret tilgang med involvering af aktører fra arbejdspladsen, sundhedsvæsenet og jobcentre, samt at der er behov for kommunikation og koordinering af tilbud, der sigter mod arbejdsfastholdelse.[21-24] Den helhedsorienterede tilgang bygger på en stigende forståelse af, at sygefravær ofte er betinget af mere end sygdom og symptomer. Dette gælder ikke mindst ved MSB, hvor arbejdsfastholdelse er betinget af en helhed, der udgøres af medarbejderens fysiske og mentale ressourcer, familie- og fritidsliv, arbejdsmiljø og -krav samt en række øvrige faktorer i det omgivende samfund, som fx adgang til sundhedsvæsenet, rettighed til sygedagpenge og den generelle lovgivning om sygefravær. Det betyder, at en tilgang, der udelukkende sætter fokus på arbejdspladsen eller på diagnose og behandling i sundhedsvæsenet, ikke er tilstrækkelig til at forebygge MSB og konsekvenserne heraf.[2, 3, 17]

Derfor er der blevet advokeret for tidligere identifikation af medarbejdere i risiko for arbejdsrelaterede funktionsbegrænsninger, anvendelse af mere innovative og fleksible justeringer på arbejdspladser, der bedre matcher funktionsbegrænsninger samt en stærkere integration af arbejdspladsen i fastholdelsesforløb for medarbejderen.[17] Vi har derfor brug for at identificere, hvordan vi kan nedbryde "siloerne", så indsats og samarbejde om fastholdelsesforløb for medarbejdere med MSB og fysisk krævende arbejde kan fungere bedst muligt, og hvordan der bedst muligt skabes den nødvendige, gensidige kontakt og tillid mellem relevante interessenter. Der er et særligt behov for fokus på de udfordringer, som medarbejdere oplever i forbindelse med at fastholde deres job, og ikke mindst behov for at få identificeret "VEJEN FREM", det vil sige, hvordan sammenhængende indsats i arbejdsfastholdelse og fastholdelsesforløb kan udvikles og optimeres.

FORMÅL

Formålet med dette projekt er at kortlægge udfordringer omkring italesættelse af MSB og arbejdsfastholdelse blandt medarbejdere med fysisk krævende arbejde samt at udvikle indsatser til italesættelse af MSB for henholdsvis medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger. Målet er at medarbejderen bevarer sin tilknytning til arbejdet, at arbejdspladsen fastholder medarbejderen og fortsat har gavn af medarbejderens jobkompetencer og erfaring på arbejdspladsen, samt at hjælpe den praktiserende læge til at give den bedste vejledning til gavn for medarbejderen og virksomheden.

Specifikt har vi ønsket at:

1. Identificere barrierer og muligheder for medarbejderens tilknytning til arbejdet og arbejdspladsens fastholdelse af medarbejderen på individuelt, organisatorisk og systemisk niveau
2. Udvikle en forandringsmodel, der beskriver tiltag rettet mod medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger, som imødegår og overvinder de identificerede barrierer for arbejdsfastholdelse
3. Udvælge praktiske forandringsmetoder forankret i adfærdsteori, der fremmer arbejdsfastholdelse.
4. På baggrund af pkt. 1-3 at designe og udvikle redskaber og materiale, der fremmer arbejdsfastholdelse (VEJEN FREM).

METODE

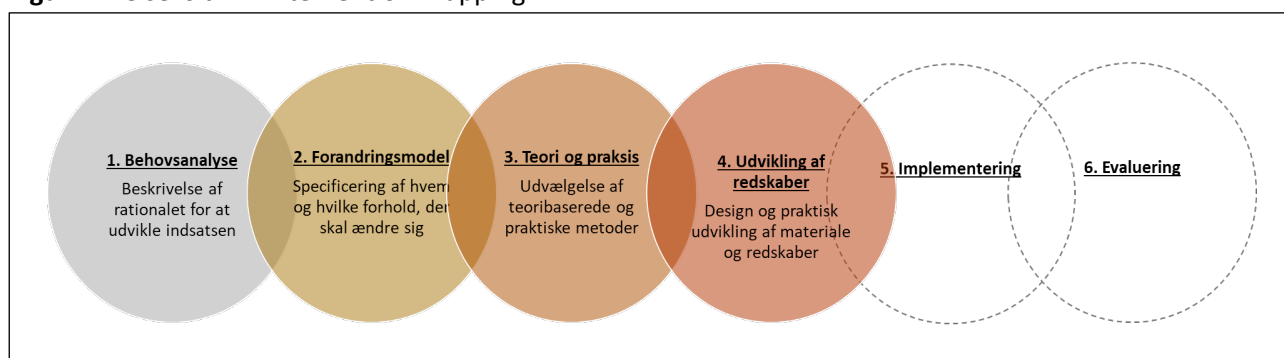
Overordnet tilgang

Projektet er blevet udført i perioden august 2017 til januar 2020, og der er blevet indsamlet viden og erfaringer i et praksisbaseret spor og et forskningsbaseret spor. De to spor supplerer hinanden i et iterativt forløb, som sikrer, at resultaterne af projektet er praksisnært for medarbejderen, arbejdspladsen og praktiserende læger. Projektet belyser en række forhold, der kan være barrierer for arbejdsfastholdelse, og som giver en dybere forståelse for samarbejdet mellem aktører, og de procedurer, rutiner, metoder og værktøjer der anvendes, når en medarbejders tilknytning til arbejdspladsen er truet på grund af MSB. På denne baggrund har vi udviklet konkrete redskaber, som medarbejdere, ledere og praktiserende læger kan bruge til at fremme dialog og samarbejde, når en medarbejder med MSB og fysiske krævende arbejde har behov for hjælp til arbejdsfastholdelse.

Metodisk ramme

Projektet er gennemført efter principperne for Intervention Mapping (IM). IM er en trinvis og struktureret tilgang til udvikling, planlægning og afprøvning af nye indsatser (Figur 2).[25] I IM inddrages både teoretisk, praktisk og forskningsbaseret viden, f.eks. viden opsamlet fra litteraturen samt involvering af nøgleinteressenter og inddragelse af deres erfaringer. IM er således en ramme, der sikrer, at udviklingen af indsatserne sker i en solid teoretisk forankring samtidig med involvering og hensyntagen til slutbrugere og relevante interessenter. Metoden har sin særlige styrke i at fokusere både på målgruppens behov (her: medarbejdere med fysisk krævende arbejde og MSB), de personer som omgiver målgruppen (her: leder og praktiserende læge) og den kontekst, som målgruppen befinder sig i (her: arbejdspladsen og det danske samfund). Det betyder at slutproduktet har en helhedsorienteret tilgang, der inddrager både individuelle, organisatoriske og systemiske løsninger. IM har tidligere været brugt til at udvikle arbejdsmiljøinterventioner med stor succes.[26-28]

Figur 2. De seks trin i Intervention Mapping.



Dette projekt er forankret i de første fire af seks trin af IM-metoden. I **trin 1** beskrives rationalet for at udvikle VEJEN FREM. Gennem en behovsanalyse identificeres barrierer for arbejdsfastholdelse hos medarbejdere med MSB og fysisk krævende arbejde. Behovsanalysen beskriver behovet for udviklingen af fælles indsatser i en dansk arbejdspladskontekst, konsekvenserne af manglende indsatser for den enkelte medarbejder, arbejdspladsen og for samfundet, samt de ændringer, der kan forventes som resultatet af indsatserne. Som sidste trin udvikles en række program mål, der specificerer, hvad der ændres som resultat af indsatserne, for hvem, og hvornår. I **trin 2** specificeres målene med VEJEN FREM, dvs. det beskrives hos hvem og hvilke forhold, der vil ændre sig som resultat af VEJEN FREM og hvilke effekter, der kan forventes ved anvendelse af den nyudviklede indsats. Dette præsenteres i en forandringsmodel. Produktet i trin 2 er et sæt matricer, der detaljeret beskriver de ønskede adfærdsændringer (adfærds mål) samt underliggende faktorer (personlige determinanter) og processer (præstations mål). I **trin 3** beskrives indsatsernes opbygning og teoretiske fundament, og praktiske strategier foreslås på baggrund af viden om adfærdsændringer. I **trin 4** udvikles de praktiske redskaber og elementer, der udgør de samlede indsatser i VEJEN FREM. De sidste trin i processen, der består af implementering og evaluering af redskaberne, er ikke gennemført, da de ligger uden for rammerne af VEJEN FREM projekt.

Opgaverne i hvert trin løses ved hjælp af såkaldte "kerneprocesser", som styres af en projektgruppe.[25] Kerneprocesserne består af skiftevis at stille forskningsspørgsmål, lave brainstorming og indgå i gruppediskussioner om mulige svar i både projekt-, styre- og repræsentantgruppen (se nedenfor om projektets organisation), gennemgang af praksis- og forskningsbaseret viden og teorier, vurdering af behovet for nye data og udarbejdelse af foreløbige svar på de stillede spørgsmål. Det hele er en non-lineær og iterativ udviklingsproces, der sikrer, at nyopstået viden kontinuerligt inddrages i trinene.

Projektets organisation og elementer

Projektet er udført i et samarbejde mellem Kiropraktorerne Videnscenter (tidl. Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik), Center for sundhed i Muskler og Led på Institut for Idræt og Biomekanik på Syddansk Universitet, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, og Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet. Projektet er ledet af Kiropraktorerne Videnscenter under rådføring med en styregruppe og udført af en projektgruppe. Desuden har to internationale eksperter indenfor arbejdsfastholdelse haft rådgivende funktion. I bilag 1 præsenteres projektorganisationen.

Partnerskaber

Et grundelement i projektet har været, at redskaberne blev udviklet i et samarbejde mellem forskere, repræsentanter fra det danske arbejdsmarked og de aktører, for hvem slutproduktet får konsekvenser.[25] I opstartsfasen blev 13 personer inviteret til at indgå i en repræsentantgruppe. Personerne var udvalgt på baggrund af deres ekspertise og erfaring inden for arbejdsfastholdelse, potentiale til at bidrage med forskelligartede perspektiver og mulighed for at deltage i møder. Derudover blev der tilstræbt en ligelig fordeling mellem køn, den offentlige og private sektor, arbejdstagere og -givere, samt repræsentanter for sundhedsvæsenet, jobcentre og human resources. Formålet med at etablere en repræsentantgruppe var at sikre relevans af projektets indhold, udvikle og kvalificere indsatserne samt at vejlede projektets styregruppe angående praktisk anvendelighed af resultaterne. Repræsentantgruppens netværk blev brugt som indgang

til at identificere relevante personer til interviews og gruppediskussioner, og gruppen har sikret projektets forankring i arbejdsmiljøarbejdet i brancher med fysisk krævende arbejde - både i forhold til at identificere problemer og kvalitetssikre forslag til indsatser. Repræsentantgruppen mødtes tre gange i løbet af projektet. Derudover blev der løbende, når der var behov, afholdt individuelle møder mellem deltagere fra projekt- og repræsentantgruppen. Deltagere i repræsentantgruppen er præsenteret i bilag 1.

Indsamling af forskningsbaseret viden

Alle fire trin i IM-processen tog udgangspunkt i systematiske litteratursøgninger efter dansk og international forskningsbaseret viden. Litteraturen bestod dels af engelsksprogede, internationale, peer-bedømte forskningsartikler og bøger, og dels af danske og internationale rapporter.

Den forskningsbaserede viden blev identificeret på to måder:

- 1) Systematiske søgninger i biblioteksdatabase PubMed på baggrund af forudbestemte søgekriterier.
- 2) anbefalinger om litteratur fra danske og internationale eksperter.

Vi inkluderede primært litteratur omhandlende arbejdsfastholdelse og mødet mellem medarbejdere med fysisk krævende arbejde og MSB, funktionsledere og praktiserende læger med afrapporteringen fra både medarbejdernes, funktionsledernes, praktiserende lægers eller øvrige relevante aktørers perspektiv (f.eks. kolleger, HR-repræsentanter eller sagsbehandlere). Hvor vi manglede primærlitteratur, inddrog vi sekundærlitteratur om fx tilbage-til-arbejde processer (Eng. *Return to work (RTW)*), arbejde som ikke var fysisk krævende og andre sygdomme/tilstande end MSB, for at opnå så bredt et grundlag som muligt for datasyntesen. For at få den nyeste viden, prioriterede vi litteratur publiceret fra 2010 og senere, hvor dette var muligt. Studier fra Danmark, Norge, Sverige og England blev prioriteret over øvrige internationale litteratur på grund af sammenlignelige forhold ift. arbejdsforhold, sundheds- og socialvæsen. Vi inddrog alle typer af artikler (både kvalitative (f.eks. individuelle eller fokusgruppeinterviews), kvantitative (tværsnits-, longitudinelle og interventionsstudier) og blandede studier (Eng. *mixed-methods*). Systematiske litteraturgennemgange og metasynteser blev prioriteret frem for enkeltstående studier, hvor dette var muligt. Alle søgninger blev suppleret med forlæns og baglæns søgninger i referencelister og afledte artikler, samt med litteratur fra rapportens forfatteres egne biblioteker.

I tillæg til litteratursøgningerne i biblioteksdatasen blev fem danske og 11 internationale eksperter indenfor arbejdsfastholdelse inviteret til at nominere hver tre nøgleartikler, som de anså for at være de vigtigste for feltet. Det sikrede, at danske og internationale videnskabelige nøgleartikler blev inkluderet. En dansk og otte internationale eksperter nominerede tilsammen 28 unikke artikler.

Vi supplerede den internationale litteratur med resultater fra danske rapporter og andre relevante dokumenter fra veletablerede forskningsmiljøer og institutioner, herunder de danske styrelser og det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, for at sikre høj grad af relevans for det danske arbejdsmarked. Vi anvendte Googles søgemaskine og præ-specificerede søgeord til at udvælge materiale udgivet fra 2010 til 2019. Dette resulterede i 10 rapporter.

Dertil blev repræsentantgruppen adspurgt om kendskab til materiale af relevans for projektet, hvilket primært førte til henvisninger til eksisterende hjemmesider.

Indsamling af praksisbaserede erfaringer

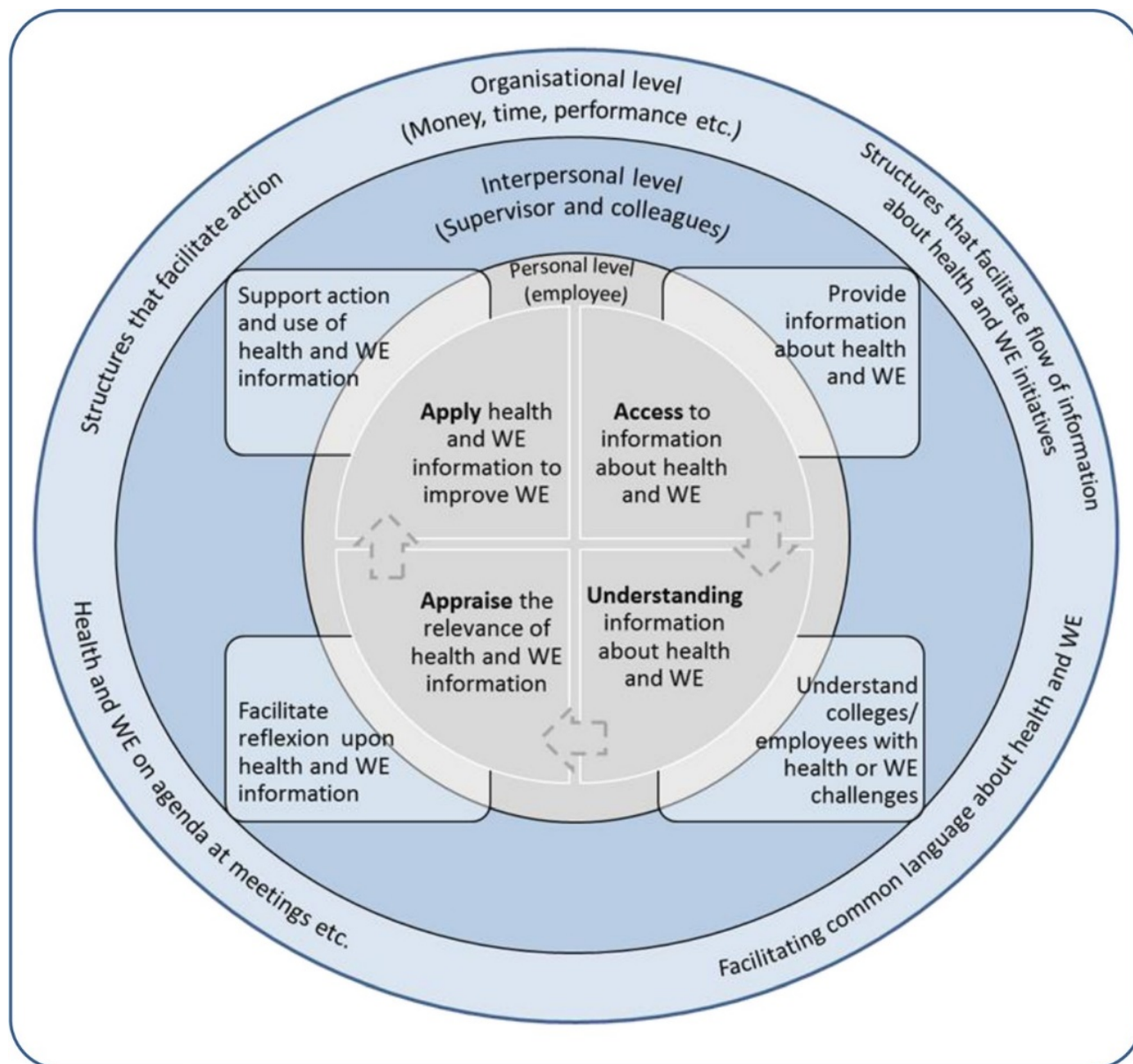
Igennem hele projektet blev der indsamlet praksisbaserede erfaringer for at kortlægge og prioritere forhold, der fremmer og hæmmer italesættelse og interaktion mellem aktørerne vedrørende arbejdsfastholdelse samt erfaringer med forskellige typer af indsatser. Den praksisbaserede erfaring blev indsamlet ved hjælp af:

- 1) Fokusgruppeinterviews med medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger
- 2) Workshops med medarbejdere
- 3) Gruppediskussioner med medlemmer af repræsentantgruppen
- 4) Spørgeskemaundersøgelse blandt medlemmer af to fagforbund

Som udgangspunkt for fokusgruppeinterview, individuelle interviews og workshops har vi brugt en dataindsamlingsmetode, der er baseret på en case om et arbejdsfastholdelsesforløb for en medarbejder med MSB (bilag 2). Fordelene ved metoden er, at diskussionerne bliver forankret i en konkret situation, der er genkendelig, specifik og klart afgrænset. Samtidig skaber materialet konsistens på tværs af grupperne, der således får samme udgangspunkt for diskussionen. De anvendte cases var overordnet ens, men ordlyden af casen og tilhørende spørgsmål blev tilpasset til de enkelte interessent-grupper og den aktuelle situation. De praksisbaserede erfaringer blev indsamlet efter en tilgang inspireret af *Grounded Theory* (GT). GT er en kvalitativ metode, der gennem analyser af data fra deltagere, som har haft konkrete oplevelser og erfaringer i relation til arbejdsfastholdelse, kan generere teorier, der potentielt kan forklare sociale processer eller handlinger. Tilgangen giver mulighed for at få indblik i fire centrale spørgsmål: 1) Hvad var den centrale proces omkring arbejdsfastholdelse? 2) Hvad fik det til at ske? 3) Hvilke strategier blev anvendt? og 4) Hvilken effekt havde det?

Både fokusgruppeinterviews, workshops og spørgeskemaundersøgelse tog udgangspunkt i en spørgeguide med åbne spørgsmål og tilhørende stikord specifikt målrettet den enkelte gruppe (bilag 2). Spørgeguiden blev udarbejdet med inspiration i "*the Organizational Health Literacy Framework*" (OHLF).[29] OHLF er en model, der hjælper med at rammesætte og forstå, hvordan individer tilgår, forstår, vurderer og anvender information om sundhed og arbejdsmiljø. Modellen giver mulighed for at analysere samspillet mellem forskellige aktører på et individuelt, interpersonelt og organisatorisk niveau, og blev brugt til at sikre, at der vi indsamlede data i relation til alle tre niveauer (figur 3).

Figur 3. Organizational Health Literacy Framework. Individuers evne til at tilgå, forstå, vurdere og anvende information om helbred og arbejdsmiljø (Eng. *Work environment (WE)*) påvirkes af personlige, interpersonelle og organisatoriske faktorer. Gengivet efter Larsen et al. 2015.[29]



Fokusgruppeinterviews blev optaget på lydfiler og efterfølgende transskriberet, mens workshops blev dokumenteret med fotos af materialer fra workshops og feltnoter. Data blev analyseret ved hjælp af systematisk tekst kondensering ad modum Malterud.[30] Minimum to medlemmer af projektgruppen gennemgik og kodede uafhængigt af hinanden alt indsamlet materiale om praksisbaserede erfaringer, samt ekstraherede temaer, for derefter at opnå konsensus om de vigtigste temaer og undertemaer i en iterativ proces.

Fokusgrupper

Fokusgruppeinterviews blev udført for separate grupper af medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger. Seks til otte personer blev inviteret til hver gruppe for at diskutere og prioritere faktorer af betydning for arbejdsfastholdelse. Deltagerne i hver gruppe blev udvalgt efter samråd med repræsentantgruppen, og med et ønske om en bred repræsentation af meninger og holdninger. Der blev gennemført otte fokusgruppeinterviews med to til fem deltagere i hver gruppe.

Workshops

Med udgangspunkt i en partcipatorisk metode blev der to gange gennemført workshops af tre timers varighed med medarbejdere i et kommunalt serviceteam. De to workshops havde til formål at:

- 1) Identificere og prioritere udfordringer ved italesættelse af MSB ved rengøringsarbejde i forbindelse med arbejdsfastholdelse.
- 2) Indsamle ideer til, hvordan medarbejderne bedre kan italesætte MSB overfor især deres funktionsleder og praktiserende læge, men også andre relevante personer.

Begge workshops startede med et kort fælles oplæg om formålet med dem, hvorefter medarbejderne blev fordelt i fire grupper på 15-20 personer i hver gruppe, med en facilitator fra projektgruppen tilknyttet hver gruppe. Medarbejderne fik yderligere mulighed for at dele sig op i mindre hold med to til fem deltagere på hvert hold, eller forblive samlet i gruppen. Alle svar og input fra medarbejderne blev noteret på post-its og plancher af medarbejderne selv. Undervejs i processen blev spørgsmål, svar og input diskuteret i grupperne og prioriteret. I den anden workshop blev der desuden benyttet grafisk facilitering [31] til at fremme diskussionen. Der var på forhånd produceret store plancher med spørgsmål, som deltagerne blev bedt om at besvare ved hjælp af tegninger, udklip fra aviser og blade samt tekst. Undervejs blev deltagerne bedt om at kommentere på deres ideer og input. Grafisk facilitering er et læringsværktøj, som giver medarbejderne mulighed for at arbejde kreativt med formidlingen af deres ideer frem for skrivning af tekst. Produktet bliver en visualisering af medarbejdernes fælles viden om udfordringer ved italesættelse af MSB, og de ideer og tanker de har om eksisterende og nye indsatser i forhold til arbejdsfastholdelse.[31]

Spørgeskemaundersøgelser

I efteråret 2019 udsendtes en elektronisk spørgeskemaundersøgelse ved hjælp af systemet SurveyXact til repræsentative medlemmer af Fødevarerforbundet NNF (n=5.000) og 3F (n=10.000). Formålet med undersøgelsen var at beskrive omfanget af MSB og forbruget af smertestillende medicin, medlemmernes viden om sundhed og arbejdsmiljø samt undersøge hvilke kanaler medlemmerne benytter sig af for at få information om sundhed og arbejdsmiljø. Der blev stillet 30 spørgsmål ved hjælp af tidligere validerede og benyttede spørgsmål om MSB. Resultaterne er præsenteret selvstændigt i en videnskabelig artikel.[32]

I december 2020 og januar 2021 udsendtes elektroniske spørgeskemaundersøgelser til udvalgte arbejdsmiljø- og tillidsrepræsentanter fra Landbrug og Fødevarer samt 3F, samt til udvalgte funktionsledere og HR-repræsentanter med interesse for arbejdsfastholdelse. Formålet var at evaluere de udviklede redskaber og indhente forslag til forbedringer. Redskaberne blev kort præsenteret for deltagerne, hvorefter de blev bedt om i fritekst at angive tre ting, som de kunne lide ved redskabet, og tre ting som de ikke kunne lide. Desuden var der mulighed for at tilføje kommentarer eller forslag til forbedringer. Slutteligt blev deltagerne bedt om at vurdere hvert enkelt redskab på en 5-punkt skala med endepunkterne "Helt ubrugelig" og "Meget anvendelig".

Etiske overvejelser

Indsamling, opbevaring og håndtering af personoplysninger i projektet er godkendt af SDU Research & Innovation Organisation under Syddansk Universitets paraplyaftale med Datatilsynet projektnummer 18/3690 og anmeldelsesnummer 10.689. Al data vil blive indsamlet, opbevaret og behandlet i henhold til persondataloven og under hensyntagen til EU's persondataforordning (GDPR).

Projektet er blevet vurderet af De Videnskabsetiske Komitéer for Region Syddanmark (journalnummer 17/34518), som har vurderet at projektet ikke er anmeldelsespligtigt til det videnskabsetiske komitéssystem, jf. § 14 i lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter ("Komiteloven").

Al deltagelse i projektet er frivilligt. Der bliver indhentet informeret, skriftligt samtykke fra alle deltagere. Før offentliggørelse er alle oplysninger blevet anonymiseret, så det ikke fremgår af resultaterne, hvem der har bidraget til projektet.

Intervention mapping

TRIN 1 - Behovsanalyse og programmål

I trin 1 gennemførte vi en behovsanalyse fra et samfundsperspektiv. Behovsanalysen blev informeret af resultater fra den systematiske litteratursøgning, interviews med medarbejdere og ledere, workshops med medarbejdere, spørgeskemaundersøgelsen blandt medarbejdere samt gruppediskussioner med repræsentantgruppen. Den videnskabelige litteratur resulterede i en række rationaler, der beskriver hvordan MSB og arbejdsfastholdelse påvirkes af tilgrundliggende, personlige, individuelle faktorer og adfærd hos både medarbejderen og personer omkring medarbejderen, samt forhold på arbejdspladsen og omgivelserne. Den praksisbaserede erfaring blev diskuteret og prioriteret i henhold til en fem spørgsmål forankret i IM tilgangen:

- *Hvilke vigtige udfordringer eksisterer med nuværende tilgang til arbejdsfastholdelse*
- *Hvilke vigtige problemstillinger ved MSB påvirker arbejdsfastholdelse?*
- *Hvilke personer/jobgrupper er i særlig risiko for at være udfordret mht. arbejdsfastholdelse?*
- *Hvilke vigtige individuelle faktorer påvirker arbejdsfastholdelse?*
- *Hvilke faktorer i omgivelserne påvirker arbejdsfastholdelse?*

Dernæst blev resultater fra den videnskabelige litteratur sammenholdt med praksisbaserede erfaringer indsamlet fra gruppediskussioner og interviews. De integrerede resultater er præsenteret i en logisk model for problemstillingen. Slutteligt præsenteres programmålene for VEJEN FREM. Programmålene specificerer, hvad der ændres som resultat af VEJEN FREM, hos hvem, hvor meget og hvornår. Programmålene er resultatet af en samlet prioritering foretaget af repræsentantgruppen og styregruppen mellem hvilke faktorer, der har høj relevans, et solidt forandringspotential, hvad der praktisk er gennemførligt.

TRIN 2 - Ændringsmål og forandringsmodel

Trin 2 bygger ovenpå trin 1, der sammen med resultater fra den videnskabelige litteratur og empiriske data er med til at danne en logisk forandringsmodel, der præciserer, hvad der specifikt skal ændres hos hvem for at fremme arbejdsfastholdelse. Forandringsmodellen er udtrykt via matricer, der indeholder en definition af den adfærd, der skal påvirkes hos både medarbejdere, ledere og praktiserende læger (*adfærdsmål*) og detaljerede specifikationer af, hvordan den enkelte aktør rent konkret skal handle for at opnå den ønskede adfærd (*præstationsmål*). Præstationsmålene er koblet med de individuelle faktorer, der forhindrer arbejdsfastholdelse identificeret i trin 1. I matricerne findes positivt formulerede udsagn (*læringsmål*), som specificerer, hvad aktørerne skal gøre for at opnå præstationsmålene. Repræsentantgruppen blev inddraget i denne proces for at prioritere adfærdsmålene og sikre høj relevans til danske arbejdspladser. Desuden var repræsentantgruppen med til at afbalancere ansvaret for arbejdsfastholdelse mellem medarbejdere og ledere. Resultatet af trin 2 er en grafisk forandringsmodel over og matricer over læringsmålene.

TRIN 3 - Teoretiske metoder og praktiske strategier

I det tredje trin blev redskaberne konceptualiseret. Det var en iterativ proces med udveksling af praktiske ideer sammenholdt med teoretisk funderede metoder til adfærdsændring. Undervejs vurderede vi allerede eksisterende informationsmateriale og hjemmesider som inspiration og inddrog repræsentantgruppens erfaringer. Både fokusgruppeinterviews og spørgeskemaundersøgelsen til fagforeningsmedlemmerne gav information angående aktørernes behov og ønsker til arbejdsmiljørelateret informationsmateriale. Projektgruppen udvalgte teoretisk funderede teknikker til adfærdsændringer matchet til de individuelle faktorer og ændringsmål identificeret i trin 2, mens praktiske indsatser blev diskuteret og revideret sammen med medlemmer af repræsentantgruppen i mindre grupper, hvori nogle af medlemmer havde valgt at invitere deres kollegaer, arbejdsmiljørepræsentanter eller HR-medarbejder med. Resultatet af trin 3 er en skitse af indsatserne og deres indbyrdes sammenhæng.

TRIN 4 - De endelige redskaber

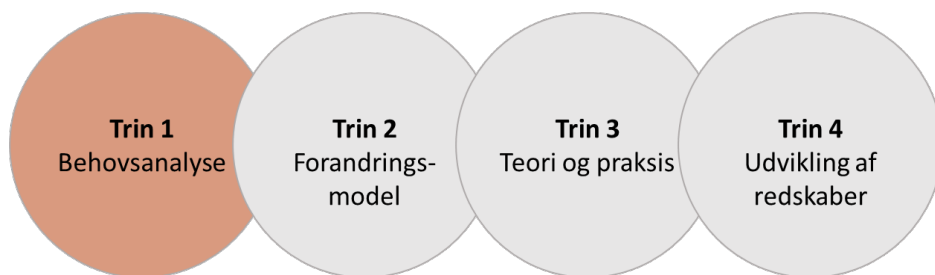
De tekniske og praktiske løsninger til redskaberne blev udviklet i trin fire. Der blev udviklet skriftligt materiale og prototyper, hvis anvendelighed (vurderet på en 5-punkt skala med yderpunkterne "helt ubrugelig" og "meget anvendelig") blev evalueret i spørgeskemaundersøgelserne til arbejdsmiljørepræsentanter, tillidsrepræsentanter og funktionsledere med mulighed for at komme med forslag til ændringer. I tillæg indgik vi et samarbejde med Branchefællesskabet for Arbejdsmiljø – Industri (BFA-I) om at producere MSB information til deres målgrupper og tilbyde redskaberne via BFA-Is hjemmeside.

VEJEN FREM var i forhold til ressourcer og budget på forhånd afgrænset til ikke at folde designmæssige løsninger ud eller teste effekten af indsatserne (trin 5 og trin 6).

RESULTATER

I det følgende præsenteres resultaterne af projektet. En oversigt over deltagere i workshops og fokusgruppeinterviews er præsenteret i tabel 1. Den forskningsbaserede viden er opsummeret i teksten herunder, mens tabel 2 giver en oversigt over de emner i relation til praksisbaseret erfaring, som blev diskuteret og prioriteret i diskussionsgrupper. En fuld afrapportering af de praksisbaserede erfaringer med understøttelse af citater vil blive præsenteret i to særskilte, engelsksprogede videnskabelige artikler.

Tabel 1. Jobtitler hos deltagere i workshops og fokusgrupper.	
Aktivitet	Deltagere
Workshop deltagere (N=65)	Servicemedarbejdere i kommunalt serviceteam (primært rengøring)
Fokusgrupper 8 grupper (N=29)	Funktionsledere, lager (n=2) Funktionsledere, slagteri (n=3) Funktionsledere, rengøring (n=2) Leder (n=1) HR-medarbejder (n=1) Medarbejdere, slagteri (n=5) Medarbejdere, lager (n=5) Praktiserende læger (n=10)



TRIN 1- Behovsanalyse og rationaler for VEJEN FREM

I det følgende beskrives den videnskabelige litteratur og rationaler for VEJEN FREM, der kan uddrages herfra. Dernæst beskrives rationaler uddraget på baggrund af praksisbaserede erfaringer og gruppediskussioner (tabel 2) og sluttelig opsummeres de samlede rationaler, som præsenteres sidst i resultatafsnittet af trin 1 efterfulgt af de definerede program mål.

MSB hos medarbejdere med fysisk krævende arbejde.

Årsager, forløb og konsekvenser af MSB

Årsagerne til MSB er multi-faktorielle og består hos de fleste af en kombination af fysiske, psykiske, genetiske og adfærds-relaterede faktorer i et samspil med påvirkninger fra omgivelserne, herunder arbejdet.[33-35] Oftest er det svært at udpege en enkelt årsag til, at MSB opstår, hvorfor langt de fleste MSB-diagnoser falder i kategorien "uspecifikke" muskel- og ledsmerter, hvor det ikke er muligt at stille en specifik diagnose.

Har man først haft en episode af lænderygsmarter, vil de fleste (ca. 60%) opleve tilbagevendende smerter afbrudt af kortere eller længere smertefrie episoder, og kun et fåtal af dem oplever at blive fuldstændigt smertefrie over en længere periode.[36] Samtidig har personer med MSB ofte smerter flere steder, og jo flere steder en person oplever smerter, jo dårligere generelt helbred, livskvalitet og sygefravær oplever den enkelte.[33, 37-39] Personer med MSB oplever ofte stor variation i smerter og energiniveau afhængigt af belastningen i både arbejds- og familieliv.[36, 40, 41] Disse skiftende og ofte uforudsigelige symptomer påvirker både den enkeltes arbejdsfunktion [42] og balancen mellem arbejds- og familieliv.[4]

Rationale I

- MSB er en tilstand, der kommer og går og den varierer i intensitet, men sjældent forsvinder helt.
- MSB er en tilstand, der skal håndteres ud fra medarbejderens samlede livssituation herunder arbejde

Betydningen af eksponeringer, opfattelser og overbevisninger omkring MSB

Fysiske faktorer, som alder, køn og fysisk kapacitet, har betydning for MSB, og eksponeringer på arbejdet i form af ensidigt og gentaget arbejde, høje belastninger og krav, samt lav autonomi øger risikoen for MSB.[43, 44] Omvendt fremmer arbejdspladsindsatser og jobtilpasninger rettet mod disse belastninger arbejdsfastholdelse, særligt når medarbejderen og andre interessenter er involveret i processen.[45, 46]

Opfattelser og overbevisninger omkring MSB har betydning for, hvordan medarbejdere håndterer deres situation og i sidste ende arbejdsfastholdelse.[47, 48] Angst for smerter og undvigeadfærd (Eng. *fear avoidance*) samt negative tanker og forventninger til fremtiden kan lede til, at man fastholder sin smertesituation og nedsat funktion,[33, 49] øget risiko for sygefravær og længerevarende sygefravær.[50-52] Samtidig er en lav grad af smerterelateret tiltro til egne evner (Eng. *self-efficacy*) og egen opfattelse kontrol over smerterne knyttet til lavere arbejdsevne,[52] -kapacitet [51] og -indsats.[42]

Når man kigger på studier, der har undersøgt personer, der med succes bliver fastholdt i arbejde på trods af MSB, ser det ud til, at justeringer i arbejde og rutiner, nedbringelse af symptomer, brug af kognitive coping strategier og effektiv kommunikation omkring smerter har betydning.[17] Samtidig kræver det, at medarbejderen har kendskab til mulighederne på sin arbejdsplads, gives muligheder for at italesætte sin situation, og har evnerne til at kunne håndtere tanker og følelser om smerter og det, at have en dårlig dag.[17]

Rationale II

- MSB kan reduceres via medarbejderinddragelse i jobtilpasning
- Negative tanker, forventninger og overbevisninger om MSB påvirker arbejdsfastholdelse
- Negative tanker, forventninger og overbevisninger om arbejde og arbejdslivet påvirker arbejdsfastholdelse

Personer med MSB kan være i længerevarende forløb med henblik på at få stillet en diagnose med dertilhørende behandlingsplan, men ofte er det ikke muligt at stille en specifik diagnose. Billeddiagnostik, som f.eks. røntgenbilleder og MR-scanninger, er hyppigt anvendt, men ofte kun af begrænset værdi, da de strukturelle forandringer, man finder på billeder, også kan ses blandt personer, der ikke har smerter.[33, 53, 54] Urealistiske forventninger til diagnostik og behandling kan derfor ende med at være en barriere for medarbejderens tilknytning til arbejdet, eventuel tilbagevenden til arbejde, og arbejdspladsens intentioner om arbejdsfastholdelse.[4]

Rationale III

- Urealistiske forventninger til diagnostik kan føre til u hensigtsmæssig forsinkelse og håndtering af MSB i arbejdslivet

MSB og adfærd på arbejdspladsen

Medarbejdere med kroniske smerter og nedsat funktionsniveau kan opleve deres symptomer som en trussel mod selv-billedet af en god og værdsat medarbejder, der bidrager til arbejdspladsen og samfundet. Disse medarbejdere kan også føle, at de svigter deres kollegaer, når de ikke kan bidrage til arbejdsopgaven i det omfang, de gerne vil.[40, 41] Ofte vil disse medarbejdere forsøge at håndtere deres smerter på egen hånd som udgangspunkt frem for at søge hjælp.[40] Nogle medarbejdere med kroniske smerter føler, at omgivelserne mangler forståelse for deres symptomer, da smerter er usynlige, eller at kollegerne ikke vil tro dem.[40, 55, 56] Dette forekommer særligt i situationer med svingende smerter og funktionsniveau, hvor medarbejderen er bange for at blive opfattet som en dårlig kollega, der forlader sig på andre.[4] Det kan lede til brugen af en række strategier af mere eller mindre uhensigtsmæssig karakter for at opretholde et på overfladen normalt arbejdsliv.[4] Disse strategier er ofte ikke langtidsholdbare og inkluderer at fornægte symptomer, forsøg på at arbejde sig gennem smerten, bruge ferier på at komme sig i stedet for at sygemelde sig, forlade sig på hjælp fra kollegaer, finde andet arbejde frem for at spørge om hjælp, samt ofre fritid og familieliv for arbejdet.[4]

Rationale IV

- Kroniske smerter truer selv-billedet som en god medarbejder, hvorfor smerter skjules overfor leder og/eller kollegaer
- Anvendte strategier for at skjule smerter og opretholde et tilsyneladende normalt arbejdsliv kan kompromittere arbejdsfastholdelse på lang sigt

Social støtte fra ledere og kollegaer påvirker risikoen for både MSB og sygefravær.[48] Manglende social opbakning giver mere MSB og sygefravær,[48] mens støtte fra ledere og kollegaer øger chancen for god og vedvarende tilbagevenden til arbejde efter sygefravær.[55, 57-60] Et dårligt forhold mellem medarbejder og leder kan forårsage, at medarbejdere er mindre villige til at fortælle om MSB til deres leder, hvis medarbejderen føler, at en afsløring af deres problemer medfører, at deres jobsikkerhed bliver kompromitteret.[61, 62] Et dårligt medarbejder-lederforhold bliver således en barriere for kommunikationen mellem medarbejder og leder, hvilket igen kan lede til passivitet fra medarbejdernes side, fordi de forventer at deres holdninger og meninger ikke vil blive hørt eller værdsat.[41]

Rationale V

- Manglende social støtte på arbejdspladsen og manglende jobsikkerhed kan få medarbejdere til at skjule deres smerter
- Medarbejderes grad af autonomi og råderum påvirker MSB og arbejdsfastholdelse, men fordrer kognitive og kommunikative evner og høj grad af egenhåndtering hos medarbejderen.

Funktionsledernes rolle

Funktionslederen eller medarbejderens nærmeste leder er en nøgleperson, der kan initiere tiltag der fremmer arbejdsfastholdelse,[63, 64] og er ofte den person, der har bedst mulighed for at støtte medarbejderens tilknytning gennem jobtilpasninger.[65] Adskillige studier har vist, at lederes adfærd har betydning for medarbejderes funktion og velvære.[66-69] Det er også lederne, som har muligheder for at tilpasse medarbejdernes fysiske arbejdsmiljø og løbende tilpasse det samt følge medarbejdernes støtte fra sociale og kollegiale relationer. Manglende støtte kan resultere i langsommere tilbagevenden til arbejde efter ondt i ryggen,[66, 67, 69] og forudsiger langvarigt sygefravær,[70] og uhensigtsmæssig adfærd hos lederne smitter af på medarbejderens arbejdsfunktion, trivsel og stress.[71]

Ledernes støtte skal udspringe af en bred vifte af ledelseskompetencer bestående af viden, adfærd og kommunikationsevner.[71-73] Både medarbejdere og ledere har peget på, at funktionsledere bør tilbyde tilpasset arbejde, fortolke arbejdspladspolitikker, hjælpe medarbejderen med adgang til ressourcer, monitorere medarbejderens helbred og funktion, facilitere kommunikation mellem relevante aktører, og kommunikere positive beskeder i relation til støtte.[72] En støttende ledelsesstil med positive adfærds karakteristika som at være omsorgsfuld, empatisk, beskyttende, problemløsende, kontaktsøgende, interagerende [72, 73] og tillidsfuld [71] bidrager til medarbejdernes generelle trivsel, tilfredshed og præstation på arbejdet.[71]

Rationale VI

- Funktionsledere er nøglepersoner til at sikre arbejdsfastholdelse
- Funktionslederens ledelsesstil, kompetencer, evner og viden påvirker arbejdsfastholdelse

En lang række af videnskabelige artikler har fokuseret på funktionslederes perspektiver ved tilbage-til-arbejde.[72, 74-78] Funktionsledere understreger betydningen af et godt medarbejder-lederforhold, men har også identificeret andre forhold, der kan være med til at forklare, hvorfor støttende adfærd i sig selv ikke altid er tilstrækkelig til at påvirke medarbejderens arbejdsfunktion.[74] Fx har funktionsledere givet eksempler på, hvordan deres sociale relation til medarbejderen og ønsket om at "passe på medarbejdere" bliver stillet i kontrast til krav om produktion, lav ledelsesfrihed eller andre finansielle/regulatoriske interesser.[74] Funktionsledere oplever, at arbejdsfastholdelsesopgaver, der lægger beslag på deres ressourcer, og opvejningen af ressourcer og krav har en samlet effekt på det tilbud, som medarbejderen stilles overfor.[79]

Rationale VII

- Produktionskrav, ledelsesfrihed og egen arbejdsbelastning påvirker hvordan funktionslederen håndterer medarbejdernes situation

Funktionslederens beslutningsproces omkring arbejdsfastholdelse er blevet beskrevet som en "trial-and-error" tilgang, hvor funktionslederen sammenholder funktionsbegrænsninger med kravene i jobbet, medarbejderens ressourcer og muligheder for alternative løsninger.[79] Funktionsledere har som oftest størst kompetence indenfor arbejdsfunktioner relateret til deres specifikke område. Derfor koncentrerer deres indsats om faktorer indenfor deres kontrol og ekspertiseområde, og de har derfor mindre opmærksomhed rettet mod psykosociale og kulturelle faktorer, som er mindre kontrollerbare og hvor den organisatoriske gevinst er sværere at måle.[80]

Overordnet har både danske og internationale studier peget på begrænset opmærksomhed fra funktionsledere på MSB, en undervurdering af problemets omfang,[77, 80, 81] og dermed også en manglende systematisk håndtering.[61, 80]

En anden udfordring er, at mange funktionsledere er tøvende overfor at diskutere personlige faktorer, som attitude og adfærd, fordi de er ukomfortable ved samtalen, føler at det tilhører medarbejderens privatliv eller at samtale om problemet vil gøre problemet større.[81] Graden af åbenhed hvormed der tales om MSB afhænger af den generelle arbejdspladskultur, og der er tidligere vist sammenhænge mellem åbenhed og graden af tillid på arbejdspladsen, arbejdsindsats og kvaliteten i arbejdet,[82] og vist, at en styrket indsats omkring kommunikation har positiv effekt på arbejdsrelaterede helbred.[83]

Rationale VIII

- Manglende kommunikation og manglende systematisk tilgang til MSB påvirker arbejdsfastholdelse
- Det generelle arbejdsmiljø, tillid og åbenhed om MSB påvirker arbejdsfastholdelse

Den praktiserende læges rolle

Kontekst

I Danmark aftales sygefravær som udgangspunkt mellem arbejdsgiver og arbejdstager. Praktiserende læge kan inddrages som tredje part, hvis der er behov for at udfylde en mulighedserklæring, men sygefraværet skal ikke attesteres af den praktiserende læge. Her adskiller Danmark sig væsentligt fra de fleste andre lande, hvor medarbejderen har brug for en lægeerklæring, der attesterer sygdom, for at få udbetalt kompensation for sygefravær. Derfor fungerer den praktiserende læge i disse lande som gatekeeper for retten til sygedagpenge. Danske praktiserende lægers arbejde inden for håndtering af arbejdsfastholdelse og sygefravær er kun sparsomt undersøgt,[23] mens udenlandske praktiserende lægers involvering til gengæld er vel-undersøgt og opsummeret i flere store systematiske litteraturgennemgange.[84-88] Følgende afsnit baserer sig derfor primært på udenlandske kilder.

Den praktiserende læges adfærd, erfaringer og opfattelser af arbejdsfastholdelse

På trods af, at praktiserende læger ikke er arbejdspladsaktører, så er de konsekvent identificeret som aktører, der både kan afhjælpe og forværre situationer omkring arbejdsfastholdelse hos deres patienter.[84] Samtidig er manglende adressering af arbejdsrelaterede emner i den kliniske konsultation identificeret som den væsentligste barriere for arbejdsfastholdelse.[84, 89, 90] Den hyppigst forekommende årsag er manglende tid i konsultationen,[23, 84-86, 90] mens manglende standardprocedurer og økonomiske incitamenter også er blevet angivet som systemiske barrierer.[23, 84] Mere vigtigt ser dog ud til at være, at langt fra alle praktiserende læger anser opgaver i relation til arbejdsfastholdelse som værende inden for deres professionelle område [84] eller deres primære rolle.[86, 91]

Mange praktiserende læger beskriver, at de har udfordringer med at udføre funktionsundersøgelser og arbejdsrelaterede vurderinger.[86, 91] Det gør sig særligt gældende for patienter med MSB, hvor symptomer som smerter, træthed eller udbrændthed dominerer [85, 90] og hvor diagnosen er uklar.[88, 90] Når den praktiserende læge rådgiver patienten om tilpasninger på arbejdet eller foreslår arbejdsfastholdelsesplaner udspringer disse i det store hele fra den praktiserende læges generelle erfaringer fra almen praksis mere end specialviden om arbejdsfastholdelse.[89, 92] Praktiserende læger er altså tilbøjelige til at tilbyde generiske, overordnede råd frem for individuelt tilpassede.[89,109] I flere studier har praktiserende læger udtrykt at de mangler viden om arbejdsfastholdelse, konkrete forhold på arbejdspladsen[93-96] og kompensationsystemet [23, 85, 86, 89, 94] til at give deres patienter mere omfattende og individuel rådgivning. Samtidig er praktiserende lægers manglende viden og uhensigtsmæssige overbevisninger om MSB af betydning for patienternes sygefravær.[84] Praktiserende læger som har en biomedicinsk orientering og/eller som selv undgår aktiviteter, de tror kan provokere smerter, er mere tilbøjelige til at anbefale begrænsninger i relation til arbejde og fysisk aktivitet [87] og til at anbefale unødigt langt sygefravær og sengeleje for lænderygesmerter.[84, 87, 88]

Rationale IX

- Praktiserende lægers viden, kompetencer og erfaringer påvirker arbejdsfastholdelse
- Den praktiserende læges grad af biomedicinsk orientering påvirker arbejdsfastholdelse
- Praktiserende lægers opfattelse af roller og overbevisninger påvirker arbejdsfastholdelse
- Praktiserende lægers rammevilkår og praksis påvirker arbejdsfastholdelse

Konflikter i den praktiserende læges rolle

I tilfælde af længerevarende sygdom (over 3-4 ugers varighed), hvor kommunale jobcentre involveres når arbejdsgiveren søger refusion, ændres den praktiserende læges rolle fra at være af rådgivende karakter til at være "certificerende". Dette giver sig udslag i potentielt konfliktfyldte dilemmaer for praktiserende læger, hvor de på den ene side er patientens advokat og på den anden er gatekeeper til både sekundærsektoren og delvist det kommunale system.[23] Flertallet af praktiserende læger i udenlandske studier ser først og fremmest sig selv som patientens advokat,[94] men oplever konflikter med patienten, når der opstår diskussion om sygefraværets legitimitet, varighed og tilstandens alvorlighed.[84, 94] For at

opretholde et godt forhold til patienten, føler nogle praktiserende læger sig nødsaget til at udstede sygemeldinger, selv om dette ikke er indiceret.[89, 91, 93, 94]

Rationale X

- Praktiserende læger oplever modstridende roller ifm. arbejdsfastholdelse

Praktiserende lægers kommunikation og samarbejde med andre aktører

Manglende kommunikation og samarbejde mellem den praktiserende læge og andre aktører (f.eks. arbejdspladsen eller jobcenteret) er identificeret som betydende barrierer for arbejdsfastholdelse.[84] Et konstruktivt forhold mellem medarbejderen, arbejdspladsen og den praktiserende læge kan forebygge sygefravær eller reducere længden af sygemelding, mens manglende kommunikation og samarbejde i form af mangelfuldt kommunikerede eller koordinerede fastholdelsesplaner,[84, 86, 94] envejskommunikation og modsatrettede krav fra aktørerne ikke fordrer medarbejderens tilknytning til arbejdet [23, 84]. De praktiserende lægers kommunikationsevner, vaner og erfaring med at involvere andre i deres daglige praksis, samt sociale normer for involvering i patienternes forløb påvirker den enkelte patients arbejdsfastholdelsesforløb.[84] En række strukturelle barrierer (f.eks. tid) er identificeret som årsag til manglende kommunikation og samarbejde, men der er også peget på, at uklare fælles mål for patienten, manglende gensidig tillid,[84, 93] uafklarede rolle- og ansvarsfordelinger mellem praktiserende læger og andre aktører,[85, 94] og uklare procedurer [23, 94] er vigtige årsager til manglende samarbejde.

Rationale XI

- Manglende samarbejde og kommunikation mellem praktiserende læger og andre aktører har betydning for arbejdsfastholdelse
- Manglende tid i konsultationen og til det administrative arbejde kan forhindre kommunikation og det gode samarbejde
- Uafklarede rolle- og ansvarsfordelinger mellem den praktiserende læge og andre aktører påvirker arbejdsfastholdelse

Praksisbaserede erfaringer

Tabel 2 giver en oversigt over emner i relation til praksisbaseret erfaring, som blev diskuteret og prioriteret i diskussionsgrupper og interviews. De fem spørgsmål i tabel 2 er forankret i IM tilgangen, mens svarerne reflekterer de samlede resultater af diskussioner og interview.

Tabel 2. Oversigt over praksiserfaringer og resultater fra gruppediskussioner (trin 1).		
	Hvilke vigtige udfordringer eksisterer med den nuværende tilgang til arbejdsfastholdelse?	Hvilke individuelle faktorer er vigtige for arbejdsfastholdelse?
Medarbejdere	<ul style="list-style-type: none"> - (For) sen italesættelse af MSB til leder og opsøgning af hjælp fra sundhedsvæsnet påvirker mulighederne for arbejdsfastholdelse - Manglende tillid og samarbejde med leder vanskeliggør arbejdsfastholdelse - Ventetider på udredning og behandling af MSB forsinker tilbagevenden til arbejde og muligheder for arbejdsfastholdelse 	<ul style="list-style-type: none"> - Viden om lovgivning, regler, procedurer og arbejdspladspolitikker om arbejdsfastholdelse og sygefravær, samt tilgængelige ressourcer påvirker forventninger til forløb, roller og ansvar ifm. arbejdsfastholdelse - Graden af jobsikkerhed og tillid til leder påvirker både lysten og viljen til at italesætte MSB og forventningerne til udbyttet af at italesætte MSB - Kollegialitet, stolthed og ansvarsfølelse overfor arbejdet påvirker kommunikationen om MSB - Viden, holdninger og opfattelser om årsager og håndtering af MSB påvirker arbejdsfastholdelse
Ledere	<ul style="list-style-type: none"> - Manglende eller uhensigtsmæssig kommunikation med medarbejdere, praktiserende læge og andre relevante aktører vanskeliggør arbejdsfastholdelsesprocessen - Arbejdsfastholdelse er betinget af lederens løsningsorienterede og samarbejdende tilgang. - Begrænsede muligheder for at tilbyde ændrede funktioner og tilpassede opgaver er barrierer for arbejdsfastholdelse 	<ul style="list-style-type: none"> - Viden, kompetencer og støtte til arbejdsfastholdelse påvirker italesættelse af MSB og mulighederne for arbejdsfastholdelse - Lederens grad af autonomi i tilrettelæggelse af arbejdsopgaver og fordeling af arbejdsopgaver blandt medarbejdere påvirker arbejdsfastholdelse - Graden af empati for, samt tillid og kendskabet til den enkelte medarbejder påvirker arbejdsfastholdelse - Timing af italesættelse af MSB har betydning for arbejdsfastholdelse - Omfanget af sociale og helbreds mæssige problemer hos medarbejderens kollegaer påvirker leders håndtering af arbejdsfastholdelse

Tabel 2 -fortsat.		
Praktiserende læger	<ul style="list-style-type: none"> - En biomedicinsk tilgang i vurderingen af medarbejderen med fokus på diagnosen frem for fokus på funktion er begrænsende for arbejdsfastholdelse - Manglende eller uhensigtsmæssig kommunikation med medarbejderen og manglende kommunikation med andre relevante aktører vanskeliggør arbejdsfastholdelsesprocessen - Manglende tid og økonomisk kompensation begrænser involveringen i arbejdsfastholdelse 	<ul style="list-style-type: none"> - Viden om forhold på arbejdspladserne, lovgivning, og muligheder for tilpasninger påvirker patientens tilknytning til arbejdspladsen - Kompetencer til dialog og funktionsvurdering af medarbejdere påvirker arbejdsfastholdelse - Holdninger og opfattelser om ansvar og rolle i arbejdsfastholdelse påvirker arbejdsfastholdelse - Opfattelser af patientens samlede situation og forventninger til forløb påvirker samarbejde med andre aktører og dermed patientens arbejdsfastholdelse - Forventninger til samarbejdet med øvrige aktører påvirker patientens forløb.
Generelt	<ul style="list-style-type: none"> - Forskelligartede perspektiver, uklare rollefordelinger, ansvarsområder og manglende koordinering af indsatser påvirker arbejdsfastholdelse. 	
Hvilke vigtige problemstillinger ved MSB påvirker arbejdsfastholdelse?		
<ul style="list-style-type: none"> - MSB opstår som resultat af belastninger på arbejdet, i fritiden eller begge dele. - Det generelle fysiske og mentale helbred påvirker MSB, så når de fysiske og mentale belastninger på arbejdet eller i fritiden ændres eller bliver for store påvirkes arbejdsfastholdelse - Familiesituation og socialt liv påvirker både MSB og arbejdsfastholdelse - Træning, forebyggelse og at "passe på sig selv" på arbejdet og/eller i fritiden påvirker MSB, men sådan egenhåndtering kræver ofte støtte fra omgivelserne 		
Hvilke personer/jobgrupper er i særlig risiko for at være udfordret mht. arbejdsfastholdelse?		
<ul style="list-style-type: none"> - Personer, der ikke kommunikerer omkring deres situation - Personer med tungt fysisk arbejde eller gentaget ensidigt arbejde, der ikke tilrettelægger deres arbejde inden for de rammer, der er muligt - Personer der ikke "passer på sig selv" ift. kost, motion, rygning og søvn - Personer med få personlige, kollegiale eller sociale ressourcer - Personer, der opfattes som ukollegiale, da ikke engagerer sig i fællesskabet eller bidrager til at løfte en fælles byrde 		
Hvilke faktorer i omgivelserne påvirker arbejdsfastholdelse for medarbejdere?		
<ul style="list-style-type: none"> - Arbejdspladskulturer, åbenhed og tillid påvirker kommunikationen om MSB og derved mulighederne for arbejdsfastholdelse - Arbejdspladsens politik om arbejdsfastholdelse samt forventninger til produktionskrav og mulighed for arbejdspladstilretninger i virksomheder - Incitament for arbejdspladsen til arbejdsfastholdelse - (Manglende) kommunikation og koordinering mellem aktører uden om medarbejderen - Sygedagpengelovgivningen og jobcentrenes rammevilkår - Øvrige aktører, herunder fagforeninger, forsikringsselskaber, sekundærsektoren i sundhedsvæsenet samt familier 		

Opsummering af behovsanalysen

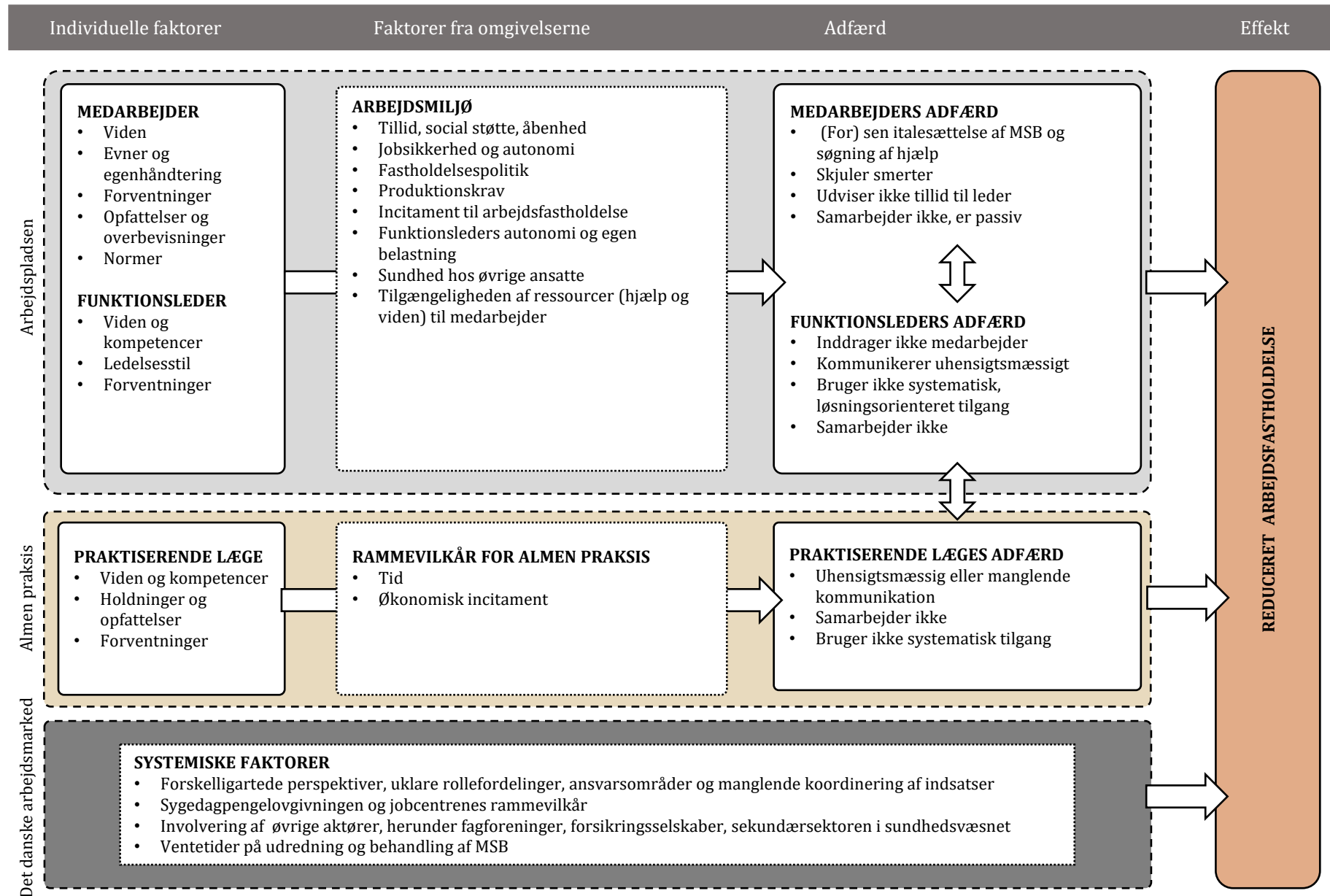
Figur 4 opsummerer resultaterne fra den videnskabelig litteratur, praksisbaserede erfaringer og gruppediskussioner. Figuren illustrerer, hvordan individuelle faktorer hos henholdsvis medarbejdere, funktionsledere eller praktiserende læger (fx negative forventninger til et forløb eller urigtige overbevisninger om MSB), delvist kan forklare uhensigtsmæssig adfærd, der medvirker til at vanskeliggøre arbejdsfastholdelse, og hvordan de tre aktørers adfærd gensidigt påvirker hinanden. Tilsvarende viser figuren, at forhold på henholdsvis arbejdspladsen og i almen praksis også kan påvirke personers adfærd og handlemønstre. Fx vil manglende tillid, social støtte og åbenhed i arbejdsmiljøet negativt påvirke adfærden hos både medarbejder og funktionsleder. Endeligt illustrerer figuren, hvordan systemiske faktorer potentielt kan medvirke til at vanskeliggøre arbejdsfastholdelse.

Arbejdsfastholdelse er betinget af, i hvor høj grad medarbejderen er klædt på til at tage medansvar for processen. Uhensigtsmæssige overbevisninger om MSB og negative forventninger til arbejdsfastholdelse, manglende viden om både MSB og arbejdsfastholdelse, samt fravær af praktiske strategier til egenhåndtering af deres helbredssituation og italesættelse af MSB er barrierer for arbejdsfastholdelse. Tilsvarende kan lederens manglende viden og kompetencer indenfor MSB, arbejdsfastholdelse og kommunikation, samt negative forventninger til dialogen med både medarbejderen og den praktiserende læge være potentielle barrierer for arbejdsfastholdelse. Betingelserne for arbejdsfastholdelse i relation til både medarbejdere og ledere bør ikke ses isoleret, men forstås indenfor rammerne af det generelle arbejdsmiljø, hvor graden af gensidig tillid, social støtte, og åbenhed i arbejdskulturen påvirker arbejdsfastholdelse, ligesom den ledelses- og produktionsmæssige prioritering af fokus på MSB påvirker arbejdsfastholdelse. Dvs. at de identificerede barrierer til dels relaterer sig til mødet mellem medarbejder og funktionsleder (en "Her og Nu"-situation) og til det strategiske, organisatoriske og forebyggende arbejde med arbejdsfastholdelse på arbejdspladsen.

Tilsvarende er de praktiserende lægers indflydelse på arbejdsfastholdelsen betinget af deres viden, kompetencer og forståelse for MSB, arbejdsfastholdelse, og medarbejderen arbejdsfunktioner, samt af deres forventninger til egen rolle og dialog med andre involverede. Også hos de praktiserende læger skal de individuelle faktorer forstås inden for de rammevilkår, der er for almen praksis.

De højest prioriterede barrierer for arbejdsfastholdelse blev identificeret blandt de systemiske faktorer såsom rammevilkår og lovgivning, ansvars- og rollefordelinger, og involvering af øvrige aktører. Det ligger dog uden for rammerne af dette projekt at adressere de systemiske faktorer. Forslag til forbedringer i det generelle arbejdsmiljø er vel belyst i andre sammenhænge, hvorfor det blev prioriteret af projektets repræsentantgruppe og styregruppe i fællesskab at holde forbedringer i det generelle arbejdsmiljø uden for dette projekt, men til gengæld at skabe grobund for en proaktiv indsats forankret i arbejdsmiljøudvalget. Det skal dog understreges, at det generelle arbejdsmiljø blev prioriteret højt, og at det anses for at være en forudsætning for, at redskaberne i VEJEN FREM kan komme i spil.

Figur 4. Sammenhængen mellem individuelle og kontekstuelle faktorer, adfærd, MSB og arbejdsfastholdelse.



Programmål

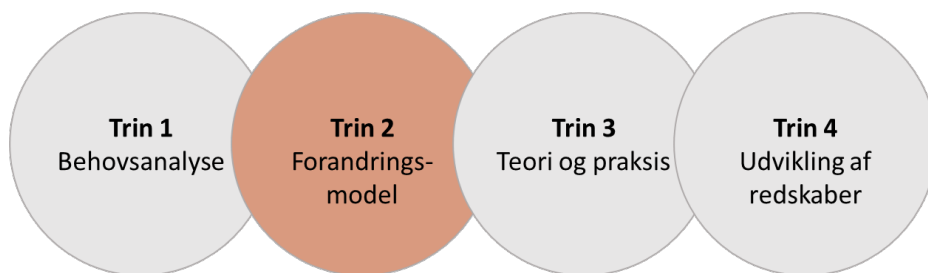
Som sidste del af trin 1 defineres her programmålene med VEJEN FREM: Det overordnede programmål er at skabe grundlag for en tidligere og bedre italesættelse af MSB mellem medarbejder og leder, understøttet af den praktiserende læge, med henblik på at fremme arbejdsfastholdelse gennem medarbejderinddragende og langtidsholdbare løsninger.

Delelementerne i VEJEN FREM skal resultere i følgende nære mål:

- Medarbejderen er klædt på til at italesætte sin helbredssituation gennem justering af u hensigtsmæssige overbevisninger, øget selvstændiggørelse (Eng. *Empowerment*) og reduktion af oplevet stress (Eng. *perceived stress*)
- Funktionslederen er klædt på til at varetage arbejdsfastholdelse i dialog med sin medarbejder gennem justering af u hensigtsmæssige overbevisninger og øget selvstændiggørelse
- Praktiserende læge er klædt på til at varetage MSB og arbejdsfastholdelse for deres patienter gennem justering af u hensigtsmæssige overbevisninger og øget selvstændiggørelse
- Forbedring af arbejdspladsens organisatoriske, strukturelle og strategiske fokus i relation til MSB og arbejdsfastholdelse

Som mere langsigtede mål forventes VEJEN FREM at resultere i:

- Færre begrænsninger i medarbejdernes funktionsniveau
- En reduktion i smerterelateret sygefravær
- Forbedring af trivsel og arbejdsglæde hos både medarbejdere og ledere.



TRIN 2 - Udvikling af logisk forandringsmodel

Trin 2 beskriver hvilken adfærd, der skal ændres og hos hvem, for at opnå bedre italesættelse af MSB og øget grad af arbejdsfastholdelse. Tre adfærdsmål, ét for hver af de tre grupper (medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger) blev defineret:

- 1) **Medarbejderen** kommunikerer om sine smerter i kroppen og samarbejder om at finde løsninger
- 2) **Funktionslederen** kommunikerer med medarbejderen om dennes smerter i kroppen, og samarbejder med medarbejderen og relevante aktører om at finde og gennemføre løsninger, der kan hjælpe medarbejderen
- 3) **Praktiserende læge** vurderer medarbejderens smerter i relation til arbejdssituationen, vejleder medarbejderen og kommunikerer i henhold til gældende retningslinjer for arbejdsfastholdelse med relevante aktører.

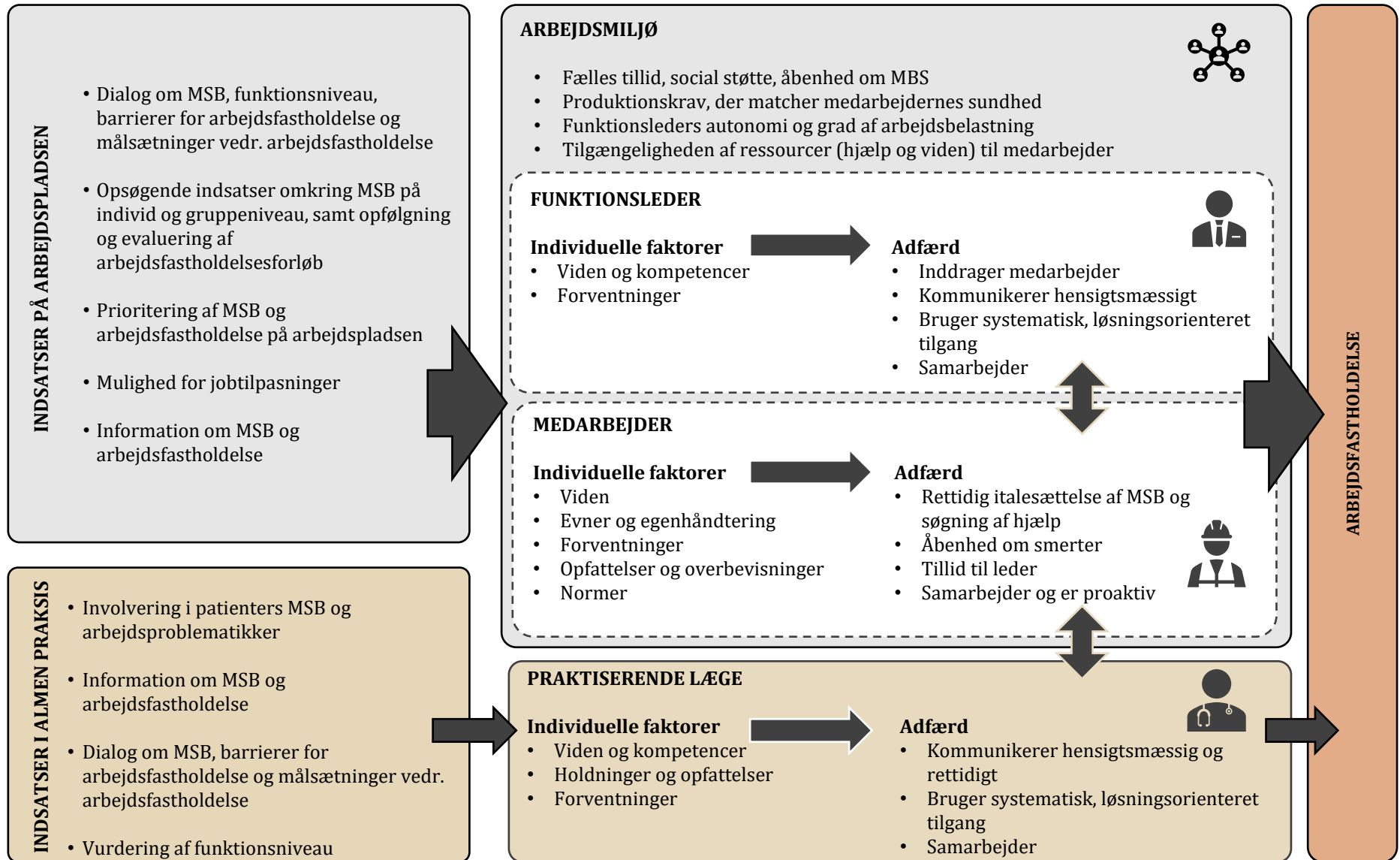
Læringsmålene for medarbejderne handler primært om at hjælpe medarbejderne med at italesætte MSB problemer og styrke deres evner til at tage hånd om situationen. Dette skal ske ved at øge vidensniveauet omkring lovgivning, regler, procedurer og arbejdspladspolitikker om arbejdsfastholdelse, øge medarbejderens evner til kommunikation og egenhåndtering af MSB, ændre u hensigtsmæssige opfattelser og overbevisninger om årsager, diagnostik og håndtering af MSB, løfte forventninger om forløb og udbytte af at italesætte MSB samt ændre opfattelser om sociale normer om kollegialitet, stolthed og ansvarsfølelse.

Læringsmålene for henholdsvis funktionsledere og praktiserende læger fokuserer på et øget vidensniveau om MSB og arbejdsfastholdelse, ændring af opfattelserne af medarbejderens/patientens samlede situation, sygdom og funktion, holdninger og opfattelser om ansvar og rolle i arbejdsfastholdelse samt forventninger til samarbejdet med øvrige aktører.

I figur 5 præsenteres den logiske forandringsmodel for, hvordan indsatserne i VEJEN FREM forventes at påvirke de individuelle faktorer og skabe positiv adfærd, der igen øger mulighederne for arbejdsfastholdelse

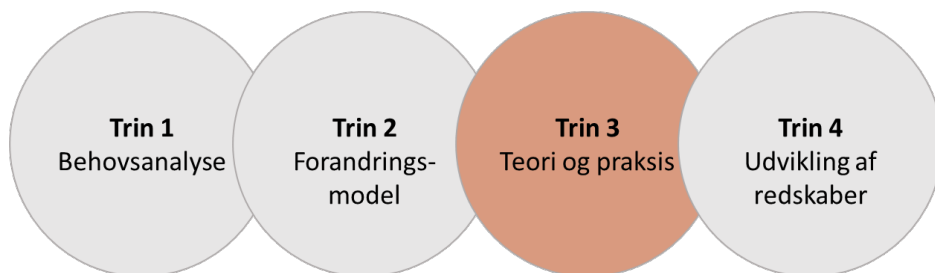
For hvert adfærdsmål er der udarbejdet en række præstationsmål, der udspecificerer og operationaliserer delelementer af adfærdsmålene. Matricer over præstationsmål og de individuelle faktorer, der påvirker arbejdsfastholdelse samt læringsmål er præsenteret i bilag 3. Tabel 3 viser et uddrag af en matrice.

Figur 5. Den logiske forandringsmodel for VEJEN FREM.



Tabel 3. Eksempel på matrix over præstationsmål og individuelle faktorer (trin 2)

ADFÆRDSMÅL: <u>Medarbejderen</u> kommunikerer om sine smerter i kroppen og samarbejder om at finde løsninger				
	Individuelle faktorer			
Præstationsmål <i>Medarbejderen skal kunne...</i>	Viden/forståelse	Egenhåndtering	Evner	Forventning til udbytte
P1. (Gen-) kende symptomer fra kroppen og adfærd/situationer/arbejdsstillinger der... 1) øger risikoen for smerter 2) nedsætter risikoen og øger sundhed	Definere tidlige symptomer på overbelastning/smerter Kende/genkende disse symptomer som tegn til at agere Beskrive situationer, hvor handling er påkrævet Beskrive adfærd, der fremmer sundhed	Udvide tiltro til at de kender sig selv og egne symptomer	Demonstrere evner til at identificere tidlige symptomer på overbelastning/smerter	Sige, at MSB kan forebygges og håndteres tidligt, da det forebygger kroniske problemer og u hensigtsmæssige forløb (sygefravær)
P2. Beslutte sig for at handle, kommunikere og samarbejde (agere/aktion)	Beskrive fordele ved at agere Nævne ulemper ved ikke at agere	Udtrykke tiltro til at de har evner til at beslutte at de tidligt vil agere	Demonstrere evner til at agere rettidigt	Sige at tidlig aktion er et udtryk for at han/hun gerne vil samarbejde og tage medansvar, hvilket giver flere/bedre muligheder for ændringer/medindflydelse
P3. Opsøge og omsætte information om egen situation/ muligheder/ konsekvenser	Beskrive tilgængelige og relevante ressourcer og resourcepersoner Nævne basale rettigheder/pligter/ sygefraværspolitik på arbejdspladsen Nævne formålet med muligheds-erklæringen	Udtrykke tiltro til at de har evner til at opsøge og omsætte info	Demonstrere evner til at opsøge information på internettet og via personlige kontakter til pr. læge, fagforening, leder, kollegaer	Sige at information hjælper dem i mødet med andre aktører, da de dermed har/bidraget med løsninger



TRIN 3 - Teoretiske metoder og praktiske strategier

Hvilke praktiske strategier er der behov for?

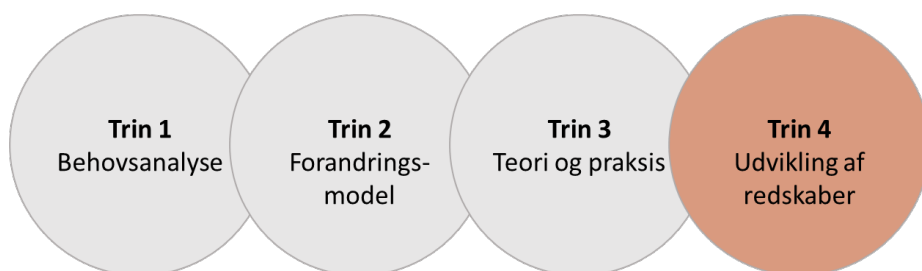
Der er udvalgt praksisnære strategier med implementeringspotentiale inden for rammerne af eksisterende lovgivning og vilkår. Strategierne er udvalgt på et overordnet niveau under forudsætning af, at de skal kunne implementeres på forskellige typer af arbejdspladser, der varierer fx med hensyn til antal medarbejdere, primære jobopgaver og produktioner, og med mulighed for at arbejdspladserne selv kan tilpasse strategierne til eget behov. Der har desuden primært været fokus på strategier, der kan implementeres på arbejdspladser af arbejdspladsaktørerne selv uden eller med begrænset involvering af eksterne konsulenter.

Teoretisk udgangspunkt

Interventionen tager sit hovedudgangspunkt i Banduras teori om social indlæring,[97] men suppleres som anbefalet af en række andre sociale og læringsteorier,[25] herunder *the Trans-Theoretical Model of Change*,[98] *Goal Setting Theory* [99] og *Theories of Information Processing*. [100] Banduras teori om social indlæring forklarer, hvordan adfærd er påvirket af personlige og kognitive faktorer i et sammenspil med de personer, man er sammen med, og det miljø man befinder sig i.[97] Teorien relaterer sig til både selve adfærden og metoder til adfærdsændringer, og specificerer de vigtigste individuelle faktorer som egenhåndtering, forventninger, og kombinationen af viden og evner (Eng: *behavioral capability*). Tabel 4 er et eksempel på, hvordan individuelle faktorer påvirkes og ændringsmål opnås gennem adfærdsteoretiske metoder koblet med praktiske strategier. Den samlede oversigt over metoder og strategier findes i bilag 4.

Tabel 4. Eksempel på ændringsmål, teoretiske forandringsmetoder og praktiske strategier for medarbejderne (trin 3).

Ændringsmål og individuelle faktorer	Adfærdsteoretiske metoder	Praktiske strategier
Viden		
<p>Medarbejderen kan</p> <ul style="list-style-type: none"> - definere tidlige symptomer på overbelastning/ smerter og genkende symptomer som tegn til at agere - beskrive situationer, hvor handling er påkrævet - beskrive adfærd, der fremmer sundhed, fordele ved at handle og ulemper ved ikke at handle 	<p>Consciousness raising</p> <p>Scenario-based risk information</p> <p>Individualization</p>	<p>Faciliterede workshops, der øger opmærksomheden på MSB</p> <p>"Spørgsmål og svar" scenarier, hvor medarbejderen kan stille personlige spørgsmål og få svar</p>
Egenhåndtering		
<p>Medarbejderen udviser tiltro til, at de kan genkende egne symptomer og beslutte sig for at agere</p>	<p>Belief selection</p> <p>Modelling</p>	<p>Ændring af holdninger gennem quizer og fortællinger fra troværdige rollemodeller, der fortæller om egne, positive erfaringer</p>
Evner		
<p>Medarbejderen demonstrerer evner til at identificere tidlige symptomer på overbelastning/smerter og at agere rettidigt</p>	<p>Planning coping responses</p>	<p>Problemløsning hvor medarbejderen trinvist identificerer både årsager til symptomer og løsninger</p>
Forventninger		
<p>Medarbejderen kan</p> <ul style="list-style-type: none"> - sige, at MSB kan forebygges og håndteres tidligt, da det forebygger kroniske problemer og dårlige forløb (sygefravær) - sige, at tidlig aktion er et udtryk for at han/hun gerne vil samarbejde og tager medansvar, hvilket giver flere/bedre muligheder for ændringer/medindflydelse 	<p>Arguments</p> <p>Anticipated regret</p> <p>Repeated exposure</p>	<p>Præsentation af (gerne nye, overraskende) argumenter for, hvorfor det er vigtigt at forebygge og håndtere MSB tidligt.</p> <p>Refleksionsøvelser, hvor medarbejderne skal forestille sig, hvad der vil ske, og hvordan det vil føles, hvis de ikke reagerer på symptomer på MSB.</p>



TRIN 4 - Design og produktion af materiale og redskaber til dialog om MSB

Sidste del af processen med udviklingen af redskaber og materialer i projektet involverede en operationalisering af de praktiske strategier beskrevet i trin 3. I det følgende beskrives hvordan slutbrugerne nås, samt hvilket materiale og redskaber de bør tilbydes for at fremme italesættelse af MSB og arbejdsfastholdelse. Informationsmaterialet præsenteres som råmateriale til tekstindhold til en online portal og redskaberne som prototyper, dvs. uden færdigt layout og grafisk udtryk. Opbygning og tilpasning af materialerne til en egentlig online portal kræver ressourcer og ekspertise indenfor webdesign og layout, der ligger uden for de økonomiske rammer af dette projekt. På sigt ønsker styregruppen at indgå i nye samarbejder omkring realiseringen af en online portal til understøttelse af forebyggelse af MSB og arbejdsfastholdelse.

Hvordan nås slutbrugerne?

En af de vigtigste barrierer for arbejdsfastholdelse er manglende fælles forståelse for MSB og målet med arbejdsfastholdelse. Derfor er materialerne og redskaberne først og fremmest designet, så alle medarbejdere, funktionsledere, praktiserende læger og andre interessenter har adgang til samme information og materiale. Materiale og redskaber indeholder elementer med både et forebyggende sigte, som kan bruges af arbejdspladsaktører i det forebyggende arbejdsmiljøarbejde, og materiale som kan bruges til dialog mellem medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger i det øjeblik en MSB-situation kræver handling (en "her og nu"-situation).

I spørgeskemaundersøgelsen til medlemmerne af Fødevareforbundet NNF og 3F blev arbejdspladsen, fagforening og arbejdsmiljørepræsentanter konsekvent identificeret som de hyppigst anvendte kilder til information om arbejdsmiljø og helbred, mens traditionelle og sociale medier blev brugt i mindst grad.[32] Erfaringer fra IM-teamet og forskere med speciale i formidling af arbejdsmiljøviden har peget på Branchefællesskaberne for Arbejdsmiljø, som de vigtigste kanaler for arbejdsmiljøviden blandt ledere.

Baseret på styregruppens erfaringer i relation til praktiserende læger blev efteruddannelse, onlineversionen af lægehåndbogen samt de praktiserende lægers kvalitetssikringsenheder (klyngesamarbejdet) identificeret, som de vigtigste kanaler til at nå de praktiserende læger.

Konkrete materialer og redskaber til dialog om MSB

Materialerne og redskaber består af fire hovedkomponenter:

1. Informationsmateriale om MSB til online brug (bilag 5)
2. En værktøjskasse med redskaber (bilag 6)
3. Skitse af et efteruddannelsesprogram til praktiserende læger
4. Skitse af et efteruddannelsesprogram til arbejdsmiljørepræsentanter

Online materiale om MSB

Det første indsatsområde er rettet mod at øge viden om MSB og arbejdsfastholdelse gennem oprettelse af en online interaktiv portal med fælles adgang for medarbejdere, funktionsledere, praktiserende læger og andre med interesse for MSB og arbejdsfastholdelse. Portalen skal have en fælles indgang med mulighed for at vælge information rettet mod henholdsvis medarbejder, leder eller læge. Alle tre indgange giver adgang til generelt informationsmateriale om MSB med seks kortere afsnit suppleret med genkendelige cases om ansatte og arbejdspladser (bilag 5). De seks afsnit har følgende overskrifter:

- a. Hvad er MSB – og hvad er ergonomi?
- b. Hvorfor er det værdifuldt at sætte fokus på MSB på arbejdspladsen?
- c. Hvordan kan MSB forebygges på arbejdspladsen?
- d. Hvordan kan konsekvenserne af MSB håndteres og reduceres?
- e. Redskaber til forebyggelse og håndtering af MSB på arbejdspladsen
- f. Evaluering og opfølgning

Hvert afsnit efterfølges af spørgsmål ("Overvejelser I kan gøre jer på arbejdspladsen"), som vil være relevante at stille på arbejdspladser, som ønsker at sætte fokus på MSB, som en del af arbejdsmiljøopgaven. Slutteligt er der i informationsmaterialet henvisninger til konkrete løsninger og redskaberne i værktøjskassen (bilag 6). I bilag 6 er informationsmaterialet fremstillet samlet, men bør som angivet være delt op i korte, interaktive afsnit tilpasset en online portal.

Alle indgange i onlineportalen skal indeholde videomateriale med virkelige cases portrætteret af troværdige modeller. Cases fungerer som "*testimonials*", hvor modellerne reflekterer over de situationer, som de tre grupper kan stå overfor. F.eks. fortæller medarbejdere om deres MSB, hvordan de håndterede det, og hvad der skete for dem, der ikke håndterede det i tide. Desuden præsenteres argumenter for, hvorfor det er vigtigt at tale om MSB. I bilag 5 præsenteres en række cases, som kan danne udgangspunkt for "*testimonials*".

Som et vigtigt element skal der bruges en række interaktive elementer, herunder en "klik-bar" body-mannequin, hvor der kan hentes specifik information om MSB i forskellige kropsregioner, quizzer om MSB, samt brugerrettede refleksionsøvelser, der fremmer refleksion over egen praksis. Der kan ses eksempler på emner til refleksionsøvelserne i bilag 5 ("Overvejelser I kan gøre jer på arbejdspladsen").

Der er ved tidspunktet for afrapporteringen af dette projekt indgået aftale med BFA-I om, at dele af informationsmaterialet bearbejdes journalistisk og indgår som en del af en samlet MSB-vejledning i selskab med BFA-I's eget materiale. Nogle af projektets værktøjer vil også indgå i forenkede udgaver i MSB-vejledningen. Det endelige materiale vil blive gjort tilgængeligt på BFA-I's hjemmeside, når dette arbejde er færdiggjort.

Værktøjskasse med redskaber

Til at understøtte dialogen om MSB har vi udarbejdet en række redskaber (bilag 6), der er tiltænkt hver af de tre målgrupper, samt arbejdsmiljøudvalg og -repræsentanter. De fleste redskaber er udviklet i flere versioner (tabel 5) for at tilgodese perspektiv og sprogbrug hos de tiltænkte brugere. Redskaberne har både det forebyggende sigte i arbejdsmiljøarbejdet og her-og-nu situationen med dialogen og vil være tilgængelig gennem onlineportalen. Redskaberne er inspireret af danske og udenlandske forsknings- og praksisbaserede erfaringer og tiltag, herunder problemløsning (Eng. *problem solving*),[101, 102] arbejdspladspolitikker vedrørende stress,[103] og guides om tilbage-til arbejde-procedurer.[104-106]

Redskaberne har været i høring og er blevet evalueret af syv arbejdsmiljø- og tillidsrepræsentanter og funktionsledere samt repræsentantgruppen, og blev vurderet til at være rimeligt til meget anvendelige. De medfølgende kommentarer var generelt positive og omhandlede situationer, hvor redskaberne ville være anvendelige. Dertil blev der kommenteret, at behovet for redskaberne ville variere fra sag til sag. Der var stor overensstemmelse mellem vurderingerne, kommentarerne og intensionen med redskaberne, og derfor ikke anledning til at revidere redskaberne.

Tabel 5. Praktiske redskaber til forskellige målgrupper (step 4).				
	Medarbejder	Funktionsleder	Arbejdsmiljø-organisationen	Praktiserende læge
Redskaber til dialog				
Dialog og problemløsning	Redskab 1	Redskab 4		Redskab 12
Om at sætte sig et mål	Redskab 2	Redskab 5		Redskab 13
MSB-aftale	Redskab 3	Redskab 6		
Screening for barrierer for arbejdsfastholdelse				Redskab 10
Aktionspunkter				Redskab 11
Redskaber til arbejdsmiljøarbejdet				
Evaluering af MSB-forløb		Redskab 7	Redskab 7	
Stikord til ressourcebank over alternative arbejdsopgaver		Redskab 8	Redskab 8	
Skabelon og checkliste til MSB-politik		Redskab 9	Redskab 9	

Efteruddannelse af praktiserende læger

Det tredje indsatsområde er et efteruddannelsesprogram til de praktiserende læger. Introduktion til emnet og værktøjerne sker bedst gennem formidling i kursusformat koblet op på de praktiserende lægers eksisterende efteruddannelsesprogram og deres kvalitetssikringsenheder (klyngesamarbejdet). Et 2-dages efteruddannelseskursus bestående af en kombination af fremmøde og online undervisning vil være egnet til at opgradere praktiserende lægers viden, kompetencer og påvirke holdninger. Efteruddannelsen er tiltænkt alle praktiserende læger, både dem der er under hoveduddannelse til specialet almen medicin og speciallæger i almen medicin.

Programmet består af flere delelementer:

- a. Gennemgang og diskussion af patienthistorier og MSB-materiale med henblik på a) at fremme viden og forståelse for MSB og arbejdsfastholdelsesprincipper, b) øge indsigt og forståelse for effekten af egne handlinger, og c) øge bevidsthed og forståelse for forskellige interessenters perspektiver på samme patienthistorie.
- b. Parvise og gruppebaserede diskussioner for at fremme videndeling
- c. Praktiske øvelser af stigende sværhedsgrad med feedback, inkl. arbejdsfokuseret screening for barrierer og problemløsning i samtale med patienten, og udfyldelse af mulighedserklæringen og funktionsevnebeskrivelser.

Kurset skal bidrage med teori og evidens om MSB, arbejdsfastholdelse og betydningen af samarbejde og kommunikation med andre aktører. Undervejs skal der skiftevis være korte introduktioner til teori og øvelser, der giver mulighed for at praktiserende læger kan øve vigtige elementer og reflektere over programmets indhold.

Kurset skal afvikles over to dage med ca. en måneds mellemrum. Før kurset vil deltagerne blive bedt om at reflektere over egen praksis og bidrage med anonymiserede cases fra egne patienter, herunder cases med henholdsvis positive og negative forløb og beskrivelse af deres egne og patientens rolle i forløbet. Casene vil blive brugt til at identificere problemer med potentielle løsninger inspireret af Tripp's 4-trins tilgang til analyses af kritiske episoder.[107] Kursisterne vil blive bedt om at øve sig i deres nye færdigheder mellem kursusdag 1 og 2 og reflektere over egen praktisk i kort skriftlig opgave.

Efteruddannelse af arbejdsmiljørepræsentanter

Det sidste indsatsområde er inddragelse af arbejdsmiljørepræsentanter som vidensformidlere af MSB og de redskaber, der foreslås. Arbejdsmiljørepræsentanterne uddannes via et kort online kursus (samlet forventet varighed: 2 x 2 timer) til at facilitere en række processer på arbejdspladsen, hvor det diskuteres hvordan arbejdspladsen skal håndtere MSB. Diskussionerne skal munde ud i et sæt fælles spilleregler for, hvordan arbejdspladsen skal håndtere MSB. Uddannelsen af medarbejderrepræsentanterne skal tage udgangspunkt i online-materialet om MSB, således at repræsentanterne har den samme viden, som er beskrevet på hjemmesiden og kan bruge alle de tilgængelige redskaber. Derudover får arbejdsmiljørepræsentanterne

indblik i hvilke læringsteknikker, de kan bruge til at facilitere diskussioner (fx gruppevis, to og to osv.) på personalemøder, samt vejledninger og eksempler på en MSB-politik. Kurset opbygges efter samme principper for læring som kurset for de praktiserende læger.

DISKUSSION

Resume

Vi har brugt de første fire trin af Intervention Mapping som en systematisk ramme til at kortlægge problemstillinger omkring italesættelse af muskelskeletbesvær (MSB) og arbejdsfastholdelse blandt medarbejdere med fysisk krævende arbejde. Herved har vi designet redskaber til medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger, der skal fremme dialog og arbejdsfastholdelse. Gennem behovsanalysen har vi kortlagt, hvordan arbejdsfastholdelse er betinget af, hvilket udgangspunkt de involverede parter har i relation til viden om MSB, evner, forventninger og normer for at indgå i dialog om MSB, og i hvor høj grad de involverede parter er klædt på til at tage medansvar for processen. Vi har også kortlagt, at italesættelse af MSB på arbejdspladserne er betinget af arbejdsmiljørelaterede faktorer i form af arbejdspladskulturer, gensidig tillid, samt strategiske, organisatoriske økonomiske rammer. På tilsvarende vis er de praktiserende lægers muligheder for at handle betinget af rammevilkår i almen praksis. Med afsæt i behovsanalysen har vi udviklet informationsmateriale rettet mod både medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger, og vi har lavet redskaber til alle tre målgrupper, der skal fremme italesættelse af MSB og identificere løsninger for den enkelte medarbejder. I tillæg har vi udarbejdet forslag til arbejdspladspolitikker om MSB, et ressourcekatalog og opfølgende redskaber til brug i arbejdsmiljøudvalg. Indsatserne er gennem samarbejde med repræsentantgruppen og involveringer af slutbrugere solidt forankret i en dansk praksisnær kontekst. Samtidigt er der taget højde for adfærdsteoretiske tilgange, så der kan sikres en reel forandring i praksis. Slutproduktet er et omfattende informationsmateriale om MSB til online brug samt en skitse til opbygning af en interaktiv online portal, 13 "klar-til-brug" redskaber, samt oplæg til to efteruddannelseskurser rettet mod arbejdsmiljørepræsentanter og praktiserende læger.

Variationer i arbejdsmiljø praksis og behovet for ændringer

Behovsanalysen, som præsenteres i figur 2, illustrerer kompleksiteten i processerne omkring arbejdsfastholdelse, og sætter fokus på de barrierer, der kan forekomme på både et individuelt, organisatorisk og systemisk niveau. Forekomsten af de beskrevne barrierer og uhensigtsmæssige adfærd varierer fra person til person, adskiller sig både mellem arbejdspladser og i almen praksis, og ikke alle barrierer vil nødvendigvis være i spil eller optræde samtidigt. Dermed vil behovet og relevansen for de redskaber, vi har udviklet, også variere fra sag til sag. Fælles er dog, at både på arbejdspladsen og hos de praktiserende læger bliver håndteringen af medarbejdere med MSB opfattet som svær. Vi har identificeret, hvordan smerter kan opfattes som diffuse og komplicerede, eller udelukkende relateret til medarbejderens psykologiske og sociale forhold. Sådanne opfattelser kan lede til, at der ikke handles på medarbejderens situation, da løsninger opfattes som liggende udenfor henholdsvis arbejdspladsens eller den praktiserende læges aktørens rækkevidde. Men hvis medarbejdere skal kunne fortsætte med arbejde, er handling påkrævet. Denne modstridende situation understreger derfor betydningen af at opbygge en struktur både på arbejdspladserne og hos praktiserende læger, hvor brugen af klare og enkle redskaber og systematiske procedurer til at understøtte dialogen om MSB, kan have potentiale til at skabe konkrete og målbare resultater.

Det generelle arbejdsmiljø og kultur, graden af åbenhed og gensidig tillid mellem medarbejder, leder og kollegaer blev konsekvent udpeget som forhold, der har betydning for om MSB italesættes, og hvordan arbejdsfastholdelse muliggøres. Dette er understøttet af forskning, der påpeger, at succes med

arbejdsfastholdelse afhænger af medarbejdernes grad af involvering i at finde løsninger, der passer til deres situation.[17, 108, 109] Derfor vil arbejdspladser, der ønsker at forbedre disse områder og etablere ny eller anderledes praksis formodentlig være dem, der finder redskaberne mest relevante. På grund af den store variation mellem arbejdspladser, hvor det fysisk krævende arbejde dominerer, foreslår vi, at den enkelte arbejdsplads kortlægges, hvor mange medarbejdere, der har MSB og i hvor høj grad det påvirker deres arbejdsfunktion og kvaliteten af arbejdet. Næste skridt bør være en tydelig og klar beskrivelse af arbejdspladsens praksis i forhold til arbejdsfastholdelse som basis for at ændre praksis og indføre nye rutiner.

Den observerede variation i praksis og i behov for tiltag er helt i overensstemmelse med udenlandske erfaringer. Fx har flere projekter forsøgt at øge funktionslederens HR-kompetencer i relation til arbejdsfastholdelse og sygefravær, men den forventede øgning er kun set hos nogle ledere.[110] Det er blandt andet vist, at uerfarne funktionsledere og funktionsledere, der kun har håndteret få arbejdsfastholdelsessager har et større behov for støtte,[111, 112] og dermed også potentielt vil være målgruppen for redskaber som vores, mens erfarne funktionsledere måske allerede har tilegnet sig gode HR-kompetencer og en effektiv praksis.[110] Tilsvarende kan det tænkes, at behovet for indsatser ligeledes er betinget af forskelle i erfaring og viden blandt praktiserende læger.

Processen og resultaterne i VEJEN FREM projektet kan ses helt parallelt med arbejdsmiljøindsatsen på stressområdet de seneste år. Den generelle forståelse for stress som et komplekst symptom, og håndtering af stress på arbejdspladserne har ændret sig over en årrække på grund af en dedikeret arbejdsmiljøindsats. Med sloganet om, at stress rammer individuelt, men skal takles i fællesskab, er man gået fra en individfokuseret forståelse til en systemisk tilgang. Der er opstået en forståelse for, at der ikke findes et "quick fix" mod stress, og at løsninger skal tage udgangspunkt i både medarbejder, leder, tilrettelægning af arbejdet og arbejdsmiljøet. Ikke mindst er der kommet forståelse for, at arbejdspladsen har en vigtig rolle at spille, og at arbejdspladsrelaterede løsninger med fokus på strukturelle og systemiske løsninger nytter.

Der er i arbejdsmiljøarbejdet omkring MSB stor fokus på ergonomi (indretning af arbejdspladsen, hjælpemidler og tilrettelæggelse af arbejdets flow for at øge variation og reducere belastningerne i arbejdet), men ergonomi er blot et af mange tiltag, der skal til for at fremme arbejdsfastholdelse ved MSB. Styregruppen vil derfor gerne pege på behovet for en modningsproces, svarende til stress-området, omkring forståelsen af MSB og de løsninger, der nytter. Vi opfordrer derfor til en forsknings- og arbejdsmiljømæssig tilgang, der dedikeret fremmer processen med at modne forståelsen og håndtering af arbejdsfastholdelse ved MSB på alle niveauer fra individ til arbejdsplads og det omgivende samfund.

Den forventede effekt af indsatserne

Arbejdspladser, der vælger at gøre brug af redskaberne, der er udviklet i VEJEN FREM, kan forvente at funktionsledere og medarbejdere bliver klædt bedre på (Eng. *Empowerment*) til at indgå i dialog om arbejdsfastholdelse. Empowerment er et stort samlet begreb, der dækker over koncepterne magt, kontrol, evner, kompetencer, egenhåndtering, autonomi, viden, udvikling, selvbestemmelse og positionering af grupper.[113] Empowerment sigter mod at mobilisere personer og grupper til at forbedre deres situation og gøre dem i stand til at tage kontrol i deres eget liv. Empowerment er også en proces, hvor individer tager kontrol over og har indflydelse på de beslutninger, som har betydning for deres liv gennem identifikation af deres problem, og formulering af mål og strategier til at løse deres problem.[113]

MSB er for mange en vedvarende eller tilbagevendende tilstand,[36] og derfor er det helt essentielt at have for øje, at indsatser rettet mod MSB ikke altid, eller kun i begrænset omfang, kan nedbringe antallet af personer med smerter eller reducere deres smerteniveau. Til gengæld har løsninger med elementer af empowerment potentialet til at øge funktionsniveauet hos medarbejdere med MSB og reducere deres smerte-relaterede sygefravær.[114]

Vi forventer, at arbejdspladser, der vælger at gøre brug af vores redskaber, på lang sigt vil opleve både færre begrænsninger i medarbejdernes funktionsniveau, en reduktion i medarbejdernes smerte-relaterede sygefravær samt øget trivsel. Det er dog en forudsætning, at arbejdspladserne igangsætter og gennemfører relevante, medarbejderinvolverende løsninger på baggrund af dialogen. Vi forventer til gengæld ikke nødvendigvis, at arbejdsfastholdelse fører til en reduktion i det samlede sygefravær, fordi fastholdelse af flere medarbejdere med helbredsproblemer, vil øge risikoen for periodevist sygefravær.[115] Arbejdsfastholdelse involverer på nogle arbejdspladser en forskydning af (tunge) arbejdsopgaver til andre medarbejdere, der dermed udsættes for en større arbejdsbelastning. Processen med planlægning af arbejdsfastholdelse bør derfor tage højde for dette, så man ikke risikerer en overbelastning af øvrige medarbejdere og dermed øger risikoen for sygefravær blandt dem.[115] På længere sigt forventer vi, at en implementering af indsatserne omkring arbejdsmiljøet og redskaberne vil skabe en bedre trivsel og mere arbejdsglæde. Dette opfattes af mange som "bløde" værdier, der ikke relaterer sig til arbejdspladsens kernevirkomhed. Der er imidlertid en klar og overbevisende positiv sammenhæng mellem trivsel og produktivitet, og arbejdspladser kan opnå helt op til 20% forbedring på bundlinjen, hvis de investerer i deres medarbejders trivsel.[116, 117, 118]

VEJEN FREM er blevet støttet med udviklingsmidler, og det har derfor ikke været indenfor rammerne af projektet at teste effekten af de udviklede indsatser eller belyse, hvordan redskaberne vil kunne implementeres i daglig praksis. Vi håber derfor at indgå i fremtidige partnerskaber med arbejdspladser, arbejdsmiljøorganisation og andre aktører, der kunne have interesse i at afprøve de udviklede redskaber.

Perspektiver

VEJEN FREM har identificeret et behov for at bløde op på de traditionelt opdelte arbejdsfastholdelsesindsatser udført på og udenfor arbejdspladsen, og et opgør med silo-tænkning i forhold til roller og ansvarsfordelinger. Udgangspunktet er enslydende understøttet af de praksisbaserede erfaringer fra både repræsentantgruppens medlemmer, og deltagere i interviews og diskussionsgrupper. Blandt de højest prioriterede forhold, der har betydning for arbejdsfastholdelse var uklare rollefordelinger og ansvarsområder, manglende kommunikation og koordinering af indsatser og i det hele taget forskelligartede perspektiver omkring arbejdsfastholdelse. Vi har i VEJEN FREM forsøgt at fremme kommunikation og koordinering af indsatserne gennem en fælles tilgang og konkrete redskaber til italesættelse af MSB. Vi har haft fokus på præcisering af de forskellige perspektiver, roller og ansvarsfordeling for derigennem at kunne designe redskabernes specifikke indhold og ordlyd. Samtidigt identificerede alle deltagere i projektet en række systemiske forhold af højeste betydning for arbejdsfastholdelse: incitamenter for arbejdspladsen til arbejdsfastholdelse, sygedagpengelovgivningen, jobcentrenes rammevilkår, og de praktiserende lægers rammevilkår og økonomiske incitamenter for at engagere sig i arbejdsfastholdelse. Derfor skal redskaberne til italesættelse af MBS med henblik på at fremme arbejdsfastholdelse kombineres med identifikation og

nedbrydning af systemiske barrierer, hvis større grad af arbejdsfastholdelse af medarbejdere med MSB og fysisk krævende arbejde skal lykkes.

EFTERSKRIFT

Skriftlig formidling til interessenter

- Information om projektet: Projektet har sin egen hjemmeside www.vejen-frem.dk. Her kan interesserede læse om projektet og se løbende nyheder herom.
- Projektet er præsenteret på Syddansk Universitetsforskningsportal <https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/projects/vejen-frem-udvikling-af-en-f%C3%A6lles-indsats-for-forebyggelse-arbejd>
- Projektet er løbende blevet formidlet skriftligt til styre- og repræsentantgrupperne

Medier

- *Nedbryd silberne, og snak om smerterne* – interview i Magasinet Arbejds miljø 7/2020. Forfatter: Jens Kristian Dreyer

Rapporter

- Stochkendahl, M. J. & Nielsen O. Helbred og arbejdsmiljø: Resultater af en spørgeskemaundersøgelse - Fødevareforbundet NNF. 1. juli. 2020. <https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/publications/helbred-og-arbejds milj%C3%B8-resultater-af-en-sp%C3%B8rgeskemaunders%C3%B8gelse->
- Stochkendahl, M. J. & Odbjerg, M. D. Helbred og arbejdsmiljø: Resultater af en spørgeskemaundersøgelse - Fagforbundet 3F. 21. aug. 2020. <https://portal.findresearcher.sdu.dk/da/publications/helbred-og-arbejds milj%C3%B8-resultater-af-en-sp%C3%B8rgeskemaunders%C3%B8gelse--2>

Antologi

- Stochkendahl, MJ. Kapitel - Virksomheden og omverdenen. Kapitel i antologi om Muskelskeletbesvær fra Dansk Industri og Fagbevægelsens Hovedorganisation. (*I trykken*)

Oplæg og mundtlige præsentationer

- VEJEN FREM - udvikling af en fælles indsats for forebyggelse, arbejdsfastholdelse og rehabilitering af medarbejdere med muskelskeletbesvær og fysisk krævende arbejde. Poster ved Arbejds miljø forsknings-fondens årlige konference. København, 17. jan. 2018
- Når kroppen gør ondt – Er arbejdsfastholdelse i fysisk krævende job muligt? Foredrag til fyraftensmøde, Det Nationale Forskningscenter for Arbejds miljø, Danmark. 10. sep. 2018

- Når kroppen gør ondt – Er arbejdsfastholdelse i fysisk krævende job muligt? Foredrag, Arbejdsmedicinsk klinik, Aarhus Universitetshospital og DEFACTUM, Aarhus. 23. nov. 2018
- Kan smerter i muskler og led skyldes arbejde – og kan de forebygges? Borgermøde i Gigtforeningen. Esbjerg, 27. nov. 2018
- Muskel og skeletmerter på arbejdspladsen: udfordringer og løsninger. Foredrag til Årlig konference i Det Nationale Netværk for Sundhed i Muskler og Led under temaet Hvordan får vi alle til at spille på samme hold? Syddansk Universitet, 4. juni 2019
- VEJEN FREM - udvikling af en fælles indsats for forebyggelse, arbejdsfastholdelse og rehabilitering af medarbejdere med muskelskeletbesvær og fysisk krævende arbejde. Foredrag ved Arbejds miljøforskningsfondens årlige konference. København, 15. jan. 2020
- Fastholdelse af medarbejdere med MSB. Workshop ved Dansk Industris Arbejds miljøkonference 2020, Middelfart. 3. mar. 2020.

Planlagt formidling aflyst pga. Covid19 lockdown og restriktioner

- Afsluttende konference med formidling af projektet og diskussion om arbejdsfastholdelse og MSB for interessenter. August 2020
- Arbejdsfastholdelse og MSB – VEJEN FREM er meget mere end ergonomi. Workshop ved AM:2020, Nyborg. November 2020

Videnskabelige artikler

- Sundstrup E, Jensen JDS, Wilstrup NMG, Sørensen OH, Stochkendahl MJ. Samspil mellem arbejdsmiljøviden, muskelskeletbesvær, og fysisk belastende arbejde - Er der brug for en særlig indsats og hvilke kommunikationskanaler kan benyttes? Tidsskrift for Arbejdsliv. T. Der skal to til tango – Samspil mellem arbejdsliv og praksis. 2021;23(1):46-65
- Herring A, Bond CB, Andersen LA, Stochkendahl MJ. Staying at work despite musculoskeletal pain and physically demanding work - a qualitative study from employees' and managers' perspectives. *Under udarbejdelse*
- Møller A, Hartvigsen J, Stochkendahl MJ. Assisting general practitioners in managing their patients' stay-at-work situations. Results of an intervention mapping process. *Under udarbejdelse*
Stochkendahl MJ, Andersen LN, Møller A, Bond CB, Søgaard K, Holtermann A, Hartvigsen J. How to facilitate dialogue and collaboration about work participation for workers with musculoskeletal pain and physical work? An intervention mapping process. *Under udarbejdelse*

REFERENCER

1. Costa-Black KM, Loisel P, Anema JR, Pransky G. Back pain and work. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(2):227-40.
2. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10):CD006955.
3. Petersen KS, Hansen B, Hedeager Momsen A-M. Arbejdsfastholdelse og inklusion. 1. Udgave. Forfatterne og Munksgaard, København; 2016.
4. Holland P, Clayton S. Navigating employment retention with a chronic health condition: a meta-ethnography of the employment experiences of people with musculoskeletal disorders in the UK. *Disabil Rehabil*. 2020;42(8):1071-1086.
5. Andersen LL, Borg V, Christensen BS, Clausen T, Dyreborg J, Flyvholm A-M, et al. Arbejds miljø og helbred i Danmark 2012. Resumé og resultater. Det Nationale Forskningscenter for Arbejds miljø; 2013. <https://viden.sl.dk/artikler/socialpaedagoger/arbejds miljoe/arbejds miljoe-og-helbred-i-danmark-resum%C3%A9-og-resultater/>. [Tilgået d. 22. marts 2021]
6. [www.statistikbanken.dk/arbejde, indkomst og formue/ Fravær og arbejdsstandsninger/ Fravær/ Fravær efter sektor, køn, fraværsårsag, arbejdsfunktion og fraværsindikator \(2013-2019\)](http://www.statistikbanken.dk/arbejde,indkomstogformue/Fraværogarbejdsstandsninger/Fravær/Fraværeftersektor,køn,fraværsårsag,arbejdsfunktionogfraværsindikator(2013-2019)https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1824) <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1824>. [Tilgået d. 22. marts 2021]
7. Wong J, Kallish N, Crown D, Capraro P, Trierweiler R, Wafford QE, et al. Job Accommodations, Return to Work and Job Retention of People with Physical Disabilities: A Systematic Review. *J Occup Rehabil*. 2021 Jan 22. Epub ahead of print.
8. Padkapayeva K, Posen A, Yazdani A, Buettgen A, Mahood Q, Tompa E. Workplace accommodations for persons with physical disabilities: evidence synthesis of the peer-reviewed literature. *Disabil Rehabil*. 2017;39(21):2134-2147.
9. Yeager P, Kaye HS, Reed M, Doe TM. Assistive technology and employment: experiences of Californians with disabilities. *Work*. 2006;27(4):333-44.
10. Yelin E, Sonneborn D, Trupin L. The prevalence and impact of accommodations on the employment of persons 51-61 years of age with musculoskeletal conditions. *Arthritis Care Res*. 2000;13(3):168-76.
11. Inge KJ, Strobel W, Wehman P, Todd J, Targett P. Vocational outcomes for persons with severe physical disabilities: Design and implementation of workplace supports. *NeuroRehabilitation*. 2000;15(3):175-87.
12. Stoddard S. Personal assistance services as a workplace accommodation. *Work*. 2006;27(4):363-9.

13. Lindsay S, Cagliostro E, Carafa G. A systematic review of workplace disclosure and accommodation requests among youth and young adults with disabilities. *Disabil Rehabil.* 2018;40(25):2971-86.
14. Bruyère SM, Erickson WA, VanLooy S. Comparative Study of Workplace Policy and Practices Contributing to Disability Nondiscrimination. *Rehabil Psychol.* 2004;49(1):28-38.
15. Brohan E, Henderson C, Slade M, Thornicroft G. Development and preliminary evaluation of a decision aid for disclosure of mental illness to employers. *Patient Educ Couns.* 2014;94(2):238-42.
16. Kolanko KM. A collective case study of nursing students with learning disabilities. *Nurs Educ Perspect.* 2003;24(5):251-6.
17. Pransky GS, Fassier JB, Besen E, Blanck P, Ekberg K, Feuerstein M, et al. Sustaining Work Participation Across the Life Course. *J Occup Rehabil.* 2016;26(4):465-79.
18. Roos E, Bliddal H, Christensen R, Hartvigsen J, Mølgaard C, Søgaard K, et al. Forebyggelse af skader og sygdomme i muskler og led. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015: 1-120.
http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensrad_for_forebyggelse_forebyggelse_af_skader_og_sygdomme_i_muskler_og_led_2015.pdf. [Tilgået d. 22. marts 2021]
19. Høgelund J. Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte - En litteraturoversigt. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2012. <https://star.dk/media/1320/effekter-af-beskaeftigelsesrettede-indsatser-for-sygemeldte.pdf>. [Tilgået d. 22. marts 2021]
20. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbunn T, Ebrahim S, de Boer WEL, Busse JW, et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. 2017;3(3):CD011618.
21. Labriola M, Thielen K, Eplöv LF, Nielsen CV. Arbejdsrettet rehabilitering. *Ugeskrift for læger.* 2014;176(10).
22. Holt H, Nilsson K. Arbejdsfastholdelse af skadelidte medarbejdere. Virksomheders rolle og erfaringer. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2013.
<https://viden.sl.dk/media/6120/arbejdsfastholdelse-af-skadelidte-medarbejdere.pdf>. [Tilgået d. 22. marts 2021]
23. Johansen K, Andersen JS, Mikkelsen S, Lynge E. Decision making and co-operation between stakeholders within the process of sick leave. A case study in a Danish municipality. *J Interprof Care.* 2011;25(1):59-65.
24. Smith CH, Hansen A. Nogle er mere syge end andre - Et konkret grundlag for viden, læring og handling i Region Syddanmark. CABI; 2012.
25. Bartholomew LKP, G.S.; Kok, G.; Gottlieb, N.H.; Fernández, M.E. Planning Health Promotion Programs. An Intervention Mapping Approach. 3rd ed. 989 Market Street, San Fransisco, CA 94103-1741, USA: Jossey-Bass; 2011.

26. Ammendolia C, Cassidy D, Steensta I, Soklaridis S, Boyle E, Eng S, et al. Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain: an intervention mapping approach. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:65.
27. van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, Venema A, de Vet HC, van Mechelen W. Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:127.
28. Dalager T, Højmark A, Jensen PT, Søgaard K, Andersen LN. Using an intervention mapping approach to develop prevention and rehabilitation strategies for musculoskeletal pain among surgeons. *BMC Public Health*. 2019;19(1):320.
29. Larsen AK, Holtermann A, Mortensen OS, Punnett L, Rod MH, Jorgensen MB. Organizing workplace health literacy to reduce musculoskeletal pain and consequences. *BMC Nurs*. 2015;14:46.
30. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012;40(8):795-805.
31. Madsen A, Frank N. Den visuelle lærer. Grafisk facilitering i undervisning og teamsamarbejde. www.toolsforschools.dk; 2014. [Tilgået d. 22. marts 2021]
32. Sundstrup E, Jensen JDS, Wilstrup NMG, Sørensen OH, Stochkendahl MJ. Samspil mellem arbejdsmiljøviden, muskelskeletbesvær, og fysisk belastende arbejde - Er der brug for en særlig indsats og hvilke kommunikationskanaler kan benyttes? *Tidsskrift for Arbejdsliv*. Temanummer, april 2021. Accepteret til publikation.
33. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-67.
34. Silverwood V, Blagojevic-Bucknall M, Jinks C, Jordan JL, Protheroe J, Jordan KP. Current evidence on risk factors for knee osteoarthritis in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2015;23(4):507-15.
35. Cohen SP, Hooten WM. Advances in the diagnosis and management of neck pain. *BMJ*. 2017;358:j3221.
36. Kongsted A, Kent P, Hestbaek L, Vach W. Patients with low back pain had distinct clinical course patterns that were typically neither complete recovery nor constant pain. A latent class analysis of longitudinal data. *Spine J*. 2015;15(5):885-94.
37. Haukka E, Kaila-Kangas L, Ojarjarvi A, Miranda H, Karppinen J, Viikari-Juntura E, et al. Pain in multiple sites and sickness absence trajectories: a prospective study among Finns. *Pain*. 2013;154(2):306-12.
38. Hallman DM, Holtermann A, Bjorklund M, Gupta N, Norregaard Rasmussen CD. Sick leave due to musculoskeletal pain: determinants of distinct trajectories over 1 year. *Int Arch Occup Environ Health*. 2019;92(8):1099-108.

39. Kamaleri Y, Natvig B, Ihlebaek CM, Bruusgaard D. Localized or widespread musculoskeletal pain: does it matter? *Pain*. 2008;138(1):41-6.
40. Toye F, Seers K, Hannink E, Barker K. A mega-ethnography of eleven qualitative evidence syntheses exploring the experience of living with chronic non-malignant pain. *BMC Med Res Methodol*. 2017;17(1):116.
41. Grant M, J OB-E, Froud R, Underwood M, Seers K. The work of return to work. Challenges of returning to work when you have chronic pain: a meta-ethnography. *BMJ Open*. 2019;9(6):e025743.
42. de Vries HJ, Reneman MF, Groothoff JW, Geertzen JH, Brouwer S. Self-reported Work Ability and Work Performance in Workers with Chronic Nonspecific Musculoskeletal Pain. *J Occup Rehabil*. 2013;23(1):1-10.
43. Lang J, Ochsmann E, Kraus T, Lang JW. Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: a systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies. *Soc Sci Med*. 2012;75(7):1163-74.
44. Kraatz S, Lang J, Kraus T, Munster E, Ochsmann E. The incremental effect of psychosocial workplace factors on the development of neck and shoulder disorders: a systematic review of longitudinal studies. *Int Arch Occup Environ Health*. 2013;86(4):375-95.
45. Cancelliere C, Donovan J, Stochkendahl MJ, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, et al. Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropr Man Therap*. 24(1):32.
46. Soklaridis S, Ammendolia C, Cassidy D. Looking upstream to understand low back pain and return to work: psychosocial factors as the product of system issues. *Soc Sci Med*. 2010;71(9):1557-66.
47. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*. 2000;25(9):1148-56.
48. Schaafsma FG, Anema JR, van der Beek AJ. Back pain: Prevention and management in the workplace. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015;29(3):483-94.
49. Wertli MM, Burgstaller JM, Weiser S, Steurer J, Kofmehl R, Held U. Influence of catastrophizing on treatment outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine*. 2014;39(3):263-73.
50. Laisne F, Lecomte C, Corbiere M. Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil*. 2012;34(5):355-82.
51. Hallegraeff JM, Krijnen WP, van der Schans CP, de Greef MH. Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: a systematic review. *J Physiother*. 2012;58(3):165-72.
52. Rashid M, Kristofferzon ML, Nilsson A, Heiden M. Factors associated with return to work among people on work absence due to long-term neck or back pain: a narrative systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(6):e014939.

53. Farrell SF, Smith AD, Hancock MJ, Webb AL, Sterling M. Cervical spine findings on MRI in people with neck pain compared with pain-free controls: A systematic review and meta-analysis. *J Magn Reson Imaging*. 2019;49(6):1638-54.
54. Bedson J, Croft PR. The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search and summary of the literature. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008;9:116.
55. Ree E, Johnsen TL, Harris A, Malterud K. Workplace inclusion of employees with back pain and mental health problems: A focus group study about employees' experiences. *Scand J Public Health*. 2019;47(3):326-33.
56. Agaliotis M, Mackey MG, Heard R, Jan S, Fransen M. Personal and Workplace Environmental Factors Associated With Reduced Worker Productivity Among Older Workers With Chronic Knee Pain: A Cross-Sectional Survey. *J Occup Environm Med*. 2017;59(4):e24-e34.
57. Etuknwa A, Daniels K, Eib C. Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *J Occup Rehabil*. 2019;15:15.
58. Wynne-Jones G, Main CJ. Overcoming pain as a barrier to work. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2011;5(2):131-6.
59. Wynne-Jones G, Buck R, Porteous C, Cooper L, Button LA, Main CJ, et al. What happens to work if you're unwell? Beliefs and attitudes of managers and employees with musculoskeletal pain in a public sector setting. *J Occup Rehabil*. 2011;21(1):31-42.
60. Dellve L, Skagert K, Vilhelmsson R. Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance. *Eur J Public Health*. 2007;17(5):471-6.
61. Larsen AK, Falkenstrom S, Jorgensen MB, Rod MH. The role of managers in addressing employees with musculoskeletal pain: a mixed methods study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2018;91(3):361-72.
62. Tveito TH, Shaw WS, Huang YH, Nicholas M, Wagner G. Managing pain in the workplace: a focus group study of challenges, strategies and what matters most to workers with low back pain. *Disabil Rehabil*. 2010;32(24):2035-45.
63. Young AE, Choi Y. Work-Related Factors Considered by Sickness-Absent Employees When Estimating Timeframes for Returning to Work. *PLoS one*. 2016;11(10):e0163674.
64. Corbiere M, Mazaniello-Chezol M, Bastien MF, Wathieu E, Bouchard R, Panaccio A, et al. Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil*. 2019.
65. Shaw WS, Robertson MM, McLellan RK, Verma S, Pransky G. A controlled case study of supervisor training to optimize response to injury in the food processing industry. *Work*. 2006;26(2):107-14.
66. Ahlstrom L, Hagberg M, Dellve L. Workplace rehabilitation and supportive conditions at work: a prospective study. *J Occup Rehabil*. 2013;23(2):248-60.

67. Cornelius LR, van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil.* 2011;21(2):259-74.
68. Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occup Environm Med.* 2005;62(12):851-60.
69. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JHAM, de Boer AGEM, Blonk RWB, van Dijk FJH. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occup Environm Med.* 2004;61(10):817-23.
70. Bergstrom G, Hagberg J, Busch H, Jensen I, Bjorklund C. Prediction of sickness absenteeism, disability pension and sickness presenteeism among employees with back pain. *J Occup Rehabil.* 2014;24(2):278-86.
71. Munir F, Yarker J, Hicks B, Donaldson-Feilder E. Returning employees back to work: developing a measure for Supervisors to Support Return to Work (SSRW). *J Occup Rehabil.* 2012;22(2):196-208.
72. Johnston V, Way K, Long MH, Wyatt M, Gibson L, Shaw WS. Supervisor Competencies for Supporting Return to Work: A Mixed-Methods Study. *J Occup Rehabil.* 2014.
73. Aas RW, Ellingsen KL, Lindoe P, Moller A. Leadership Qualities in the Return to Work Process: A Content Analysis. *J Occup Rehabil.* 2008;18(4):335-46.
74. Stochkendahl MJ, Myburgh C, Young AE, Hartvigsen J. Manager Experiences with the Return to Work Process in a Large, Publically Funded, Hospital Setting: Walking a Fine Line. *J Occup Rehabil.* 2015;25(4):752-62.
75. Cohen D, Allen J, Rhydderch M, Aylward M. The return to work discussion: a qualitative study of the line manager conversation about return to work and the development of an educational programme. *J Rehabil Med.* 2012;44(8):677-83.
76. Lemieux P, Durand MJ, Hong QN. Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. *J Occup Rehabil.* 2011;21(3):293-303.
77. Wynne-Jones G, Buck R, Porteous C, Cooper L, Button LA, Main CJ, et al. What Happens to Work if you're Unwell? Beliefs and Attitudes of Managers and Employees With Musculoskeletal Pain in a Public Sector Setting. *J Occup Rehabil.* 2011;21(1):31-42.
78. Wrapson W, Mewse AJ. Supervisors' responses to sickness certification for an episode of low back pain: employees' personal experiences. *Disabil Rehabil.* 2011;33(19-20):1728-36.
79. Williams-Whitt K, Kristman V, Shaw WS, Soklaridis S, Reguly P. A Model of Supervisor Decision-Making in the Accommodation of Workers with Low Back Pain. *J Occup Rehabil.* 2016;26(3):366-81.
80. Williams-Whitt K, Bultmann U, Amick B, 3rd, Munir F, Tveito TH, Anema JR, et al. Workplace Interventions to Prevent Disability from Both the Scientific and Practice Perspectives: A Comparison

of Scientific Literature, Grey Literature and Stakeholder Observations. *J Occup Rehabil.* 2016;26(4):417-33.

81. Rasmussen CD, Larsen AK, Holtermann A, Sogaard K, Jorgensen MB. Adoption of workplaces and reach of employees for a multi-faceted intervention targeting low back pain among nurses' aides. *BMC Medical Res Method.* 2014;14:60.
82. Okello DR, Gilson L. Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: a systematic review. *Hum Resour Health.* 2015;13:16.
83. van Scheppingen AR, de Vroome EM, Ten Have KC, Bos EH, Zwetsloot GI, van Mechelen W. Inducing a health-promoting change process within an organization: the effectiveness of a large-scale intervention on social capital, openness, and autonomous motivation toward health. *Occup Environm Med.* 2014;56(11):1128-36.
84. Bartys S, Frederiksen P, Bendix T, Burton K. System influences on work disability due to low back pain: An international evidence synthesis. *Health Policy.* 2017;121(8):903-12.
85. Letrilliart L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *Eur J Gen Pract.* 2012;18(4):219-28.
86. Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care.* 2010;28(2):67-75.
87. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain.* 2012;16(1):3-17.
88. Werner EL, Cote P, Fullen BM, Hayden JA. Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: a systematic review. *Clin J Pain.* 2012;28(4):364-71.
89. Wynne-Jones G, van der Windt D, Ong BN, Bishop A, Cowen J, Artus M, et al. Perceptions of health professionals towards the management of back pain in the context of work: a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2014;15:210.
90. de Kock CA, Lucassen PL, Spinnewijn L, Knottnerus JA, Buijs PC, Steenbeek R, et al. How do Dutch GPs address work-related problems? A focus group study. *Eur J Gen Pract.* 2016;22(3):169-75.
91. Coole C, Nouri F, Potgieter I, Drummond A. Completion of fit notes by GPs: a mixed methods study. *Perspect Public Health.* 2015.
92. Aarseth G, Natvig B, Engebretsen E, Lie AK. 'Working is out of the question': a qualitative text analysis of medical certificates of disability. *BMC Fam Pract.* 2017;18(1):55.
93. Carlsson L, Lannerstrom L, Wallman T, Holmstrom IK. General practitioners' perceptions of working with the certification of sickness absences following changes in the Swedish social security system: a qualitative focus-group study. *BMC Fam Pract.* 2015;16:21.

94. Foley M, Thorley K, Denny M. 'The sick note': a qualitative study of sickness certification in general practice in Ireland. *Eur J Gen Pract.* 2012;18(2):92-9.
95. Nilsen S, Malterud K, Werner EL, Maeland S, Magnussen LH. GPs' negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints. *Scand J Prim Health Care.* 2015;33(1):40-6.
96. Stureson M, Bylund SH, Edlund C, Falkdal AH, Bernspang B. Quality in sickness certificates in a Swedish social security system perspective. *Scand J Public Health.* 2015;43(8):841-7.
97. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc; 1986.
98. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. *The transtheoretical model and stages of change. Health behavior: Theory, research, and practice, 5th ed.* Hoboken, NJ, US: Jossey-Bass/Wiley; 2015. p. 125-48.
99. Locke EA, Latham GP. *Goal setting theory: The current state. New developments in goal setting and task performance.* New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2013.
100. Kools M, van de Wiel MW, Ruiter RA, Crüts A, Kok G. The effect of graphic organizers on subjective and objective comprehension of a health education text. *Health Educ Behav.* 2006;33(6):760-72.
101. Shaw WS, Main CJ, Johnston V. Addressing occupational factors in the management of low back pain: implications for physical therapist practice. *Phys Ther.* 2011;91(5):777-89.
102. Keus van de Poll M, Nybergh L, Lornudd C, Hagberg J, Bodin L, Kwak L, et al. Preventing sickness absence among employees with common mental disorders or stress-related symptoms at work: a cluster randomised controlled trial of a problem-solving-based intervention conducted by the Occupational Health Services. *Occup Environ Med.* 2020;77(7):454-61.
103. Branche Fællesskabet for Arbejds miljø for Velfærd og Offentlig administration. Aktiverende APV. Vi forebygger stress sammen. <https://www.arbejdsmiljoweb.dk/trivsel/stress/stress-i-social-og-sundhedssektoren/stresspolitik>. [Tilgået d. 22. marts 2021]
104. Workers' Safety and Compensation Commission of the Northwest Territories and Nunavut. Employer's Guide to Return to Work. <https://www.wscn.ca/documents/employers-guide-return-work>. [Tilgået d. 22. marts 2021]
105. Institute for work and health, Ontario, Canada. Seven "Principles" for Successful Return to Work. <https://www.iwh.on.ca/tools-and-guides/seven-principles-for-successful-return-to-work>. [Tilgået d. 22. marts 2021]
106. British Columbian tourism and hospitality human resource and health & safety association (go2HR), Canada. COR Health and Safety Program Toolkit. <https://www.go2hr.ca/certificate-of-recognition-cor-program/cor-health-and-safety-program-toolkit>. [Tilgået d. 22. marts 2021]
107. Tripp D. *Critical incidents in teaching: developing professional judgement. Classic ed.* New York; Abingdon, Oxon; eBook: Routledge; 2012.

108. Kraaijeveld RA, Schaafsma FG, Ketelaar SM, Boot CR, Bultmann U, Anema JR. Implementation of the participatory approach for supervisors to prevent sick leave: a process evaluation. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89(5):847-56.
109. Larsen AK, Thygesen LC, Mortensen OS, Punnett L, Jorgensen MB. The effect of strengthening health literacy in nursing homes on employee pain and consequences of pain a stepped-wedge intervention trial. *Scand J Work Environ Health*. 2019;45(4):386-95.
110. Kuehnl A, Seubert C, Rehfuess E, von Elm E, Nowak D, Glaser J. Human resource management training of supervisors for improving health and well-being of employees. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;9(9):CD010905.
111. Milligan-Saville JS, Tan L, Gayed A, Barnes C, Madan I, Dobson M, et al. Workplace mental health training for managers and its effect on sick leave in employees: a cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(11):850-8.
112. Ketelaar SM, Schaafsma FG, Geldof MF, Kraaijeveld RA, Boot CRL, Shaw WS, et al. Implementation of the Participatory Approach for Supervisors to Increase Self-Efficacy in Addressing Risk of Sick Leave of Employees: Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Occup Rehabil*. 2017;27(2):247-57.
113. Arneson H, Ekberg K. Measuring empowerment in working life: a review. *Work*. 2006;26(1):37-46.
114. Rasmussen CDN, Sørensen OH, van der Beek AJ, Holtermann A. The effect of training for a participatory ergonomic intervention on physical exertion and musculoskeletal pain among childcare workers (the TOY project) - a wait-list cluster-randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*. 2020;46(4):429-36.
115. Nielsen RA, Midtsundstad TI. Do workplace health-promotion interventions targeting employees with poor health reduce sick-leave probability and disability rates? *Scand J Public Health*. 2021;49(2):219-27.
116. Johnson S, Robertson I, Cooper CL. *For Organizations. Well-Being: Productivity and Happiness at Work*. Cham: Springer International Publishing; 2018.
117. Aura O, Esklinen J, Ahonen G, Kuosmanen T. *Management and productivity: People management as a success factor*. Helsinki: Aalto University; 2019.
<https://research.aalto.fi/en/publications/management-and-productivity-people-management-as-a-success-factor>. [Tilgået d. 22. marts 2021]
118. Camisa V, Gilardi F, Di Brino E, Santoro A, Vinci MR, Sannino S, et al. Return on Investment (ROI) and Development of a Workplace Disability Management Program in a Hospital-A Pilot Evaluation Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):8084.

BILAG

Bilag 1. Projektorganisation

Bilag 2. Case om medarbejder med MSB og fysisk krævende arbejde samt udfordring med arbejdsfastholdelse samt spørgeguide

Bilag 3. TRIN 2 - Matricer med præstationsmål og individuelle faktorer

Matrix A. Medarbejdere

Matrix B. Funktionsledere

Matrix C. Praktiserende læger

Bilag 4. TRIN 3 - Ændringsmål, teoretiske forandringsmetoder og praktiske strategier for medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger

Bilag 5. Online informationsmateriale om MSB: Forebyggelse og håndtering på arbejdspladsen

Bilag 6. Redskaber til medarbejdere, funktionsledere, praktiserende læger og arbejdsmiljøorganisationer

BILAG I - Projektorganisation

Styregruppe

- Jan Hartvigsen (formand), professor, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet og seniorforsker, Kiropraktorernes Videnscenter
- Mette Jensen Stochkendahl (projektleder), lektor, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet og seniorforsker, Kiropraktorernes Videnscenter
- Karen Søgaard, professor, Institut for Idræt og Klinisk Biomekanik, Syddansk Universitet
- Andreas Holtermann, professor, det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
- Anne Møller, speciallæge, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet
- Marie Birk Jørgensen, seniorforsker, det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (udtrådt af gruppen i 2018 grundet tiltrædelse i nyt job).

Projektgruppe

- Mette Jensen Stochkendahl
- Anne Møller
- Lotte Nygaard Andersen, lektor, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet
- Charlotte Brøgger Bond, videnskabelig assistent, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet
- Stephanie Mann, videnskabelig assistent, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet
- Line Thomassen, videnskabelig assistent, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Internationale rådgivere

- Prof. Ute Bültman, Faculty of Medical Science, University Medical Centre Groningen, Holland
- Prof. Irene Jensen, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet, Sverige

Repræsentantgruppe

- Annette Hoffmann, Dansk Industri
- Bjarne Dahl Hansen, Danish Crown
- Camilla Bogetoft Andresen, ISS Facility Services
- Camilla Yndigejn Arrevad, Jobcenter Vejle
- Erik Jørs, Arbejds- og socialmedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital
- Gitte Ferslev, Danish Crown
- Hanne Winther, FOA
- Jimmy Thorup Hansen, 3F
- Jytte Hansen, ServiceTeam Nyborg
- Peter Fårbæk, 3F
- Signe Tønnesen Bergmann, Ledernes Hovedorganisation
- Torben Dybdahl, Praktiserende læge, Odense

BILAG 2

Case om medarbejder med MSB og fysisk krævende arbejde samt udfordring med arbejdsfastholdelse samt spørgeguide

Case
<p>Linda er 41 år, fraskilt og bor alene med sine to børn på 8 og 10 år.</p> <p>Hun arbejder som rengøringsassistent på en skole. Hun har været fraværende fra sit arbejde flere gange på grund af ondt i ryggen. Hun har tit ondt i sin ene skulder og arm, når hun er på arbejde, og når hun kommer hjem.</p> <p>Hun føler, at situationen ikke er holdbar – men er i tvivl om hvad hun skal gøre....</p>
<p>Spørgeguide:</p> <p>Hvad synes du/ I hun skal gøre?</p> <p>Hvem skal hun tale med?</p> <p>Hvad tror du/I, der vil ske?</p> <p>Hvad kan få situationen til at blive værre? (Hos Linda selv, på arbejdet, andre steder...)</p> <p>Hvad kan forhindre hende i at gøre noget eller tale med nogen?</p>

BILAG 3

TRIN 2 - Matricer med præstationsmål og individuelle faktorer

Indhold

- Matrix A. Medarbejdere
- Matrix B. Funktionsledere
- Matrix C. Praktiserende læger

MATRIX A.				
ADFÆRDSMÅL: <u>Medarbejderen</u> kommunikerer om sine smerter i kroppen og samarbejder om at finde løsninger				
	Individuelle faktorer			
Præstationsmål	Viden/forståelse	Egenhåndtering	Evner	Forventning til udbytte
<i>Medarbejderen skal kunne...</i>				
P1. (Gen-) kende symptomer fra kroppen og adfærd/situationer/arbejdsstillinger der 1) øger risikoen for smerter 2) nedsætter risikoen og øger sundhed	Definere tidlige symptomer på overbelastning/smerter Kende/genkende disse symptomer som tegn til at agere Beskrive situationer, hvor handling er påkrævet Beskrive adfærd, der fremmer sundhed	Udvide tiltro til at kende sig selv og sine symptomer	Demonstrere evner til at identificere tidlige symptomer på overbelastning/smerter	Sige, at MSB kan forebygges og håndteres tidligt, da det forebygger kroniske problemer og u hensigtsmæssige forløb (sygefravær)
P2. Beslutte sig for at handle, kommunikere og samarbejde (agere/aktion)	Beskrive fordele ved at agere Nævne ulemper ved ikke at agere	Udtrykke tiltro til, at de har evner til at beslutte at de tidligt vil agere	Demonstrere evner til at agere rettidigt	Sige at tidlig aktion er et udtryk for at han/hun gerne vil samarbejde og tage medansvar, hvilket giver flere/bedre muligheder for ændringer/medindflydelse
P3. Opsøge og omsætte information om egen situation/	Beskrive tilgængelige og relevante ressourcer	Udtrykke tiltro til at de har evner til at	Demonstrere evner til at opsøge information på	Sige at information hjælper dem i mødet med andre

muligheder/ konsekvenser	og ressourcepersoner Nævne basale rettigheder/pligter/ sygefraværspolitik på arbejdspladsen Nævne formålet med muligheds- erklæringen	opsøge og omsætte info	internettet og via personlige kontakter til pr. læge, fagforening, leder, kollegaer	aktører, da de dermed har/bidrager med løsninger
P4. Kommunikere med leder/prak. læge/andre om deres problemstilling for at få hjælp	Nævne personer/ steder, der kan kontaktes Beskrive formålet med og betydningen af at kommunikere om begrænsninger og muligheder Beskrive måder at kommunikere relevant (verbalt/non- verbalt) Beskrive kommunikations- kanaler og tidspunkter, samt barrierer for kommunikation	Udtrykke tiltro til deres evner til at kontakte relevante personer Udtrykke tiltro til deres evner til at kommunikere deres problemstilling Udtrykke tiltro til at åbenhed og ærlighed er redskaber, der fremmer løsninger	Demonstrere evner til at kontakte relevante personer Demonstrere evner til åbent og ærligt at kommunikere både deres begrænsninger og muligheder for modparten	Sige at kommunikation af deres problemstilling er først skridt på vejen frem og et vigtigt redskab for at kunne skabe ændringer Sige at åben kommunikation skaber tillid mellem dem og deres leder
P5. Samarbejde med leder/Pr. Læge/ andre om at lave en plan	Beskrive skridt til succesfuldt samarbejde samt barrierer for samarbejde Liste det ønskede/mulige udbytte af samarbejdet og planen	Udvise tiltro til at de er en samarbejdspartner i processen Udvise tiltro til at de selv kan bidrage til at realisere og justere planen	Demonstrere evner til aktivt at lytte til modparten Demonstrere evner til at komme til enighed om en plan Genkende situationer, hvor de selv modvirker samarbejde	Sige at samarbejde fremmer holdbare løsninger, der balancerer ønsker med det mulige Sige at de er samarbejdspartnere i at finde løsninger
P6. Omsætte plan til handling	Vedkende at planen reducerer deres problemer og fremmer arbejdsfastholdelse	Udvise tiltro til at de kan gennemføre planen	Demonstrere evner til at sætte sig ind i planen Demonstrere evner til at genkende	Forvente at en plan er med til at øge chancen for konkret handling og øger deres chancer for et godt forløb

	<p>Identificere delelementer af planen</p> <p>Beskrive konsekvenserne af ikke at overholde planen</p>		<p>automatik i egen adfærd og identificere muligheder for ændret adfærd</p>	
P7. Bidrage til kultur omkring åbenhed på arbejdspladsen	Forklare fordele og ulemper ved åbenhed om MSB på arbejdspladsen	Udvide tiltro til at evner til at tale åbent om MSB	<p>Demonstrere evner til at tale åbent til kollegaer omkring MSB, udfordringer og løsninger</p> <p>Demonstrere evner til at lytte til kollegaers MSB-problemer og erfaringer</p>	Forvente at fællesskab og åbenhed er med til at sætte fokus på problemer og fremme løsninger

MATRIX B.

ADFÆRDSMÅL: Lederen kommunikerer med medarbejderen om dennes smerter i kroppen, og samarbejder med medarbejderen og relevante aktører om at finde og gennemføre løsninger, der kan hjælpe medarbejderen

Præstationsmål <i>Lederen skal kunne...</i>	Individuelle faktorer			
	Viden/forståelse	Egenhåndtering og evner	Opfattet følsomhed/sårbarhed – hos medarbejder	Forventning til udbytte
P1. Tage ansvar for en arbejdspladskultur med åbenhed ift. sikkerhed, sundhed og trivsel og fokus på den enkelte medarbejder	<p>Beskrive betydningen af åbenhed ift. at skabe gensidig tillid</p> <p>Definere hvad åbenhed er i relation til arbejdspladsen og kollegaerne</p> <p>Definere hvad sikkerhed, sundhed og trivsel er i relation til arbejdspladsen.</p> <p>Beskrive tidspunkter, steder og handlinger, der</p>	<p>Udtrykke sikkerhed i at bruge forskellige strategier til at skabe en åbenhedskultur</p> <p>Demonstrere evner til at anvende strategier på relevante tidspunkter</p>	<p>Anerkende at medarbejderen er i en underlegen position ift. lederen</p> <p>Anerkende at medarbejderen er en betydningsfuld ressource</p>	Forvente at en åbenhedskultur fremmer dialogen med medarbejderen, hvorved langvarige problemstillinger kan forebygges

	<p>kan skabe en åbenhedskultur</p> <p>(Gen-)kende situationer, hvor åbenhed kan skabes eller lukkethed kan forebygges</p>			
P2. Opsøge og tale forebyggende med medarbejdere for at identificere medarbejdere med MSB	<p>Beskrive hvordan opsøgende adfærd har en forebyggende effekt på medarbejdernes sundhed</p> <p>Beskrive hvordan tillid skabes gennem regelmæssig og empatisk kontakt med medarbejder</p> <p>Beskrive betydning af principper for aktiv lytning</p>	<p>Udtrykke sikkerhed i at bruge forskellige strategier til at opsøge og tale med medarbejdere, selv om disse ikke ønsker at vise svaghed</p> <p>Demonstrere forskellige teknikker til opsøgende adfærd</p> <p>Demonstrere evner til at lytte roligt og uden at dømme</p>	<p>Anerkende, at medarbejdere har MSB-problemer i et større omfang, end leder tror</p>	<p>Forvente at tidlig opsporing af medarbejdere med MSB, kan være med til at identificere medarbejdere, der ikke selv henvender sig</p>
P3. Beslutte sig for at handle, kommunikere og samarbejde, når medarbejdere har MSB	<p>Beskrive fordele ved at agere</p> <p>Nævne ulemper ved ikke at agere</p>	<p>Udtrykke tiltro til at de har evner til at agere rettidigt.</p>	<p>Anerkende, at deres handling har betydning for medarbejderes situation</p>	
P4. Tilvejebringe nødvendig viden til dem selv om medarbejderen og muligheder i specifik situation (f.eks. tidlige indsatser)	<p>Beskrive tilgængelige ressourcer og ressourcepersoner</p> <p>Beskrive arbejdspladsens sygefraværspolitik og procedurer</p> <p>Beskrive formålet med muligheds-erklæringen</p>	<p>Demonstrere evner til at opsøge information på internettet og via personligt netværk og kontakter til PL, fagforening, leder, kollegaer og andre</p>	-	<p>Forvente at information hjælper dem i mødet med medarbejderen og andre aktører, da de derigennem bidrager med bedre, mere nuancerede og individuelle løsninger til gavn for virksomhed, medarbejdere og kolleger</p>
P5. Tilvejebringe nødvendig viden til medarbejderen om muligheder i specifik situation (f.eks. tidlige indsatser)	<p>Beskrive tilgængelige ressourcer og ressourcepersoner af relevans for medarbejderen</p>	Som ovenfor	<p>Anerkende at medarbejderen har et behov for at blive støttet i processen</p>	<p>Forvente at en informeret medarbejder indgår mere aktivt og løsningsorienteret i</p>

	(Gen-)kende situationer og tidspunkter, hvor medarbejder har brug for viden			et samarbejde om at skabe løsninger
P6. Indgå i dialog med medarbejderen og italesætte det observerede	<p>Beskrive karakteristika ved empatisk og rettidig samtale</p> <p>Nævne forventninger til medarbejderen (ex. hvad forventer lederen at medarbejderen gør)</p> <p>Nævne fordelene ved at italesætte det observerede</p>	<p>Udvide tiltro til at de kan tale relevant og rettidigt med medarbejderen.</p> <p>Demonstrere evner til empatisk samtale</p> <p>Demonstrere evner til at lytte</p>	Anerkende at medarbejderen evt. har et andet perspektiv på situationen	Forvente at empatiske dialog er med til at skabe åbenhed, tillid og dermed samarbejde
<p>P7. Komme med løsningsforslag sammen med medarbejder/prak. læge/ andre</p> <p>Inkl.</p> <p><i>- udfylde pkt. 6 i muligheds-erklæringen (Arbejdsgivers og medarbejders forslag til ændringer i arbejdsfunktioner)</i></p> <p><i>- Foreslå genoptræningsplan</i></p>	<p>Nævne fordelene ved at komme med løsningsforslag samt beskrive mulige løsninger</p> <p>Nævne pkt. 6 i muligheds-erklæringen, punktets formål, samt fordelene ved at udfylde det</p> <p>Beskrive elementer i en genoptræningsplan samt fordelene ved planen</p>	<p>Udvide tiltro til at de kender medarbejderne og dermed kan komme med gode, individuelle løsningsforslag</p> <p>Demonstrere evner til at komme med konstruktive, løsningsorienterede forslag og elementer af genoptræningsplan</p>	Anerkende at medarbejderen skal inddrages i processen med at udarbejde løsningsforslag	Forvente at fælles løsningsforslag og genoptræningsplan giver en bedre proces for medarbejderen og dem selv
P8. Samarbejde med medarbejder/prak. læge/ andre og kontakte relevante aktører	<p>Beskrive hvilke elementer, der indgår i et samarbejde, samt fordelene ved at samarbejde og kommunikere.</p> <p>Beskrive under hvilke lovmæssige rammer om fortrolighed og</p>	<p>Udtrykke tiltro til at de er ligeværdige parter med de andre aktører</p> <p>Demonstrere evner til at samarbejde (medvirke, have gennemslagskraft, selvstændighed, tage ansvar, kommunikere,</p>	Anerkende at andre aktører kan have anderledes opfattelse af situationen eller andre information eller præferencer	Forvente at fordelene (viden, netværk, løsning, medarbejder-tilfredshed) ved at samarbejde og kommunikere overstiger generne

	<p>privatliv samarbejdet kan foregå.</p> <p>(Gen-) kende situationer, hvor kontakt og samarbejde er påkrævet</p>	koordinere og udvise gensidig tillid og respekt)		
P9. Omsætte planer og løsningsforslag til handling, herunder at inddrage kollegaer	Beskrive konkrete, arbejdspladsrelaterede strategier og ressourcer, der kan omsætte af planer til praksis	-	-	Forvente, at fordelene ved at udføre planen opvejer ulemper
P10. Følge op på medarbejder-samtaler	<p>Beskrive fordelene ved at følge op på medarbejder-samtaler og ulemper ved ikke at gøre det</p> <p>Beskrive en plan og strategi for opfølgende samtaler, herunder tidspunkt, form og indhold</p> <p>Nævne muligheder for justeringer i plan som følge af opfølgende samtaler</p>	<p>Udtrykke tiltro til at de kan afholde medarbejder-samtaler</p> <p>Demonstrere evner til at udføre samtaler</p>	<p>Anerkende medarbejderes behov for opfølgning på situationen</p> <p>Anerkende, at ikke alle forløb følger et snorlige forløb</p>	Forvente, at medarbejderen føler sig værdsat og forstået, samt at justeringer i planen som følge af samtalerne kan være nødvendige

MATRIX C.

ADFÆRDSMÅL: Praktiserende læge (PL) vurderer medarbejderens smerter i relation til arbejdssituationen, vejleder medarbejderen og kommunikerer i henhold til gældende retningslinjer for arbejdsfastholdelse med relevante aktører.

Præstationsmål <i>PL skal kunne...</i>	Individuelle faktorer			
	Viden/forståelse	Egenhåndtering og evner	Opfattet følsomhed/sårbarhed – hos medarbejder	Forventet effekt
P1. Handle proaktivt, forebyggende og	Beskrive fordelene ved tidlig indsats og	Demonstrere evner til at identificere situationer hvor	Anerkende at MSB kan udvikle sig til kronisk tilstand	Forvente at tidlige indsatser (ved ingen eller kun lidt

med fokus tidlig indsats	<p>ulempene ved sen indsats</p> <p>Beskrive proaktive indsatser i både arbejds- og ikke-arbejdsrelaterede konsultationer (ex. spørgsmål om påvirkning på arbejdssituation, uopfordret rådgivning ift. arbejde)</p> <p>Genkende situationer, hvor proaktiv indsats kunne være gavnlig</p>	proaktiv indsats kunne være gavnlig og evner til at initiere processen	Anerkende at medarbejderes risiko for negative konsekvenser stiger med stigende varighed af problemstillingen	nedsat funktionsevne) kan reducere behovet og omfanget af sygemeldinger senere i forløbet
P2. Vejlede medarbejderen i forhold til egenomsorg i relation til arbejde	<p>Beskrive principper for egenomsorg</p> <p>(Gen-)kende situationer, hvor der er behov for adfærdsændring hos medarbejderen</p> <p>Beskrive strategier for påvirkning af adfærd, der kan hjælpe medarbejderen til at ændre adfærd</p>	<p>Udvide tiltro til at de kan anvende adfærdsændrende teknikker</p> <p>Demonstrere evner til at anvende adfærdsændrende teknikker</p>	<p>Anerkende at medarbejderen opfatter PL som en autoritet og en ekspert, hvilket øger risikoen for passiv adfærd og/eller manglende egenomsorg</p> <p>Anerkende at risikoen for negative konsekvenser af MSB for medarbejderen stiger med graden af manglende egenomsorg</p>	Forvente at en dialog om egenomsorg ift. arbejdet øger medarbejderens chance for at håndtere sin egen situation
P3. Fokuserer på funktion i relation til medarbejderens arbejdssituation	Beskrive principper for vurdering af funktion i relation til arbejdsopgaven	Demonstrere evner til at identificere funktion (ex. anamnese og undersøgelse)	-	Forvente at fokus på funktion vil give bedre og mere individualiserede forløb for medarbejderen, da arbejdsplads/ medarbejder har brug for beskrivelse af funktion ift. evt. tilpasning af arbejdet
P4. Tilvejebringe nødvendig viden om medarbejderen, dennes arbejdssituation og	Nævne arbejdsrelaterede faktorer, der bør indgå i anamnesen	Demonstrere evner til at inddrage arbejdsrelaterede faktorer i anamnesen	Anerkende at medarbejderen overbringer information fra andre aktører, og at dette	Forvente at information hjælper til en bedre vurdering af medarbejderen og

information om muligheder i specifik situation (f.eks. tidlige indsatser)	Beskrive tilgængelige ressourcer og ressourcepersoner Beskrive muligheder for tidligere indsatser, herunder kommunale ordninger	Demonstrere evner til at opsøge information på internettet og via personlige netværk og kontakter til arbejdspladsen, fagforening, og andre	øger risikoen for tab af information/ misforståelser Anerkende at medarbejdernes risiko for negative konsekvenser af MSK stiger, hvis de mangler viden om deres egne muligheder/ rettigheder	dennes situation og derigennem bidrager med bedre, mere nuancerede og individuelle løsninger
P5. Vurdere om medarbejderen har behov for at sygemelde sig mhp. at forkorte perioden eller omfanget (deltid)	Beskrive fordelene ved kortere/deltids-sygefravær og ulemperne ved længere/mere omfattende forløb (Gen-)kende situationer, hvor medarbejderen med fordel kan arbejde på reduceret arbejdstid frem for fuld sygemelding.	-	Anerkende at sygefravær på fuld tid øger medarbejderes risiko for længerevarende sygefravær og fyring.	Forvente at dialog om minimeret sygefravær kan reducere negative, arbejdsrelaterede konsekvenser for medarbejderen.
P6. Rådgive patienten i overensstemmelse med gældende principper for arbejdsfastholdelse	Beskrive gældende principper for arbejdsfastholdelse (Gen-)kende situationer, hvor principperne er svære anvende og hvor PL er under pres (ex. plæderende medarbejder, der forlanger sygemelding). Beskrive strategier for rådgivning i de svære/pressede situationer	Tiltro at de kan håndtere de svære/pressede situationer Demonstrere evner til at rådgive i de svære/pressede situationer	Anerkende at medarbejderen står i en presset situation og ikke kender/kan overskue konsekvenser af sygefravær	-
P7. Bidrage med konkrete løsningsforslag i mundtlig og skriftlig kommunikation	Beskrive generelle løsningsforslag, der kan omsættes til specifikke løsninger (ex. tidlige indsatser, udfylde	Demonstrere evner til at omsætte viden om løsninger til konkrete løsningsforslag tilpasset den enkelte	Anerkende at risikoen for et negativt forløb for medarbejderen stiger ved manglende konkretisering af løsningsforslag	Forvente, at konkrete løsningsforslag øger chancen for at disse kan omsættes på arbejdspladsen/ andre steder

	mulighedserklæringer)			
P8. Aktivt deltage i kommunikation med arbejdsplads/ kommune/ andre	<p>Beskrive formålet med mulighedserklæringen, fremmede elementer i erklæringen og nævne uhensigtsmæssige elementer</p> <p>Beskrive formålet og fordelene ved rundbordssamtaler og nævne strategier for deltagelse i disse</p>	Demonstrere evner til at omsætte viden om løsninger til konkrete løsningsforslag tilpasset den enkelte medarbejder	Anerkende at manglende samarbejder mellem aktører øger risikoen for misforståelser og uhensigtsmæssige løsninger	Forvente, at aktivt samarbejde øger medarbejderes chance for at alle muligheder undersøges
P9. Følge op på medarbejderens udvikling	<p>Beskrive fordelene ved opfølgende samtaler og ulemperne ved ikke at følge op</p> <p>Nævne muligheder for henvisning til øvrige ressourcepersoner</p> <p>Genkende situationer, der kræver ændring i planer eller henvisning til andre</p>	Demonstrere evner til at planlægge og gennemføre opfølgende samtaler samt revidere planer	Anerkende at medarbejderes arbejdsfastholdelses proces kan kræve revision og tilpasninger	Forvente at medarbejderens proces kan kræve løbende tilpasning via opfølgende samtaler
P10. Løbende holde sig opdateret om gældende arbejdsfastholdelsesprincipper	<p>Nævne ressourcer der kan facilitere opdatering</p> <p>Beskrive en personlig strategi for at holde sig opdateret</p>	-	-	-

BILAG 4

TRIN 3 - Ændringsmål, teoretiske forandringsmetoder og praktiske strategier for medarbejdere, funktionsledere og praktiserende læger

MEDARBEJDER		
Ændringsmål og individuelle faktorer	Adfærdsteoretiske metoder	Praktiske strategier
Viden		
<p>Medarbejder har viden om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MSB-symptomer og situationer der kræver handling samt adfærd der fremmer sundhed - fordele ved at handle og ulemper ved ikke at handle - tilgængelige ressourcer, basale rettigheder og pligter i forhold til sygefravær - god kommunikation i forbindelse med MSB-problematikker - hvordan der kan samarbejdes om at lave en plan for løsning af MSB-problematikker - planen, dens effekt, og konsekvenserne ved ikke at overholde den - fordele og ulemper ved åbenhed om MSB på arbejdspladsen 	<p>Discussion</p> <p>Consciousness raising</p> <p>Scenario-based risk information</p> <p>Belief selection</p> <p>Modeling</p> <p>Advance organizers</p> <p>Framing</p> <p>Feedback</p> <p>Individualization</p>	<p>Faciliterede workshops på arbejdspladsen der øger opmærksomheden på MSB, og hvor viden og forståelse af MSB-problematikker og handlemuligheder kan diskuteres</p> <p>Tilgængeligt informationsmateriale med eksempler på MSB-problematikker fra virkelighedens verden, som styrker forståelsen af de gode og de mindre gode løsninger</p> <p>Test-dig-selv materiale, hvor medarbejdere kan afprøve deres viden om MSB, rettigheder, regler og gode løsninger på MSB-problematikker</p> <p>"Spørgsmål og svar" scenarier, hvor medarbejderen kan stille personlige spørgsmål og få svar</p>

Egenhåndtering		
<p>Medarbejder har tiltro til at han/hun:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kan genkende egne symptomer - kan beslutte sig for at agere - har evner til at opsøge og omsætte information om deres situation - kan kommunikere hensigtsmæssigt med andre om deres situation og at åbenhed fremmer en løsning - er en ligeværdig samarbejdspartner i processen om at lave en MSB-plan - kan gennemføre planen - har evner til at tale åbent om MSB 	<p>Belief selection</p> <p>Modeling</p> <p>Verbal persuasion</p>	<p>Ændring af holdninger gennem quizzer og fortællinger fra troværdige modeller, der fortæller om egne, positive erfaringer</p>
Evner		
<p>Medarbejder kan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificere tidlige symptomer på overbelastning/ smerter - agere rettidigt - opsøge og omsætte information om egen situation - kommunikere hensigtsmæssigt og åbent med relevante personer omkring deres problemstilling - samarbejde ligeværdigt og konstruktivt med andre om at lave en plan - sætte sig ind i planen og gennemføre den - tale åbent med kollegaer omkring MSB, udfordringer og løsninger, samt lytte til kollegaers MSB-problemer og erfaringer 	<p>Planning coping responses</p> <p>Goal setting</p> <p>Public commitment</p>	<p>Problemløsning hvor medarbejderen trinvist identificerer både årsager til symptomer og løsninger</p> <p>Redskaber som hjælper medarbejderen med at sætte sig mål for hvordan en plan kan gennemføres</p> <p>Synlige aftaler på arbejdspladsen om kommunikation og håndtering af MSB-problematikker</p>
Forventninger		
<p>Medarbejder forventer at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MSB kan forebygges og håndteres tidligt og at dette forebygger kroniske problemer og u hensigtsmæssige forløb (sygefravær) - tidlig aktion er et udtryk for at han/hun gerne vil samarbejde og tager medansvar, hvilket giver flere/bedre muligheder for ændringer/medindflydelse - information hjælper dem i mødet med andre aktører, da det bidrager med løsninger - kommunikation af deres problemstilling skaber tillid og er et vigtigt redskab for at kunne skabe ændringer - samarbejde kan føre til bæredygtige løsninger - en plan er med til at øge chancen for konkret handling og et godt forløb - fællesskab og åbenhed er med til at sætte fokus på problemer og fremme løsninger 	<p>Arguments</p> <p>Anticipated regret</p> <p>Cultural similarity</p> <p>Environmental reevaluation</p> <p>Shifting perspective</p>	<p>Præsentation af (gerne nye, overraskende) argumenter for hvorfor det er vigtigt at forebygge og håndtere MSB tidligt</p> <p>Refleksionsøvelser, hvor medarbejderne skal forestille sig hvad der vil ske og hvordan det vil føles hvis de ikke reagerer på symptomer på MSB</p> <p>Medarbejderne præsenteres for troværdige kilder, som fortæller om de negative konsekvenser ved ikke at handle og de positive effekter ved at handle hurtigt i forhold til MSB</p> <p>Refleksionsøvelser hvor medarbejderen skal forsøge at løse forskellige MSB-cases ud fra et leder- eller kollega- perspektiv</p>

LEDER		
Ændringsmål og individuelle faktorer	Adfærdsteoretiske metoder	Praktiske strategier
Viden		
<p>Leder har viden om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - betydningen af åbenhed på arbejdspladsen ift. sikkerhed, sundhed og trivsel samt hvordan der kan skabes en åbenhedskultur - hvordan opsøgende adfærd har en forebyggende effekt på medarbejdernes sundhed - fordele ved at agere og ulemper ved ikke at agere - tilgængelige ressourcer, sygefraværspolitik og procedurer samt mulighedserklæringen - tilgængelige ressourcepersoner af relevans for medarbejderen samt situationer og tidspunkter, hvor medarbejder har brug for viden - karakteristika ved empatisk og rettidig samtale - fordelene ved at komme med løsningsforslag - hvilke elementer der indgår i et samarbejde, hvilke lovmæssige rammer der er og hvornår kontakt og samarbejde er påkrævet - konkrete, arbejdspladsrelaterede strategier og ressourcer, der kan omsættes til praksis - fordelene ved at følge op på medarbejder samtaler, plan og strategi for opfølgende samtaler og muligheder for justeringer i plan 	<p>Advance organizers</p> <p>Discussion</p> <p>Elaboration</p>	<p>Tilgængeligt informationsmateriale med let overskuelige skematiske fremstillinger af MSB-procedurer, regler og løsningsmuligheder</p> <p>Faciliterede workshops på arbejdspladsen der øger opmærksomheden på MSB, og hvor viden og forståelse af MSB-problematikker og handlemuligheder kan diskuteres</p> <p>Værktøjer som hjælper leder til at tage stilling til hvordan han/hun vil håndtere MSB-problematikker på arbejdspladsen</p>
Egenhåndtering		
<p>Leder har tiltro til at han/hun:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kan bruge forskellige strategier til at skabe en åbenhedskultur - kan opsøge og tale med medarbejdere om MSB - har evner til at agere rettidigt - kan opsøge information om medarbejder og dennes muligheder i specifik situation - kan give medarbejder information om dennes muligheder i specifik situation - kan tale relevant og rettidigt med medarbejdere - kender medarbejderne og dermed kan komme med konstruktive, individuelle løsningsforslag 	<p>Verbal persuasion</p> <p>Public commitment</p>	<p>Inspirerende fortællinger fra troværdige rollemodeller, der fortæller om egne ledelseserfaringer med succesfuld håndtering af medarbejdere med MSB</p> <p>Synlige aftaler på arbejdspladsen om kommunikation og håndtering af MSB-problematikker hos medarbejderne</p>

<ul style="list-style-type: none"> - kan samarbejde ligeværdigt med andre aktører - kan afholde medarbejdersamtaler 		
Evner		
<p>Leder kan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anvende forskellige strategier til at skabe en åbenhedskultur - bruge forskellige strategier til at opsøge og tale med medarbejdere om mulig MSB - agere rettidigt - opsøge information om medarbejder og dennes muligheder i specifik situation - give medarbejder information om dennes muligheder i specifik situation - tale relevant, rettidigt og empatisk med medarbejdere om MSB - komme med gode, individuelle, konstruktive og løsningsorienterede forslag - samarbejde ligeværdigt med de andre aktører i MSB-forløb - afholde medarbejdersamtaler 	<p>Goal setting</p> <p>Planning coping responses</p> <p>Guided practice</p>	<p>Redskaber som hjælper leder med at planlægge medarbejderes MSB-forløb</p> <p>Faciliterede workshops hvor leder kan diskutere løsninger på forskellige MSB-problematikker på arbejdspladsen og få feedback</p>
Forventninger		
<p>Leder forventer at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - en åbenhedskultur fremmer dialogen med medarbejdere, hvorved langvarige problemstillinger kan forebygges - tidlig opsporing af medarbejdere med MSB kan være med til at identificere medarbejdere, der ikke selv henvender sig - information hjælper dem i mødet med medarbejdere og andre aktører, da de derigennem bidrager med bedre, mere nuancerede og individuelle løsninger til gavn for virksomhed, medarbejdere og kolleger - en informeret medarbejder indgår mere aktivt og løsningsorienteret i et samarbejde om at skabe løsninger - empatisk dialog er med til at skabe åbenhed, tillid og dermed samarbejde - fælles løsningsforslag giver en bedre proces for medarbejder og dem selv - fordelene ved at samarbejde og kommunikere overstiger generne - fordelene ved at udføre planen opvejer ulemperne - medarbejderen føler sig værdsat og forstået, samt at justeringer i planen som følge af samtalerne kan være nødvendige 	<p>Shifting perspective</p> <p>Anticipated regret</p> <p>Cultural similarity</p> <p>Environmental reevaluation</p> <p>Elaboration</p>	<p>Refleksionsøvelser hvor leder skal forsøge at sætte sig ind i forskellige MSB-relaterede dilemmaer ud fra et medarbejderperspektiv</p> <p>Refleksionsøvelser, hvor leder skal forestille sig hvad der vil ske hvis arbejdspladsen ikke har et aktivt fokus på MSB</p> <p>Ledere præsenteres for troværdige kilder, som fortæller om de negative konsekvenser ved ikke at agere i forhold til medarbejdere med MSB og de positive aspekter ved at have planer og procedurer i forhold til MSB på arbejdspladsen</p> <p>Redskaber, hvor leder i samspil med andre arbejdspladsaktører evaluerer og justerer arbejdspladsens indsats i forhold til MSB hos medarbejderne</p>

PRATISERENDE LÆGE		
Ændringsmål og individuelle faktorer	Adfærdsteoretiske metoder	Praktiske strategier
Viden		
<p>Den praktiserende læge har viden om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fordelene ved tidlige, proaktive indsatser og ulemperne ved sene indsatser - principper for egenomsorg, herunder situationer, hvor der er behov for adfærdsændring hos patienten samt strategier for adfærdsændringer - principper for vurdering af funktion i relation til arbejdsopgaven - arbejdsrelaterede faktorer, der bør indgå i anamnesen, herunder tilgængelige ressourcer og muligheder for tidligere indsatser, herunder kommunale ordninger - fordelene ved kortere/deltids- sygefravær og situationer, hvor dette er hensigtsmæssigt - gældende principper for arbejdsfastholdelse og situationer, hvor principperne er svære at anvende samt strategier for rådgivning - generelle løsningsforslag, der kan omsættes til specifikke løsninger - formålet, fordele og ulemper ved mulighedserklæringen samt formålet og fordelene ved rundbordsamtaler og strategier for deltagelse i disse - fordelene ved opfølgende samtaler, muligheder for henvisning til øvrige ressourcepersoner, samt situationer, der kræver ændring i planer eller henvisning til andre - ressourcer der kan facilitere opdatering samt en personlig strategi for at holde sig opdateret 	<p>Advance organizers</p> <p>Discussion</p> <p>Elaboration</p>	<p>Tilgængeligt informationsmateriale med let overskuelige vejledninger som kan hjælpe til en bedre håndtering og planlægning af indsatser for patienter med MSB</p> <p>Faciliterede workshops hvor forskellige cases med patienters MSB-problematikker diskuteres og erfaringer udveksles</p>
Egenhåndtering		
<p>Den praktiserende læge har tiltro til at han/hun:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kan identificere og initiere indsatser i situationer hvor en proaktiv indsat kunne være gavnlig - kan anvende adfærdsændrende teknikker. - kan identificere funktion (ex. anamnese og undersøgelse) - kan inddrage arbejdsrelaterede faktorer i anamnesen samt demonstrere evner til at opsøge information på internettet og via netværk 	<p>Planning coping responses</p>	<p>Værktøjer som den praktiserende læge kan bruge i mødet med patienter med MSB til at identificere årsager til MSB og løsningsmuligheder, i samspil med patienten og andre aktører</p>

<ul style="list-style-type: none"> - kan håndtere og rådgive i de svære/pressede situationer - kan omsætte viden om løsninger til konkrete løsningsforslag tilpasset den enkelte - kan kommunikere hensigtsmæssigt med andre aktører om konkrete løsningsforslag tilpasset den enkelte. - kan planlægge og gennemføre opfølgende samtaler samt revidere planer 		
Evner		
<p>Den praktiserende læge kan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificere og initiere indsatser i situationer hvor en proaktiv indsat kunne være gavnlig - anvende adfærdssædrende teknikker - identificere funktion (ex. anamnese og undersøgelse) - inddrage arbejdsrelaterede faktorer i anamnesen samt opsøge information på internettet og via netværk - håndtere og rådgive i de svære/pressede situationer - omsætte viden om løsninger til konkrete løsningsforslag tilpasset den enkelte - kommunikere hensigtsmæssigt med andre aktører om konkrete løsningsforslag tilpasset den enkelte - planlægge og gennemføre opfølgende samtaler samt revidere planer 	<p>Guided practice</p> <p>Enactive mastery experiences</p>	<p>Faciliterede workshops, hvor praktiserende læger kan diskutere løsninger på forskellige cases og scenarier vedrørende patienter med MSB fra praksis og få feedback fra andre læger og eksperter.</p>
Forventninger		
<p>Den praktiserende læge forventer at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidlige indsatser kan reducere behovet for og omfanget af sygemeldinger senere i forløbet - en dialog om egenomsorg ift. arbejdet øger medarbejderens chance for at håndtere sin egen situation - fokus på funktion vil give bedre og mere individualiserede forløb for medarbejdere, da dette kan hjælpe ift. tilpasning af arbejdet - information hjælper til en bedre vurdering af medarbejderen og dennes situation og derigennem bidrager med bedre, mere nuancerede og individuelle løsninger - dialog om minimeret sygefravær kan reducere negative, arbejdsrelaterede konsekvenser for medarbejderen 	<p>Environmental reevaluation</p> <p>Cultural similarity</p> <p>Shifting perspective</p> <p>Elaboration</p>	<p>De praktiserende læger præsenteres for forskellige cases fra praksis af troværdige kilder, som illustrerer en række negative konsekvenser ved at sygemelde patienter med MSB, og en række positive aspekter ved så vidt muligt at fastholde patienterne i arbejdet</p> <p>Refleksionsøvelser, hvor de praktiserende læger skal forsøge sætte sig ind i forskellige MSB-relaterede dilemmaer ud fra et patient- og arbejdsplads- perspektiv</p> <p>Refleksionsøvelser, som hjælper den praktiserende læge med at tage stilling til hvordan han/hun vil håndtere MSB-problematikker i egen praksis</p>

<ul style="list-style-type: none">- konkrete løsningsforslag øger chancen for at disse kan omsættes på arbejdspladsen/andre steder- aktivt samarbejde øger medarbejderens chance for at alle muligheder undersøges.- medarbejderens proces kan kræve løbende tilpasning via opfølgende samtaler		
---	--	--

BILAG 5

Online informationsmateriale om MSB: Forebyggelse og håndtering på arbejdspladsen.

Indhold

1. Hvad er MSB – og hvad er ergonomi?	20
2. Hvorfor er det værdifuldt at sætte fokus på MSB på arbejdspladsen?	24
3. Hvordan kan MSB forebygges på arbejdspladsen?	26
4. Hvordan kan konsekvenserne af MSB håndteres og reduceres?	29
5. Redskaber til forebyggelse og håndtering af MSB på arbejdspladsen	30
6. Evaluering og opfølgning	32

I. Hvad er MSB – og hvad er ergonomi?

MSB er en forkortelse for Muskel-Skelet-Besvær. MSB er et symptom, der viser sig som smerter i ryg, skulder, nakke, knæ eller andre steder i kroppens led eller muskler. Med andre ord er MSB en fællesbetegnelse for de smerter og symptomer, personer der har ondt i kroppen oplever.

Mange mennesker oplever perioder med MSB flere gange i løbet af deres arbejdsliv. For nogle vil smerterne være få og forbigående, mens andre vil opleve så svære smerter, at det går ud over deres arbejdsevne. Når medarbejdere oplever MSB er det, uanset årsagen til smerterne, et signal om, at kroppen ikke har kapacitet til at klare de påvirkninger, den bliver udsat for. Det er kroppens måde at fortælle os, at der er noget vi skal ændre på.

Case – Hvordan føles MSB

Mikael er ansat i en stor produktionsvirksomhed, han er 45 år, og har arbejdet siden han var 19 år. Mikael arbejder på akkord og har altid været god til "at tage fra" på arbejdet, hvilket gør, at han er respekteret blandt sine kollegaer.

I fritiden går Mikael på jagt med sine kammerater, og han har tidligere spillet fodbold, indtil for fem år siden. I de sidste 2-3 år har Mikael været mere træt, når han kommer hjem fra arbejde, og ofte lægger han sig på sofaen med telefonen i et par timer indtil aftensmaden.

For et par uger siden begyndte Mikael at få ondt i ryggen, men han slog det hen og tænkte, at det nok bare var fordi han havde ligget forkert om natten. Smerterne i ryggen er dog blevet værre og Mikael er begyndt at tage smertestillende piller for at kunne følge med i det høje tempo på arbejdet. Han har også meldt fra til jagt med kammeraterne i weekenden. På arbejdet er der ikke nogen, der ved at Mikael har ondt, da han ikke vil fremstå som "en der klager". I stedet vil han bede sin chef om en uges ferie, så han kan få tid til at hvile ryggen lidt.

Ergonomi er et begreb som ofte kædes sammen med MSB. Ergonomi handler om, hvordan MSB kan forebygges gennem en fornuftig indretning af arbejdspladsen, som reducerer påvirkningerne i arbejdet mest muligt. Ergonomi er derfor et begreb der knytter sig til arbejdspladsen. MSB knytter sig til individet og er en betegnelse for de symptomer, som den enkelte oplever, når påvirkninger i arbejdet overstiger kroppens kapacitet. Når MSB skal forebygges og håndteres handler det derfor ikke blot om at reducere påvirkninger i arbejdet (fx gennem gode ergonomiske tiltag), men i lige så høj grad også om at øge medarbejdernes kapacitet til at klare arbejdet.

FAKTABOX

Der er forskel på MSB og ergonomi

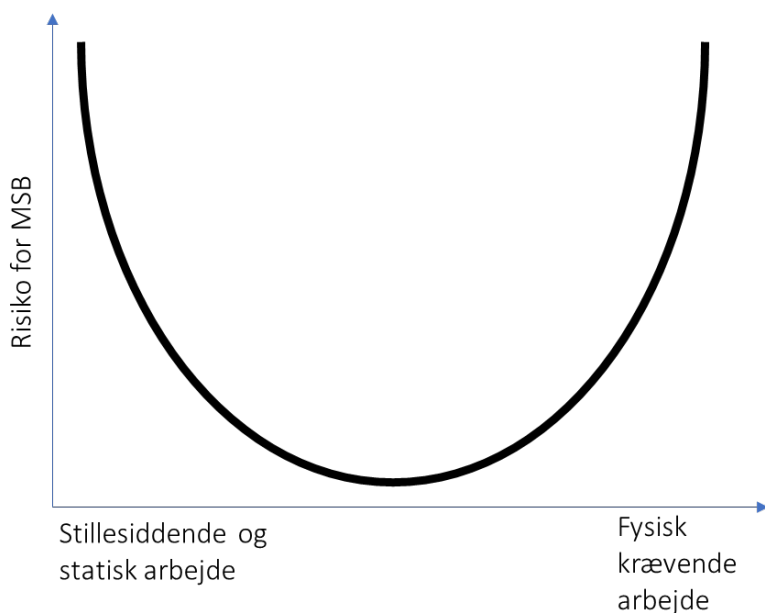
MSB er en fællesbetegnelse for de smerter og symptomer, personer der har ondt i kroppen oplever.

Ergonomi omhandler en fornuftig indretning af arbejdspladsen, hjælpemidler og arbejdsflow som reducerer belastningerne i arbejdet mest muligt.

Kroppens kapacitet er forskellig fra person til person og afhænger blandt andet af alder, køn, højde og drøjde og muskelstyrke. En yngre og veltrænet mand vil for eksempel have en større kapacitet til at klare arbejdets påvirkninger på kroppen end hans ældre og utrænede kvindelige kollega, hvis de skal udføre den samme arbejdsopgave.

Personer med fysisk anstrengende arbejde udsættes for større påvirkninger i deres arbejde, og er derfor i større risiko for at udvikle MSB i løbet af deres arbejdsliv. Omvendt er personer med meget stillesiddende arbejde også i risiko for at udvikle MSB, især i nakke og skuldre, fordi påvirkningerne i arbejdet ofte er ensidige og statiske. Hvis der er balance mellem påvirkningerne på kroppen og kroppens kapacitet, er man bedre beskyttet i forhold til MSB. Figuren her viser, hvordan personer med fysisk varieret arbejde har mindst risiko for MSB, mens personer med stillesiddende og ensidig gentaget arbejde (EGA) samt dem med fysisk krævende arbejder er i størst risiko for MSB.

Figur. Sammenhængen mellem arbejdets fysiske krav og risikoen for MSB

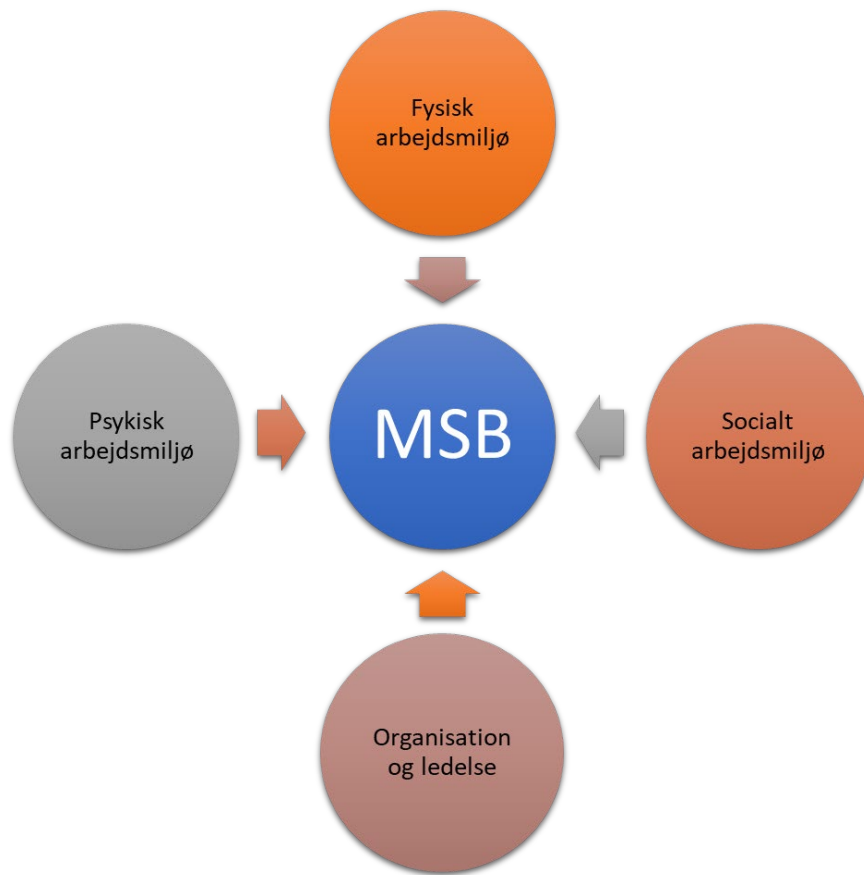


Årsagen til at MSB opstår er dog langt fra simpel. Mange forskellige forhold har betydning for udviklingen af MSB, og det er sjældent, at der kan sættes en finger på præcis hvilke. Derfor er det også forskelligt, hvem der oplever MSB og i hvor høj grad. Forholdene knytter sig både til påvirkninger i forbindelse med arbejdet, men også personlige forhold, som arvelighed, livsstil, psykisk helbred og familielivet. Omgivelserne kan have en positiv eller negativ indflydelse på, hvordan en person opfatter sine smerter og håndterer dem. Hvis en medarbejder eksempelvis ikke trives på sit arbejde, vil han eller hun ofte mærke sine smerter mere. Omvendt kan smerter også føre til nedsat trivsel og et forringet mentalt helbred hos nogle medarbejdere. Sociale forhold på arbejdspladsen har derfor en stor betydning for hvordan medarbejderne oplever smerter og håndterer dem.

I figuren og faktaboksen findes eksempler på forhold, som kan være medvirkende til at personer udvikler MSB.

FAKTABOKS	
Eksempler på faktorer som er medvirkende til at udvikle MSB	
<p>Fysisk kapacitet:</p> <p>Dårlig kondition og utrænede muskler</p> <p>Tidligere skader</p> <p>Arvelighed og gener</p>	<p>Fysisk påvirkning fra arbejdet:</p> <p>Tunge løft, skub og træk</p> <p>Akavede arbejdsstillinger</p> <p>Statisk arbejde</p> <p>Mange gentagelser i arbejdet</p> <p>Stor samlet belastning i løbet af en arbejdsdag (fx det samlede antal kilo der løftes på en arbejdsdag)</p>
<p>Mentale og sociale forhold:</p> <p>Stress, angst og depression</p> <p>Dårlige arbejdsrelationer</p> <p>Mangel på social støtte</p> <p>Mobning, chikane og diskrimination</p> <p>Lav jobtilfredshed</p>	<p>Organisation af arbejdet</p> <p>Høje krav i arbejdet og lav grad af indflydelse</p> <p>Monotone arbejdsopgaver</p> <p>Lang arbejdstid eller skifteholdsarbejde</p> <p>Højt arbejdstempo</p> <p>Mangel på støtte fra nærmeste leder</p>

Figur. Eksempler på faktorer som er medvirkende til at udvikle MSB



Overvejelser I kan gøre jer på arbejdspladsen

- Hvor mange kender I til, som har MSB på jeres arbejdsplads?
- Hvilke arbejdsforhold har I, som kunne være medvirkende til MSB?
- Hvordan vil I vurdere, at medarbejdernes kapacitet er i forhold til at klare belastninger i deres arbejdsopgaver?

2. Hvorfor er det værdifuldt at sætte fokus på MSB på arbejdspladsen?

Case – MSB skal italesættes

Mette er 35 år og ansat på en fabrik som producerer robotter. I løbet af det seneste halve år har Mette haft problemer med skulderen, hvilket har betydet, at hun har været sygemeldt i en kortere periode. Under hendes fravær overtog kollegaerne Mettes arbejdsopgaver.

Efter at Mette er vendt tilbage til arbejdet oplever hun, at det til tider er svært at følge med det høje arbejdstempo. Mette har derfor bedt om at blive flyttet andre steder hen i produktionen, hvor arbejdet er lidt lettere.

Mettes chef har pålagt kollegaerne at overtage Mettes tunge arbejdsopgaver, med beskeden om at "Mette skal skånes". Det går nu bedre med Mettes skulder, men alligevel oplever Mette i stigende grad, at hendes kollegaer er begyndt at undgå hende, og hun føler sig mere og mere som en fremmed på arbejdspladsen.

Der er ikke blevet talt så meget om Mettes fravær på arbejdspladsen, og hun er bange for, at de andre tænker, at hun bare er doven og vil have de lette arbejdsopgaver. Hun tror ikke, at de andre vil kunne forstå, hvordan hun har det. Hun er begyndt at overveje, om hun faktisk er doven og om hun bør finde sig et andet arbejde.

Selvom MSB opstår som følge af mange forskellige faktorer, er **arbejdspladsen en vigtig del af løsningen på MSB**, fordi arbejdsindsatsen og produktiviteten bliver påvirket – uanset om arbejdet er skyld i MSB eller ej. Når en medarbejder oplever MSB, har det ikke kun konsekvenser for den pågældende medarbejder. Det påvirker også tit kollegaerne. Hvordan arbejdspladsen vælger at tage hånd om medarbejdere med MSB har derfor ikke kun betydning for den enkelte, men også for medarbejdernes oplevelse af arbejdsmiljøet og fællesskabet.

MSB er kendetegnet ved, at smerterne ofte kommer og går, og langt de fleste tilfælde af MSB kan ikke behandles eller opereres væk. Derfor kan det være svært for ledere og kollegaer at forstå, hvorfor en medarbejder kan arbejde som normalt den ene dag, men ikke den næste. Medarbejderen kan føle sig mistænkeliggjort af kollegaer og der kan opstå dårlig stemning, som påvirker kulturen på arbejdspladsen negativt.

På mange arbejdspladser gøres der i dag allerede meget for at indrette arbejdspladsen efter ergonomiske principper, og med redskaber, som skal reducere påvirkningerne i arbejdet mest muligt. Ergonomi er derfor en vigtig del, når MSB skal forebygges.

Ligeledes er dét at sikre en god arbejdspladskultur og en åben kommunikation omkring MSB på arbejdspladsen med til at forebygge konflikter og sikre et hurtigere og bedre forløb for medarbejdere med MSB. En anden og vigtig del af forebyggelsesarbejdet er at styrke medarbejdernes kapacitet til at klare arbejdet fx gennem skræddersyede træningsøvelser. Ved at have fokus på MSB, kan man opnå en række fordele, såsom færre sygemeldinger og afskedigelser, samt en mere produktiv, tilfreds og stabil medarbejdergruppe.

FAKTABOX - Fordele ved at have fokus på MSB på arbejdspladsen

- Mindre sygefravær
- Bedre socialt klima
- Bedre fastholdelse af medarbejdere, mindre udskiftning i personale
- Færre udgifter til vikarer og oplæring af nye medarbejdere
- Bedre image
- Mere produktive medarbejdere

Overvejelser I kan gøre jer på arbejdspladsen:

- Kender I til eksempler fra jeres egen arbejdsplads, hvor en medarbejder, ligesom i eksemplet med Mette, har kæmpet med MSB symptomer?
- Hvordan blev medarbejderens MSB håndteret af arbejdsgiveren?
- Hvilke konsekvenser havde det for kollegaernes opfattelse af vedkommende?
- Hvilke fordele kunne der være ved at have fokus på MSB på netop jeres arbejdsplads?

3. Hvordan kan MSB forebygges på arbejdspladsen?

Case – medarbejder

Malene arbejder som kontorassistent og har tidligere haft problemer med ømhed i nakken, hovedpine og koncentrationsbesvær. Da hun fik ondt, søgte hun hjælp hos sin læge, som gav hende en henvisning til en fysioterapeut. Malene fik herefter en række gode øvelser med elastik for nakken, som hun skulle udføre hver dag og gerne i løbet af arbejdsdagen.

Til Malenes overraskelse hjalp øvelserne meget. Hovedpinen så godt som forsvandt og hun følte at hendes overskud på arbejdet blev større. Malene fortalte begejstret om forløbet til sine kollegaer, og det gik op for hende, at næsten alle på kontoret, havde døjet med lignende problemer.

Hun gik derfor til arbejdsmiljørepræsentanten, og det førte til at der blev indkøbt elastikker til alle på kontoret. En fysioterapeut blev inviteret til at lave en række skræddersyede elastikøvelser for skuldre og nakke til de ansatte, og der blev afsat 2 x 5 min. tid hver dag til fælles elastikøvelser.

Året efter kunne ledelsen konstatere at sygefraværet blandt de kontoransatte var faldet markant, og at medarbejderne var blevet mere tilfredse med deres arbejdsplads.

Forebyggelse af MSB passer desværre ikke en "one size fits all" -model. Hvad man som arbejdsplads kan gøre for at forebygge MSB, afhænger i høj grad af lokale forhold på den enkelte arbejdsplads, såsom de fysiske rammer, kulturen på arbejdspladsen og selve arbejdets karakter.

Ergonomi er et vigtigt redskab i forbindelse med forebyggelsen af MSB. Det handler selvfølgelig om at indrette arbejdspladsen og tilbyde redskaber, som gør arbejdet mere skånsomt for kroppen. Akavede arbejdsstillinger og tunge arbejdsgange skal erstattes med nogle mindre belastende.

Indimellem kan de ergonomiske tiltag på arbejdspladsen dog også have en negativ effekt, fordi arbejdet bliver mere automatiseret og med mange gentagne bevægelser uden variation. Ligesom det er vigtigt at undgå store belastninger i arbejdet, er det også vigtigt at undgå ensidigt arbejde med mange gentagelser. Derfor er der behov for variation i arbejdet. I mange arbejdstyper kan det dog være svært at skabe nok variation i arbejdsopgaverne, derfor er der behov for pauser, hvor man slipper arbejdet og gør noget helt andet.

I boksen herunder vises forslag til forskellige typer af variation, som kan implementeres i arbejdet.

FAKTABOX - Variation i arbejdet

Den lille variation:

- Kan udføres under arbejdet
- Fx hyppige skift i arbejdsstilling, rotationer i arbejdet

Den store variation:

- Udføres i pauser hvor arbejdet slippes
- Fx elastikøvelser, aktive pauser

Det at have en god arbejdspladskultur, hvor medarbejderne trives, er en vigtig forudsætning for at forebygge MSB-problematikker på arbejdspladsen. Ved at have fokus på åbenhed, kommunikation og støtte kan medarbejdere der oplever udfordringer i deres arbejde, bedre hjælpes og støttes af ledere og kollegaer, inden problemerne vokser sig større.

En vigtig del af forebyggelsesarbejdet handler om skræddersyet træning. Mange ved ikke, at der er forskel på den fysiske aktivitet, der er i arbejdet og den der dyrkes i fritiden. Selvom man har et fysisk arbejde, tæller dét at gå på arbejde ikke som træning, oftest tværtimod. Den type af fysisk aktivitet, som finder sted når man arbejder, er tit med til at tære på kroppens kapacitet, frem for at bygge den op. Påvirkningerne i arbejdet er ikke store nok til at give en træningseffekt, og der er mangel på hvileperioder, som musklerne har brug for, når de skal opbygges. Den type af fysisk aktivitet, der dyrkes i fritiden, er derimod med til at styrke kroppen. Her er påvirkningerne større, og de udføres i kortere tid, hvorefter der som regel er rigelig hviletid til at musklerne og leddene kan opbygges og styrkes.

Ved at tilbyde medarbejdere skræddersyet træning, som er tilpasset de påvirkninger, der er på arbejdspladsen, opbygges de muskelgrupper, som er særligt udsat i arbejdet. Medarbejdernes kapacitet til at klare arbejdet bliver derved større og MSB forebygges.

Skræddersyet træning er ikke kun til gavn for arbejdspladsen. For medarbejderne kan træningen være med til at sikre et langt arbejdsliv med overskud i fritiden og en aktiv pensionstilværelse.

FAKTABOX - Der er forskel på fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet i **arbejdet** er kendetegnet ved:

- Mange gentagelser af de samme slags bevægelser over tid
- Belastningen af musklerne er ikke stor nok til at give en træningseffekt
- Mangel på hviletid i løbet af arbejdsdagen gør at kroppen ikke har tid til at opbygge muskler

Fysisk aktivitet i **fritiden** er kendetegnet ved:

- Ofte mange forskellige bevægelser
- Når man dyrker motion, udsættes musklerne for en stor belastning, som giver en træningseffekt
- Ofte rigelig hviletid efter motionen, hvor kroppen kan opbygge muskler.

FAKTABOKS

Eksempler på faktorer som er medvirkende til at beskytte mod MSB

Fysisk kapacitet: Fysisk aktivitet i fritiden Sund livsstil God søvn	Fysisk påvirkning fra arbejdet: Ergonomi og hjælpemidler Variation i arbejdet Træning, der er skræddersyet til den enkelte medarbejder behov
Mentale og sociale forhold: Åbenhed og kommunikation omkring MSB på arbejdspladsen Gode arbejdsrelationer Social støtte Jobtilfredshed	Organisation af arbejdet Medarbejderen har indflydelse på arbejdets indretning og opgaver Støtte fra nærmeste leder Tilpas arbejdskrav til den enkelte medarbejder Fokus på forebyggelse og håndtering af MSB i arbejdsmiljøorganisationen Arbejdspladspolitik og aftaler om håndtering af MSB

Overvejelser I kan gøre jer på arbejdspladsen

- Hvilke tiltag har I på jeres arbejdsplads, som skal forebygge MSB?
- Hvilke variationer kunne I indføre på jeres arbejdsplads?
- Hvordan er mulighederne for at indføre skræddersyet træning på jeres arbejdsplads? (tid, ressourcer, stemning blandt medarbejderne)
- Hvilke fordele og ulemper er der ved at tilbyde skræddersyet træning?

4. Hvordan kan konsekvenserne af MSB håndteres og reduceres?

Case – løsninger, der matcher en hverdag med MSB

Allan på 52 år arbejder som svejser. Han har haft ondt i ryggen i perioder siden han var helt ung og har flere gange været sygemeldt fra sit arbejde. I hverdagen spiser Allan en del smertestillende medicin, og han går ofte til kiropraktor. Hos kiropraktoren har han fået en række øvelser, som han skal udføre derhjemme flere gange om ugen, men det er svært, når han er træt efter en dag med hårdt fysisk arbejde.

I foråret var der nedgang i firmaet og det var ikke overraskende for Allan, at det var ham, der blev fyret. Han fandt dog hurtigt arbejde som svejser i et andet firma. Efter et par måneder begyndte Allan igen at få problemer med ryggen. Det blev bemærket af hans nye makker, som foreslog, at Allan kontaktede firmaets arbejdsmiljørepræsentant.

To dage efter sad Allan til møde med lederen og arbejdsmiljørepræsentanten, som fortalte om firmaets MSB-politik. Det lykkedes Allan, lederen og arbejdsmiljørepræsentant i fællesskab at udskifte nogle af Allans mest anstrengende arbejdsopgaver. Allan skulle nu kun svejse 3 dage i ugen, og bl.a. stå for at efterprøve svejsninger og hjælpe med indkøbsopgaver i firmaet. Han fik også mulighed for at lave sine træningsøvelser to gange om ugen i arbejdstiden. Allan kunne nu bedre overskue at få udført kiropraktorens øvelser efter arbejde, og denne gang undgik han sygemelding.

Forebyggelse kan reducere antallet af tilfælde med MSB, men man kan ikke undgå MSB på en arbejdsplads. Det er vigtigt at forstå, at MSB hos de fleste er en tilbagevendende tilstand. Derfor kan det være nødvendigt at tænke i langsigtede løsninger. Når en medarbejder oplever MSB, er det vigtigt, at arbejdspladsen er klar til at håndtere situationen hurtigt. Ellers risikerer man at problemet vokser sig større eller bliver permanent. Ofte vil en sygemelding ikke være en god løsning, fordi kroppen har brug for at blive holdt i gang - bare på en mere skånsom måde. En sygemelding kan tilmed gøre det sværere for medarbejderen at vende tilbage til arbejdet igen efterfølgende. I enkelte tilfælde vil en sygemelding dog være den eneste mulighed.

Det bedste en arbejdsplads kan gøre for at hjælpe en medarbejder igennem en periode med MSB er at indgå i en dialog med medarbejderen om alternative eller ændrede arbejdsopgaver. På den måde har medarbejderen de bedste forudsætninger for at fortsætte med at arbejde.

Overvejelser I kan gøre jer på arbejdspladsen:

- Hvordan håndterer I medarbejdere med MSB på jeres arbejdsplads?
- Hvor mange sygemeldinger har I om året?

5. Redskaber til forebyggelse og håndtering af MSB på arbejdspladsen

Case – Arbejdsmiljøorganisationens rolle i forebyggelse af MSB

Pia er 42 år og arbejder som lagermedarbejder, desuden er hun arbejdsmiljørepræsentant. I virksomheden har de en arbejdspladspolitik omkring MSB, og den har Pia sørget for at hænge op, så den er synlig for alle på arbejdspladsen.

Førhen syntes Pia at det var svært at spørge ind til en kollega, selvom hun vidste at den pågældende havde ondt i kroppen. Siden de fik lavet en arbejdspladspolitik, oplever Pia dog, at der er kommet en større åbenhed omkring MSB.

I virksomhedens statistik kan man se, at mængden af sygefravær er faldet efter de indførte arbejdspladspolitikken. Pia oplever også, at langt de fleste medarbejdere, som oplever MSB, er glade for at arbejdspladsen gør det muligt for medarbejderne at udføre andre arbejdsopgaver, så de undgår at blive sygemeldt.

Det første skridt i håndteringen af MSB er at skabe åbenhed på arbejdspladsen, således at medarbejdere med MSB tør fortælle, at de har ondt, så arbejdspladsen har mulighed for at hjælpe. Som leder, tillids- eller arbejdsmiljørepræsentant eller kollega kan man også være med til at opdage MSB problemer hos medarbejderne ved at spørge ind til en medarbejder som udviser symptomer på MSB. Dernæst er det vigtigt at leder og medarbejder arbejder sammen om at finde en løsning på MSB-problematikken.

REDSKAB - Hold styr på kommunikationen: MSB-aftalen.

Når der er identificeret alternative arbejdsopgaver til medarbejderen med MSB er det vigtigt at få skrevet det ned i et dokument, så der ikke kan opstå tvivl om aftalen. Redskabet "MSB-aftalen" er en skabelon, som kan bruges til at lave en skriftlig aftale om et MSB-forløb.

Et MSB-forløb er som regel længerevarende, og det kan være svært at huske samtaler og aftaler over tid. Redskabet "MSB-aftalen" hjælper også til at holde overblikket over kommunikation og aftaler i et MSB-forløb.

En vigtig forudsætning for at italesætte og håndtere MSB, er at der er åbenhed på arbejdspladsen til at tale om MSB. Her kan det forebyggende arbejde i arbejdsmiljøorganisationen være værdifuldt til at sætte MSB på dagsordenen. En oplagt mulighed er at skabe en MSB-politik på samme måde, som vi kender ryge-

alkohol-, eller stresspolitik. I en MSB-politik beskriver arbejdspladsen, hvordan de vil arbejde proaktivt med at forebygge MSB og tilbyde medarbejdere med MSB alternative arbejdsopgaver, så sygdomsmeldinger undgås.

REDSKAB - Lav en MSB-politik

En MSB-politik bør udvikles i et samspil mellem medarbejderrepræsentanter og repræsentanter fra ledelsen. Derudover er det vigtigt at alle medarbejdere er bekendt med politikken. Værktøjet "Skabelon til MSB-politik" (se side x) kan benyttes som en hjælp til at komme i gang med at lave en MSB-politik.

Redskabet "Checkliste og skabelon til at skabe en MSB-politik" kan bruges som en checkliste, der sikrer at relevante overvejelser tages med i MSB-politikken.

Når en medarbejder med MSB tager imod et tilbud fra arbejdspladsen om at finde alternative arbejdsopgaver, bør medarbejderen selv være med til at finde passende arbejdsopgaver. I en presset situation kan det være svært at holde overblikket over, hvilke alternative arbejdsopgaver arbejdspladsen kan tilbyde. Derfor kan det være en fordel at have gennemtænkt og nedskrevet mulighederne på forhånd.

REDSKAB – Lav en ressourcebank over alternative arbejdsopgaver

For at finde alternative arbejdsopgaver til en medarbejder med MSB, kan det være en god ide at lave en ressourcebank over mulige alternative arbejdsopgaver. Værktøjet "Stikord til at generere en ressourcebank" er en hjælp til at finde alternative arbejdsopgaver.

Overvejelser I kan gøre jer på arbejdspladsen:

- Hvordan skulle en MSB-politik se ud på jeres arbejdsplads?
- Hvilke procedurer har vi til at hjælpe ledere og medarbejdere med arbejdsfastholdelse?
- Hvilke alternative arbejdsopgaver har I på jeres arbejdsplads?

6. Evaluering og opfølgning

Case – Opfølgning af medarbejdere med MSB

Ole er 50 år og arbejder som tømrer i et mellemstort tømrerfirma. I efteråret fik han problemer med sin skulder og gik derfor til sin mester med problemet.

Firmaet har en MSB-politik og der blev hurtigt lavet en MSB-aftale, hvor Ole skulle gå ned i tid og undgå de mest anstrengende arbejdsopgaver. Ole synes det har hjulpet meget på hans skulder.

Alligevel er han i tvivl om hvornår han er klar til at vende tilbage til sine normale arbejdsopgaver på fuld tid. Hvis han går til sin mester og fortæller, at han ikke har ondt længere, risikerer han måske, at han får et tilbagefald.

En MSB-aftale er en midlertidig ordning, derfor bør der undervejs i forløbet løbende aftales opfølgninger og justeringer af aftalen. Det kan være, at en medarbejder har behov for en gradvis tilbagevenden til sine arbejdsopgaver, hvor der er tid til at mærke efter, om belastningen bliver for stor for hurtigt.

Redskab – Lav en opfølgingsplan: MSB-aftalen

Når der laves en MSB-aftale for en medarbejder, bør der samtidig laves en opfølgingsplan. Brug værktøjet "MSB-aftalen" til at planlægge hvornår der skal følges op og hvilke justeringer der aftales undervejs.

Når et MSB-forløb slutter, vil nogle medarbejdere måske ikke være i stand til at vende tilbage til de gamle arbejdsopgaver igen. Her må arbejdspladsen overveje om de kan tilbyde medarbejderen ændrede arbejdsopgaver permanent.

Overvejelser I kan gøre jer på arbejdspladsen:

- Hvordan vil I følge op på MSB-forløb?
- Hvilke fordele er der ved løbende opfølgninger?

Lige som alt andet, er det vigtigt løbende at opdatere og evaluere de tiltag arbejdspladsen har for at forebygge og håndtere MSB. Det er derfor vigtigt, at hvert MSB-forløb evalueres af arbejdsmiljøorganisation, således at indsatsen kan forbedres fra gang til gang.

REDSKAB - Lav en evaluering af et MSB-forløb

Værktøjet "Evaluering af MSB-forløb" kan bruges i forbindelse med evalueringen af et MSB- forløb.

Evalueringer fra MSB-forløb, samt en gennemgang og opdatering af arbejdspladsens MSB-indsats bør ske minimum en gang årligt.

Overvejelser I kan gøre jer på arbejdspladsen:

- Hvordan vil I sikre at der sker en opdatering og evaluering af virksomhedens MSB-indsats?

BILAG 6

**Redskaber til medarbejdere, funktionsledere, praktiserende læger og
arbejdsmiljøorganisationer**



Redskaber

VEJEN FREM

Introduktion

I hånden har du en samling af "redskaber", som er udviklet i forbindelse med et forskningsprojekt om arbejdsfastholdelse hos medarbejdere med muskelskeletbesvær (MSB).

Formålet med projektet har været at udvikle fælles løsninger, så medarbejderen bliver styrket i sin situation, arbejdspladsen kan fastholde medarbejderen og fortsat have gavn af medarbejderens jobkompetencer og erfaring på arbejdspladsen, og den praktiserende læge kan give den bedste vejledning til gavn for medarbejderen og arbejdspladsen.

Der er 13 redskaber. Redskaberne er ment som hjælp til at komme i gang med den gode dialog om MSB på danske arbejdspladser og hos den praktiserende læge. Der er tre redskaber til medarbejdere, tre til ledere og fire til praktiserende læger, der kan bruges i den direkte samtale. Flere er redskaberne matchet, så der findes en version til både medarbejder, leder og praktiserende læge.

For at få sat gang i en god dialog mellem leder og medarbejder om at finde passende løsninger for medarbejderen og arbejdspladsen, skal det generelle arbejdsmiljø være godt, og der skal være plads til at tale kunne sammen om MSB. Derfor er tre af redskaberne ment som en hjælp til arbejdsmiljøorganisationerne til proaktivt at skabe gode rammer og gøde jorden til at tale om MSB på arbejdspladsen generelt.

På næste side findes en oversigt over redskaberne, målgruppen og deres tilsigtede brug.

Oversigt over redskaberne og deres tilsigtede brug

	Medarbejder	Funktionsleder	Arbejds miljø- organisationen	Praktiserende læge
Redskaber til dialog				
Dialog og problemløsning	Redskab 1	Redskab 4		Redskab 12
Om at sætte sig et mål	Redskab 2	Redskab 5		Redskab 13
MSB-aftale	Redskab 3	Redskab 6		
Screening for barrierer for arbejdsfastholdelse				Redskab 10
Aktionspunkter				Redskab 11
Redskaber til arbejds miljøarbejdet				
Evaluering af MSB-forløb		Redskab 7	Redskab 7	
Stikord til ressourcebank over alternative arbejdsopgaver		Redskab 8	Redskab 8	
Skabelon og checklist til MSB-politik		Redskab 9	Redskab 9	

Redskaber til
medarbejder





Redskab 1

5 trin til dialog med din leder om arbejde og smerter i kroppen

Når du skal tale med sin leder om dit arbejde og smerter i kroppen, er det en god idé, at du inden samtalen gør dig klart, hvilke opgaver du har svært ved og hvilke løsninger, du selv forestiller sig.

Dette værktøj hjælper med at stille skarpt på begge dele. De 3 første trin kan du selv klare ved at forsøge at svare på de spørgsmål, der stilles. De 2 næste trin skal du svare på i fællesskab med din leder.

5 trin til dialog med din leder om arbejde og smerter i kroppen (Redskab 1)

Stil dig selv disse spørgsmål

1. Find ud af, hvilke arbejdsopgaver du har besvær med at udføre i øjeblikket

Hvilke specifikke opgaver på jobbet har du problemer med? (Fx gulvvask, montering af loftplader)

Hvor vigtig er opgaven i forhold til at udføre dit arbejde? (Fx vigtig - jeg gør det flere gange hver dag)

Hvad er den eller de to vigtigste opgaver?

Skiv her: _____

2. Find ud af, hvordan dine smerter påvirker arbejdsopgaverne

Hvilke specifikke dele af opgaven er problematisk eller giver smerter? (Fx når jeg bøjer mig fremover)

Hvad fastholder eller forværrer smerterne? (Fx når jeg skal gøre det mange gange)

Hvad kan hjælpe til at undgå eller mindske smerterne? (Fx bruge hjælpemiddel, være 2 om opgaven)

Skiv her: _____

3. Forestil dig en række løsningsmuligheder

Hvilke løsninger vil du foreslå? Tænk gerne frit ud af boksen.

Hvilke løsninger vil du foreslå til din leder? (Tænk gerne over, hvad der praktisk kan lade sig gøre)

Hvilke alternative løsninger kan der være?

Skiv her: _____

Sammen med din leder

4. Udvælg en løsning sammen med din leder

Hvilke løsninger kan I komme på i fællesskab? Hvilken løsning er bedst for jer begge to?

5. Planlæg et forløb og sæt gang i løsning i fællesskab

Når I skal i gang med den nye løsning, kan det være nødvendigt at bryde løsningen eller den nye opgave op i mindre bidder. For hver bid er det vigtigt at sætte et klart mål og aftale et tidspunkt for opfølgning. Forvent at det kan blive nødvendigt at justere planen

Fx. I de næste 14 dage skal jeg ikke arbejde med armene over hovedet, men skal til gengæld hjælpe med at oplære vores nye elev i [vælg en opgave]. Leder følger op om 14 dage og justerer planen.



Redskab 2

Om at sætte sig et mål

Når du skal tale med sin leder om dit arbejde og MSB er det en god idé at du inden samtalen forsøger at gøre dig klart, hvad du gerne vil opnå i dit arbejdsliv selv om du har smerter i kroppen.

Det kan både være på den korte eller lange bane – fx i forbindelse med at komme tilbage til arbejde efter sygefravær, at kunne fortsætte med at arbejde, eller måske blive omskølet til en anden type arbejde.

Hvis du er bevidst om dit mål, vil I have lettere ved at finde en god løsning for dig.

Om at sætte sig et mål (Redskab 2)

SÆT DIT MÅL

Start med at tænke over, hvad du gerne vil opnå – Hvad er dine mål?

Hvor vil jeg gerne være arbejdsmæssigt om 3 måneder, et halvt år, 1 helt år, om 5 år ?

Mit vigtigste mål er: _____

MIT MÅL ER KONKRET, REALISTISK, TIDSAFGRÆNSET OG KAN MÅLES

Du skal vide helt præcis, hvad du vil opnå.

Du skal vælge et mål, som er opnåeligt

Du skal lægge en plan for, hvornår du skal være i mål

Et eksempel: *Jeg vil lave øvelser for min ryg i 20 minutter 2 gange om ugen i 6 uger*

Helt konkret vil jeg: *Lave øvelser for min ryg* _____

Jeg har nået mit mål, når jeg har: *Lavet øvelserne i 20 minutter 2 gange om ugen* _____

På dette tidspunkt har jeg nået mit mål: *6 uger* _____

DELMÅL – HVAD SKAL DER TIL FOR, AT JEG NÅR MIT MÅL?

DELMÅL 1 *Fx. Jeg får afsat arbejdstid til at lave øvelser* _____

DELMÅL 2 *Fx. Jeg får tid hos en fysioterapeut, der kan lave et træningsprogram* _____

DELMÅL 3 _____

Hvad skal der ske for at jeg kan nå mit mål: *Fx. Jeg laver en aftale med min leder* _____

Hvad skal jeg selv gøre: *Fx. Spørge om hjælp og råd* _____

Hvem kan hjælpe mig: *Fx. Min fagforening, forsikringsselskab, en fysioterapeut* _____



Redskab 3

MSB-aftale

Når du og din leder i fællesskab har fundet løsninger, er det en fordel at lave en skriftlig aftale for at sikre, at der er enighed om løsningen og de aftaler, I har indgået.

Dette redskab er en hjælp til at sikre, at de aftaler der er indgået mellem din leder og dig er synlige for alle parter.

Redskabet skal også være med til at sikre, at din leder regelmæssigt følger op på dit forløb, og at der kommunikeres med relevante personer som har brug for at blive involveret, fx din praktiserende læge eller kommunen.

MSB-aftale (Redskab 3)

Medarbejders navn: _____

Leders navn: _____

Dato for samtale: _____

Første håndtering (sæt kryds, når spørgsmålet er blevet besvaret)

Hvornår er problemet opstået? Dato: _____

Har medarbejderen søgt behandling? Ja Nej

Er der behov for kommunikation mellem arbejdsplads/behandler? Ja Nej

Er der behov for at udfylde en mulighedserklæring? Ja Nej

Kommunikation med medarbejderen er dokumenteret i MSB-loggen.

MSB-aftale

Ansvarlig under forløbet (hvis anden end leder): _____

Møde med medarbejder om at lægge en plan. Dato: _____

Er der behov for ændringer i arbejdet? Ja Nej

Antal arbejdstimer under forløbet (fremmøde): _____

Uge	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag

Arbejdsopgaver: (lav en liste over arbejdsopgaver i forløbet)

Forløbets varighed, dato (fra/til): _____

Planen er godkendt af alle relevante parter. Dato: _____

Opfølgning og evaluering

Opfølgende møde med medarbejder for at evaluere planen og forløbet

Dato for opfølgning	Medarbejders kommentarer	Arbejdsgivers kommentarer	Hvad er der blevet gjort for at adressere bekymringer eller kommentarer	Næste skridt: (fx at justere det nuværende forløb, fortsætte med forløbet, stoppe forløbet – hvis målet er nået)

Dato for næste opfølgning (hvis nødvendigt): _____

Afslutning

Medarbejder er tilbage til vanlige opgaver og arbejdstider. Dato: _____

Medarbejder er tilbudt permanente ændringer i arbejdsvilkår. Dato: _____

Medarbejder og leder evaluerer planen og foreslår ændringer ved lignende fremtidige situationer.

NOTER:

Redskaber til
leder





Redskab 4

6 trin til dialog med din medarbejder om arbejde og smerter i kroppen

For at kunne finde en passende løsning sammen med en medarbejder, er det en god ide at I i fællesskab finder frem til, hvilke opgaver medarbejderen har svært ved og hvilke løsninger, både han eller hun selv forestiller sig samt hvilke løsninger, du forestiller dig.

Dette værktøj hjælper til at stille skarpt på begge dele. I de 2 første trin foreslås spørgsmål, som du kan stille til medarbejderen. De 2 næste trin skal du og din medarbejder svare på i fællesskab. I de 2 sidste trin skal I realisere en plan og følge op på forløbet.

6 trin til dialog med din medarbejder om arbejde og smerter i kroppen (Redskab 4)

Stil din medarbejder disse spørgsmål

1. Find ud af, hvilke arbejdsopgaver din medarbejder har besvær med at udføre i øjeblikket

Hvilke specifikke opgaver har medarb. problemer med? (Fx gulvvask, montering af loftplader)

Hvor vigtig er opgaven i forhold til at udføre arbejdet? (Fx vigtig – medarb. gør det flere gange hver dag)

Hvad er den eller de to vigtigste opgaver?

2. Find ud af, hvordan medarbejderens smerter påvirker arbejdsopgaverne

Hvilke specifikke dele af opgaven synes medarb. er særligt problematiske eller giver smerter? (Fx når medarb. bøjer sig fremover)

Hvad fastholder eller forværrer smerterne? (Fx når medarb. skal gøre det mange gange)

Hvad kan hjælpe til at undgå eller mindske smerterne? (Fx bruge hjælpemiddel, være 2 om opgaven)

I fællesskab

3. Brainstorm sammen med medarbejderen om mulige løsninger

Hvilke løsninger kan I begge foreslå? Tænk gerne frit ud af boksen.

Hvilke løsninger kan praktisk lade sig gøre?

Hvilke alternative løsninger kan der være?

4. Udvalg en løsning sammen med medarbejderen

Hvilken løsning er bedst for jer begge to?

Realiser planen

5. Planlæg et forløb og sæt gang i løsningen i fællesskab

Bryd løsningen op i overkommelige bidder med klare mål og tidspunkter i dialog med medarbejderen

Sørg for at medarbejderen følger planen (og ikke er for hurtig)

Forvent at justeringer af planen ofte er nødvendigt - og kommunikér dette til medarbejderen

6. Opfølgning og evaluering

Vurdér medarbejderens fremskridt

Vurdér behovet for justering af planen

Vurdér om medarbejderen føler sig mere i kontrol over situationen – juster om nødvendigt



Redskab 5

Om at sætte sig et mål

Når du skal tale med en medarbejder om medarbejderens arbejde og MSB er det en god idé at få klarlagt, hvad medarbejderen gerne vil opnå i sit arbejdsliv selv om han/hun har smerter i kroppen.

Det kan både være på den korte eller lange bane – fx i forbindelse med at komme tilbage til arbejde efter sygefravær, at kunne fortsætte med at arbejde, eller måske blive omskølet til en anden type arbejde.

Hvis du og din medarbejder er bevidste om medarbejderens mål, vil det være lettere i fællesskab at finde en god løsning for ham eller hende.

Redskabet er bygget op af tre trin, som kan bidrage til at finde en god plan for medarbejderen. De tre trin skal gennemføres i dialog med medarbejderen.

Om at sætte sig et mål (Redskab 5)

FASTSÆTTELSE AF MEDARBEJDERENS MÅL

Hvad vil medarbejderen gerne opnå – hvad er medarbejderens VIGTIGSTE mål?

Spørg fx. "Hvor vil du gerne være arbejdsmæssigt om 3 (eller 6 eller 12) måneder?"

MEDARBEJDERENS MÅL ER KONKRET, REALISTISK, TIDSAFGRÆNSET OG KAN MÅLES

Vær meget konkret og beskriv målet specifikt

Der skal vælges et mål, som er opnåeligt

Der skal lægges en plan for, hvornår medarbejderen skal være i mål

Et eksempel: Medarbejderen vil lave øvelser for ryggen i 20 minutter 2 gange om ugen i 6 uger

Helt konkret vil medarbejderen: Lave øvelser for min ryg

Medarbejderen har nået sit mål, når han/hun har: Lavet øvelserne i 20 min. 2 gange om ugen

På dette tidspunkt har medarbejderen nået sit mål: 6 uger

DELMÅL – HVAD SKAL DER TIL FOR, AT MEDARBEJDEREN NÅR SIT MÅL?

DELMÅL 1 Fx. Medarbejderen får afsat arbejdstid til at lave øvelser

DELMÅL 2 Fx. Medarb. får booket tid hos en fysioterapeut, der kan lave et træningsprogram

DELMÅL 3 _____

Hvad skal der ske for at medarb. kan nå sit mål: Fx. Vi laver en aftale om arbejdstid

Hvad skal medarbejder selv gøre: Fx. Spørge om hjælp og råd hos TR

Hvad skal leder gøre: Understøtte medarbejder i forløbet



Redskab 6

MSB-aftale

Når du og din medarbejder i fællesskab har fundet løsninger, er det en fordel at lave en skriftlig aftale for at sikre, at der er enighed om løsningen og de aftaler, der er indgået.

Dette redskab er en hjælp til at sikre, at de aftaler der er indgået mellem jer er synlige for alle parter. Redskabet fylder to sider.

Redskabet skal også gøre det nemmere at sikre, at der sker en regelmæssig opfølgning af forløbet, og at der kommunikeres med relevante personer, som har brug for at blive involveret, fx den praktiserende læge eller kommunen.

MSB-aftale (Redskab 6)

Medarbejders navn: _____

Leders navn: _____

Dato for samtale: _____

Første håndtering (sæt kryds, når spørgsmålet er blevet besvaret)

Hvornår er problemet opstået? Dato: _____

Har medarbejderen søgt behandling? Ja Nej

Er der behov for kommunikation mellem arbejdsplads/behandler? Ja Nej

Er der behov for at udfylde en mulighedserklæring? Ja Nej

Kommunikation med medarbejderen er dokumenteret i MSB-loggen.

MSB-aftale

Ansvarlig under forløbet (hvis anden end leder): _____

Møde med medarbejder om at lægge en plan. Dato: _____

Er der behov for ændringer i arbejdet? Ja Nej

Antal arbejdstimer under forløbet (fremmøde): _____

Uge	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag

Arbejdsopgaver: (lav en liste over arbejdsopgaver i forløbet)

Forløbets varighed, dato (fra/til): _____

Planen er godkendt af alle relevante parter. Dato: _____

Opfølgning og evaluering

Opfølgende møde med medarbejder for at evaluere planen og forløbet

Dato for opfølgning	Medarbejders kommentarer	Arbejdsgivers kommentarer	Hvad er der blevet gjort for at adressere bekymringer eller kommentarer?	Næste skridt: (fx at justere det nuværende forløb, fortsætte med forløbet, stoppe forløbet – hvis målet er nået)

Dato for næste opfølgning (hvis nødvendigt): _____

Afslutning

Medarbejder er tilbage til vanlige opgaver og arbejdstider. Dato: _____

Medarbejder er tilbudt permanente ændringer i arbejdsvilkår. Dato: _____

Medarbejder og leder evaluerer planen og foreslår ændringer ved lignende fremtidige situationer.

NOTER:

Redskaber til
arbejds miljø-
organisationen





Redskab 7

Evalueringsark af MSB-forløb

For at have en effektiv håndtering af MSB-problematikker, er det vigtigt løbende at evaluere arbejdspladsens håndtering af medarbejdernes MSB-forløb.

Evalueringer fra medarbejdernes MSB-forløb kan med fordel bruges til at justere og forbedre arbejdspladsens MSB-politik, fx i forbindelse med den årlige arbejdsmiljødrøftelse

Formålet med dette evalueringsark er at hjælpe arbejdspladsen med at forbedre fremtidige MSB-forløb.

Evalueringsark for MSB-forløb (Redskab 7)

Spørgsmål	Ja/Nej/ Ej relevant	Kommentarer eller forslag
Har leder holdt løbende kontakt med medarbejderen under MSB-forløbet?		
Blev der aftalt og igangsat en MSB-aftale i rette tid?		
Blev medarbejderen inddraget i at identificere nye/tilpassede arbejdsopgaver og udviklingen af MSB-aftalen?		
Blev der taget højde for medarbejderens funktionsevne i forhold til identifikationen af passende arbejde?		
Var arbejdet produktivt og havde det værdi for arbejdspladsen?		
Underskrev lederen og medarbejderen begge en kopi af aftalen?		
Var der løbende opfølgning af forløbet?		
Blev forløbet justeret tilfredsstillende på baggrund af opfølgningerne?		
Blev forløbet håndteret på en tilstrækkelig fortrolig måde?		
Blev eventuelle udfordringer eller bekymringer adresseret til tiden?		
Blev målene for forløbet opnået?		



Redskab 8

Stikord til at generere en ressourcebank over alternative arbejdsopgaver

Hvis en medarbejder oplever MSB, er det ofte et tegn på, at de arbejdsopgaver medarbejderen udfører, belaster vedkommende mere end vedkommende har kapacitet til at klare.

Undersøgelser har vist, at medarbejdere med MSB som fastholdes, har lettere ved at bevare tilknytningen til arbejdspladsen end medarbejdere som sygemeldes.

Den bedste løsning for langt de fleste vil derfor være at udføre alternative arbejdsopgaver i en periode fremfor at blive sygemeldt.

Ved at generere en ressourcebank over alternative arbejdsopgaver, der skaber værdi for arbejdspladsen, bliver det lettere at fastholde medarbejdere med MSB.

Stikord til at generere en ressourcebank over alternative arbejdsopgaver (Redskab 8)

Afdeling/ område	Spørg jer/dig selv om	Eksempler på ideer
Administration	<p>Er der opgaver, som vi mangler at få løst?</p> <p>Har vi nye tiltag i løbet af de næste 6 mdr., som vi kan forberede?</p>	<p>Data indtastning</p> <p>Løn og momsregnskab</p> <p>Arkivering og organisering</p>
Forretnings- udvikling	<p>Er der nye systemer eller processer, der kan forbedre vores produktion?</p>	<p>Udvikle arkiveringssystemer</p> <p>Procedurer, der fremmer arbejdsgange</p> <p>Udarbejde manualer</p> <p>Kvalitetssikring</p>
På gulvet	<p>Er der nogen der har brug for en ekstra hånd?</p>	<p>Rengøring, oprydning, organisering</p> <p>Udbud og indkøb af værktøj og hjælpemidler</p> <p>Status</p> <p>Finde nye forhandlere af bedre/billigere materialer</p>
Alle	<p>Kan vi gennemføre jobbet på en mindre belastende måde?</p>	<p>Har vi de rigtige hjælpemidler - og bruger vi dem korrekt – hver gang?</p> <p>Reorganisering af opgaver, Indretning af arbejdsstation og arbejdspladsen</p>
Alle	<p>Har vi opgaver der mangler at blive gjort færdig?</p> <p>Kan vi sammensætte opgaverne anderledes?</p>	<p>Ufærdige projekter</p> <p>Omfordeling af opgaver</p>
Efteruddannelse	<p>Vil efteruddannelsen kunne bidrage positivt til medarbejder og arbejdsplads?</p>	<p>IT/computer</p> <p>Sikkerhed og sundhed</p> <p>Teknik</p> <p>Ledelse af andre</p> <p>Oplæring indenfor vores egen virksomhed</p> <p>AMR</p>



Redskab 9

Checkliste og skabelon til udarbejdelse af en MSB-politik

En pro-aktiv indsats i arbejdsmiljøorganisationen er den bedste vej til forebyggelse af MSB.

Det kan blandt andet ske ved at lave en arbejdspladspolitik om MSB på samme måde som fx arbejdspladspolitikker om alkohol, rygning eller sygefravær.

Redskab 9 indeholder en checkliste med forslag til, hvad en MSB-politik kan indeholde, samt en skabelon til hvordan en arbejdspladspolitik kan formuleres på en arbejdsplads.

Vær opmærksom på, at dette blot er en skabelon, som selvfølgelig skal tilpasses den arbejdsplads, du repræsenterer, og de muligheder I har.

Checkliste til udarbejdelse af en MSB-politik (Redskab 9)

Formål og synlighed:	Indhold:
<ul style="list-style-type: none">• Arbejdspladsen beskriver hvordan de vil forebygge arbejdsskader og sygefravær gennem et sikkert og sundt arbejdsmiljø• Arbejdspladsen erklærer, at de forpligter sig til så vidt muligt at sikre fastholdelse af medarbejdere med MSB• Politikken godkendes og underskrives af alle parter• Politikken kommunikeres effektivt, så alle medarbejdere har set og læst den	<ul style="list-style-type: none">• Roller, ansvar og koordination• Procedurer for dialog om smerter• Kommunikation – hvem taler med hvem – hvornår• Identifikation af ændringer i jobfunktioner• Udarbejdelse og monitorering af MSB-aftaler• Privatliv og fortrolighed• Evaluering og revision af politikken

Skabelon til MSB politik (Redskab 9)

_____ (*indsæt virksomhedens navn*) forpligter sig til at forebygge arbejdsskader og sygefravær ved at fastholde et sikkert og sundt arbejdsmiljø. Alle medarbejdere har ergonomiske arbejdsredskaber til rådighed og _____ (*virksomhedens navn*) vil så vidt muligt sikre variation i medarbejdernes daglige arbejdsopgaver. Desuden tilbydes medarbejderne skræddersyede træningsøvelser, som en del af arbejdsdagen.

I det tilfælde at en medarbejder får smerter i kroppen forpligter _____ (*fx leder*) sig til at hjælpe medarbejderen med at fastholde sit arbejde, i det omfang det kan lade sig gøre, ved at forsøge at tilbyde alternative eller modificerede arbejdsopgaver til medarbejderen.

_____ (*fx leder i samarbejde med AMR*) vil arbejde sammen med medarbejderen for at identificere passende arbejde og udvikle individuelle fastholdelsesforløb til medarbejderen. Fastholdelsesforløbet baseres blandt andet på en sundhedsfaglig vurdering af medarbejderens funktionsniveau, som beskrives i mulighedserklæringen af den praktiserende læge. Arbejdet med at skabe et fastholdelsesforløb igangsættes så snart medarbejderen informerer arbejdsgiveren om sin situation.

Denne politik henvender sig til alle medarbejdere som ikke er i stand til at udføre deres arbejde som sædvanligt på grund af smerter i kroppen. Alle medarbejdere må fuldt ud støtte op om et fastholdelsesforløb for en medarbejder med smerter i kroppen.

Arbejdsmiljøorganisationen er ansvarlige for at denne politik overholdes, og at denne evalueres og revideres på den årlige arbejdsmiljødrøftelse.

Denne politik revideres næste gang (dato): _____

Underskrift leder: _____

Underskrift AMR: _____

Redskaber til
praktiserende
læge





Redskab 10

Screening for barrierer for arbejdsfastholdelse

Problemer omkring arbejdsfastholdelse og sygefravær kan skyldes en række forskellige omstændigheder relateret både til patienten, dennes arbejde eller fritids- og familiesituation. Nogle gange er der kun en årsag, men ofte vil der være flere problemstillinger, som det er vigtigt at få afdækket.

I redskab 10 præsenteres en række spørgsmål, der kan hjælpe med at screene for arbejdsrelaterede barrierer, der kan stå i vejen for at patienten kan fastholdes i arbejde eller vende tilbage til sit arbejde.

I tabellen er angivet spørgsmål, der kan være med til at afdække om patienten oplever barrieren, og hvad du/I kan gøre for at adressere barrieren.

Screening for barrierer for arbejdsfastholdelse (Redskab 10)

SPØRGSMÅL	LØSNING
Negative forventninger til arbejdsfastholdelse	
<i>Er du bekymret for, at det bliver svært at fortsætte med at arbejde i din situation?</i>	<p>Afklar hvorfor.</p> <p>Vær positiv, opmuntrende og støttende – vær realistisk.</p> <p>Lav en realistisk plan</p>
Fysisk tungt arbejde	
<i>Er du bekymret for at den fysiske belastning gør det svært at fortsætte med at arbejde?</i>	<p>Lav en liste over problematiske opgaver. Prioritér de vigtigste og fokuser på løsninger til dem.</p> <p>Lav en liste over hjælpende ressourcer</p>
Manglende mulighed for at modificere arbejde	
<i>Tror du, at du kan få ændret arbejdet, så du kan fortsætte med at arbejde?</i>	Brainstorm i fællesskab vha. "mixer-pulten"
Stressende arbejdsforhold	
<i>Er der forhold på dit arbejde som er stressende ift. at fortsætte med at arbejde?</i>	<p>Anbefal ændringer i hastighed eller tidspres.</p> <p>Brainstorm i fællesskab.</p> <p>Lav en liste over ændringerne</p>
Manglende social støtte på arbejdspladsen	
<i>Hvordan tror du, at dine kollegaer og leder tænker om dig?</i>	<p>Opmuntre til og understøt dialog med leder og kollegaer</p> <p>Opmuntre til og understøt dialog med tillidsrepræsentant, arbejdsmiljørepræsentant og/eller fortrolig kollega</p>
Utilfreds med jobbet	
<i>Har du et job, som du ville anbefale til en ven?</i>	<p>Afsøg om jobskifte er mere relevant end tilbage-til-arbejde</p> <p>Brug goal-setting som redskab</p>
Angst for tilbagefald af smerter	
<i>Er du nervøs for at få ondt igen/fortsat at have ondt, hvis du fortsætter med at arbejde?</i>	<p>Afliv myter og giv tryghedsskabende information</p> <p>Imødegå og korriger opfattelser om, at aktivitet er farligt.</p> <p>Lav en handleplan for, hvis smerterne blusser op.</p>



Redskab 11

Sygemeldt patient? Hvad kan du gøre? 5 aktionspunkter ved sygefravær og smerter i kroppen

Patientens vej tilbage til arbejde efter et forløb med sygefravær kan hjælpes på vej ved at have en pro-aktiv tilgang til situationen.

Som praktiserende læge kan du have fokus på følgende fem aktionspunkter, der vil være med til at hjælpe din patient sikkert tilbage til arbejde.

5 aktionspunkter ved sygefravær og smerter i kroppen (Redskab 11)

Find ud af hvad personen ser som en realistisk tilbage-til-arbejde plan.

Spørg om dette:

Hvor sikker er du på, at du kommer tilbage til arbejde?

Hvad tror du forhindrer dig i at komme tilbage til arbejde?

Hvad kunne hjælpe dig til at vende tilbage til arbejde?

Afliv myter om arbejde og smerter ved at fokusere på disse aspekter:

- [Ryg-]smerter kommer ofte ikke direkte af arbejdet, selv om nogle situationer på arbejde kan være med til at forværre symptomerne.
- Hvis situationen håndteres rigtigt, kan man ofte blive på arbejde (eller kun være fraværende på deltid)
- Hvis arbejdet foregår under gode forhold, kan det være med til at fremme heling
- Man behøver ikke være 100% smertefri for stille og roligt at vende tilbage til arbejde.
- Forsikre patient om at (modificeret) arbejde og aktivitet er godt - også når man har ondt.
- Fortæl patienten, at hvis man holder sig i gang, kommer man sig typisk hurtigere.

Lav en **forventningsafstemning** om realistiske mål for behandlingen

Giv patienten et relevant træningsprogram (eller henvis til anden behandler)

- Tilpas det til situationer ift. smertelindrende øvelser og genoptræning.
- Fokuser på øvelser, der imiterer arbejdsrelaterede bevægelser.
- Kombiner det med patientinformation og tryghedsskabende information.

Lav en tidsafgrænset plan med milepæle for tilbage til arbejde processen.

- Fokuser på hvad personen KAN (og ikke på hvad de ikke kan)
- Definér milepæle og fastsæt tidspunkter
- Kommunikér planen skriftligt til patienten



Redskab 12

Problemløsning i dialog med patienten

Problemløsning (Eng. *Problem solving*) er en trinvis patient-centreret proces, hvor barrierer og løsninger til enten at blive på arbejde eller at vende tilbage til arbejde kan identificeres.

Problemløsning udføres altid i dialog med patienten. Løsningerne kan danne grundlag for patientens dialog med sin leder. Derfor bør løsningerne dokumenteres, så medarbejderen kan bringe dem videre til sin leder og så risikoen for misforståelser minimeres.

Problemløsning fokuserer på patientens **funktion** frem for smerter, og hvad patienten **kan**, frem for hvad patienten ikke kan.

6 trin til dialog med patienten om arbejde og smerter i kroppen (Redskab 12)

Spørgsmål til patienten

1. Find ud af, hvilke arbejdsopgaver patienten har besvær med at udføre i øjeblikket

Hvilke specifikke opgaver har pt. problemer med? (Fx gulvvask, montering af loftplader)

Hvor vigtig er opgaven i forhold til at udføre arbejdet? (Fx vigtig – medarb. gør det flere gange hver dag)

Hvad er den eller de to vigtigste opgaver? Beskriv opgaven i detaljer

2. Find ud af, hvordan patientens smerter påvirker arbejdsopgaverne

Hvilke specifikke dele af opgaven synes pt. er særligt problematiske eller giver smerter? (Fx når medarb. bøjer sig fremover)

Hvad fastholder eller forværrer smerterne? (Fx når pt. skal gøre det mange gange)

Hvad kan hjælpe til at undgå eller mindske smerterne? (Fx bruge hjælpemiddel, være 2 om opgaven)

I fællesskab

3. Brainstorm sammen med patienten om mulige løsninger

Hvilke løsninger kan I begge foreslå? Tænk gerne frit ud af boksen.

Hvilke løsninger kan praktisk kan lade sig gøre på arbejdspladsen?

Hvilke alternative løsninger kan der være?

4. Udvælg en løsning sammen med patienten

Opfordrer patienten til at gå dialog med leder om muligheder og alternativer

Opfordrer leder til at bidrage til løsninger

Sammenlign muligheder og udvælg bedste løsning

Realiser planen

5. Planlæg et forløb og sæt gang i løsningen i fællesskab

Bryd løsningen op i overkommelige bidder med klare mål og tidspunkter i dialog med patienten

Sørg for at patienten følger planen (og heller ikke er for hurtig)

Forvent at justeringer af planen ofte er nødvendigt - og kommunikér dette til patienten

6. Opfølgning og evaluering

Vurdér patientens fremskridt – har patienten været i dialog med leder?

Vurdér behovet for justering af planen

Vurdér om patienten føler sig mere i kontrol over situationen – juster om nødvendigt



Redskab 13

Om at sætte sig et mål

Når du skal tale med en patient om patientens arbejde og MSB er det en god idé at få klarlagt, hvad patienten gerne vil opnå i sit arbejdsliv selv om han/hun har smerter i kroppen.

Det kan både være på den korte eller lange bane – fx i forbindelse med at komme tilbage til arbejde efter sygefravær, at kunne fortsætte med at arbejde, eller måske blive omskølet til en anden type arbejde.

Hvis du og patienten begge er bevidste om patientens mål, vil det være lettere i fællesskab at finde en god løsning for ham eller hende.

Redskabet er bygget op af tre trin, som kan bidrage til at finde en god plan for patienten. De tre trin skal gennemføres i dialog med patienten.

Om at sætte sig et mål (Redskab 13)

FASTSÆTTELSE AF PATIENTENS MÅL

Hvad vil patienten gerne opnå – hvad er patientens VIGTIGSTE mål?

Spørg fx. "Hvor vil du gerne være arbejdsmæssigt om 3 (eller 6 eller 12) måneder?"

PATIENTENS MÅL ER KONKRET, REALISTISK, TIDSAFGRÆNSET OG KAN MÅLES

Vær meget konkret og beskriv målet specifikt

Der skal vælges et mål, som er opnåeligt

Der skal lægges en plan for, hvornår patienten skal være i mål

Et eksempel: *Patienten vil lave øvelser for ryggen i 20 minutter 2 gange om ugen i 6 uger*

Helt konkret vil patienten: Lave øvelser for min ryg

Patienten har nået sit mål, når han/hun har: Lavet øvelserne i 20 min. 2 gange om ugen

På dette tidspunkt har patienten nået sit mål: 6 uger

DELMÅL – HVAD SKAL DER TIL FOR, AT PATIENTEN NÅR SIT MÅL?

DELMÅL 1 Fx. Patientens får afsat arbejdstid til at lave øvelser

DELMÅL 2 Fx. Patientens går i dialog med sin leder om sin helbredssituation

DELMÅL 3 _____

Hvad skal der ske for at patienten kan nå sit mål: Jeg skriver henvisning til fysioterapeut

Hvad skal patienten selv gøre: Fx. Spørge om hjælp og råd hos fagforening

Hvad skal pr. læge gøre: Understøtte patienten i forløbet og kommunikere med leder