

Rapport

November 2017



Litteraturoversigt over virksomheders indsats for fastholdelse af personer med arbejdsskader

Ole Steen Mortensen, Lars Louis Andersen, Sanna Koch Autrup, Elizabeth Bengtsen, Henrik Torp Greiffenberg, Jonas Winkel Holm, Emil Sundstrup

Indhold

1. Opdrag og læsevejledning	3
2. Baggrund.....	4
3. Opsummering.....	6
4. Søgestrategien og resultatet heraf	7
5. Arbejdsskadebegrebet i den inkluderede litteratur	12
6. Rehabilitering og arbejdsfastholdelse generelt	13
7. Resultater.....	14
7.1 Multimodale interventioner	14
7.2 Tilpassede arbejdsopgaver/jobmodifikation	16
7.3 TTA Koordinator	21
7.4 Arbejdsrettede indsatser ved psykiske helbredsproblemer	25
7.5 Arbejdspladsrettede indsatser ved muskel-, skeletproblemer	28
7.6 Timing af TTA-indsatserne	30
8. Den grå litteratur	32
9. Psykosociale forhold.....	35
10. Diskussion og konklusioner	37
11. Perspektivering og anbefalinger.....	39
12. Summary.....	40
13. Referenceliste.....	41
14. Bilag.....	46



OPDRAG OG LÆSEVEJLEDNING

Kapitel 1

Arbejdstilsynet udbød en opgave med titlen ”Litteraturoversigt over virksomheders indsats for fastholdelse af personer med arbejdsskader”, hvor der ønskes en litteraturoversigt med henblik på at få opdateret viden om virksomheders incitamenter og metoder til at fastholde personer med arbejdsskader (såvel ulykker som arbejdsbetingede sygdomme) i beskæftigelse (se bilag 1).

Arbejdsskadestyrelsen fik i 2013 lavet grundig rapport gennemført af SFI, der både gennem litteraturgennemgang og kvalitative interviews, har fokuseret på virksomheders rolle og erfaringer med arbejdsfastholdelse (1).

Ønsket med nærværende litteraturoversigt er at supplere og opdatere dette grundige arbejde med et tydeligere afsæt i arbejdsfastholdelse og tilbage til arbejde (TTA), og der er i litteratursøgningen specifikt søgt efter studier, som omhandler fastholdelse af personer med arbejdsskader ud fra virksomhedsvinklen.

I opslaget ønskes specifikt en gennemgang af studier, både danske og internationale, samt inddragelse af rapporter og andre erfaringer fra øvrige lande.

Indholdet i det udbudte litteraturstudie fandtes særdeles relevant, både ud fra en klinisk betragtning i det arbejdsmedicinske felt, og er endvidere en vigtig problemstilling i forhold til det arbejde, der foregår i kommunerne med arbejdsfastholdelse.

Der blev nedsat en arbejdsgruppe bestående af professor Lars L. Andersen, seniorforsker Emil Sundstrup fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, overlæge Henrik Greiffenberg, overlæge Jonas Winkel Holm, autoriseret psykolog Sanna Koch Autrup samt professor Ole Steen Mortensen fra Arbejds- og Socialmedicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus.

Gruppen skitserede et forslag til løsning af opgaven og Arbejdstilsynet valgte denne gruppes oplæg til udførelse af opgaven.

Efter tildeling af opgaven blev der afholdt afklarende møder med udbudsgiver, og ved disse møder blev særlige problemfelter identificeret og drøftet. Indholdet og konklusioner i rapporten har opdragsgiver ikke haft indflydelse på.

Forskningsgruppen var i den heldige situation, at bibliotekar Elizabeth Bengtsen fra Det nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø havde mulighed for at indgå i litteratursøgningsopgaven og blev herefter inkluderet i gruppen.

Læsevejledning

Rapporten afrapporterer i kapitel 2 baggrunden for litteraturgennemgangen.

Kapitel 3 opsummerer resultatet af litteraturgennemgangen.

Kapitel 4 beskriver søgestrategien og resultatet heraf. I slutningen af kapitel 4 gøres rede for kvalitetsbedømmelsen af studierne og hvorledes bedømmelsen af evidens er foretaget.

Kapitel 5 belyser den særlige danske kontekst på arbejdsskadeområdet, herunder ikke mindst sondringen i Danmark mellem arbejdsbetinget lidelse og arbejdsulykker, en sondring, der ikke i alle tilfælde findes internationalt.

Kapitel 6 beskriver hvorledes den arbejdsrettede rehabilitering er organiseret i Danmark.

I kapitel 7, gennemgås resultaterne af den systematiske litteraturgennemgang, såvel i hovedkonklusioner, som de særlige delområder og temaer, der fremkom som følge af litteraturgennemgangen. Følgende temaer er beskrevet i selvstændige kapitler: Multimodale interventioner, tilpassede arbejdsopgaver/job modifikation, TTA (Tilbage til arbejde) koordinering og TTA-koordinatorrollen, arbejdspladsrettede indsatser ved psykiske helbredsproblemer, arbejdspladsrettede indsatser ved muskel-skeletsygdom, samt timing af indsatser.

I kapitel 8, gennemgås ”den grå litteratur”, altså rapportlitteratur og anden arbejdsmiljørelevant litteratur, som ikke er publiceret i peer reviewede tidsskrifter.

I kapitel 9, belyses betydningen af psykosociale forhold for TTA-processen, og her inddrages yderligere litteratur for at belyse særlige udfordringer og forventninger, der kan opstå, både hos medarbejder og hos arbejdsgivere, når man beskæftiger sig med TTA for medarbejdere med arbejdsskader.

I kapitel 10, drages konklusionerne og i kapitel 11 perspektiveres, og der gives anbefalinger for arbejdet med fastholdelse af arbejdsskadede medarbejdere.

Bilag 1: Opdraget fra AT

Bilag 2: IWH kvalitetskriterier

Bilag 3: Kort opsummering af de inddragede artikler.

Bilag 4: Tabel over interventioner, resultater og kvalitetsscore af de artikler, hvor det var muligt at score.

Bilag 5: IWH kvalitetsscore

BAGGRUND

Kapitel 2

I Danmark har der igennem adskillige år været fokus på sygefravær og nedbringelse af dette. En stor del af sygefraværspolitikkerne i Danmark baserer sig på konklusionerne fra to grundige litteraturgennemgange, dels "Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær. Årsager og handlemuligheder" udgivet i 2008 (2) og dels "Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde" udgivet i 2010 (3). Anbefalingerne af de 2 Hvidbøger er som følger:

Vedrørende muskel- skeletsygdom:

Her anbefales det generelt:

- At der sikres arbejdspladser, hvor de ansatte oplever tilfredshed med arbejdspladsens indretning, snarere end specifikke ergonomiske indsatser.
- At ansatte med muskel- skeletbesvær holdes fysisk i gang og arbejdet i mange tilfælde kan ses som en del af behandlingen.
- At arbejdspladsen/arbejdsforholdene tilpasses med henblik på, at ansatte med muskel- skeletbesvær kan arbejde i størst muligt omfang, også selv om det ikke kan lade sig gøre med 100% effektivitet.

Udover disse generelle anbefalinger kommer Hvidbogen med følgende specifikke anbefalinger, når sygemeldte har vanskeligt ved at vende tilbage til arbejdet på grund af muskel- og skeletbesvær.

- At der foretages en grundig medicinsk undersøgelse, der skal sikre iværksættelse af relevante og påkrævede behandlinger samt at akut behandlingskrævende sygdom ikke overses.
- At der skal være fokus på tidlig identifikation af de vigtigste barrierer for tilbagevendende til arbejdspladsen. Barriererne er både forhold på arbejdspladsen, såsom fravær af en politik overfor ansatte med helbredsproblemer og fravær af en systematisk arbejdsmiljøpolitik i forhold til det fysiske og det psykosociale arbejdsmiljø. Der kan også være barrierer hos de ansatte i form af manglende viden om, hvorledes smerter og sygemeldinger skal håndteres i det daglige.
- At der skal tages kontakt til virksomheder og kommunens jobcentre ved behov for jobtilpasninger

og arbejdsmodifikationer. Det anbefales, at der etableres en bedre koordinering mellem behandler, arbejdsplads og jobcentre. Uddannelse af TTA koordinatorene på store arbejdspladser og i jobcenter regi i forhold til mindre arbejdspladser anbefales.

- At der gøres opmærksom på betydningen af opretholdelse af daglige aktiviteter og en tidlig - eventuel gradvis - tilbagevenden til arbejde. De fleste smerter fra bevægeapparater skal først have ro og hvile, men herefter optrænes gradvist, sædvanligvis i løbet af 2 - 4 uger.
- At behandlingen af længerevarende symptomer og funktionsbegrænsninger foretages bedst på baggrund af en flerstrengt behandling, der, udover medicinsk behandling og arbejdsmodifikation, omfatter psykologisk behandling, der baserer sig på en målrettet brug af kognitiv adfærdsterapi, rettet mod at reducere frygt og katastrofetanker om lidelsen. Fysisk aktivitet anbefales, og det anbefales at fysisk aktivitet i arbejdet understøttes, således at arbejdet ikke er passivt og stillesiddende hele dagen.

Vedrørende mentale helbredsproblemer:

I Hvidbog om tilbagevendende til arbejdet efter sygemelding på grund af mentale helbredsproblemer, foreslås følgende:

- Tidlig opsporing og behandling med henblik på at undgå unødige arbejds- og helbredsrelaterede følger.
- Undersøgelse af den ansattes funktionsnedsættelse i relation til forskellige typer af arbejdsopgaver for at kunne tilpasse arbejdsopgaver og samarbejdsrelationer med kolleger derefter.
- Modifikation af arbejdsopgaver, for at tage hensyn til den ansattes midlertidigt nedsatte arbejdsevne.
- Koordineret indsats med inddragelse af relevante aktører, og det anbefales at de relevante aktører inddrages i samråd med den sygemeldte.

- Vejledning og samarbejde. Det anbefales at støtte medarbejderen i processen med at vende tilbage til arbejde ved dialog og vejledning.
- Der skal sikres social integration på arbejdspladsen, eventuelt igennem etablering af mentorordning samt involvering af kolleger i sygemeldtes tilbagevenden til arbejdet.
- Det anbefales, at virksomhederne vedtager og gennemfører en politik for sygefravær og tilbagevenden til arbejde, der ikke skelner mellem somatiske og mentale helbredsproblemer.
- Man skal arbejde med at skabe en god kultur på arbejdspladsen for at undgå stigmatisering af medarbejdere med psykiske helbredsproblemer.
- Det anbefales, at der foretages sundhedsfremmende indsatser på arbejdspladsen, at reducere stressfaktorer og tilbyde psykologisk vejledning til medarbejdere, som er i risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer.

Internationalt har der også været lignende anbefalinger, ikke mindst har det Canadiske Institut for Work and Health's 7 principper for at vende tilbage til arbejdet efter sygdom haft stor gennemslagskraft (4).

Principperne er:

- At der skabes en tydelig kultur på arbejdspladsen, der støttes både af arbejdsgiver og arbejdspladsen, altså en velfungerende arbejdsmiljøorganisation.
- Der skal være mulighed for modificeret arbejde, både i form af tid og arbejdsopgaver med henblik på at facilitere en hurtig og sikker tilbagevenden til arbejdet.
- Plan for TTA skal kunne gennemføres uden at der kommer yderligere belastninger for kolleger.
- Overordnede skal være trænet i forebyggelse af arbejdsbetinget sygdom og skal inkluderes i TTA-planlægningen for den sygemeldte.
- Der skal være tidlig og tilpasset kontakt til arbejdsgiveren.
- Der skal være en tydelig ansvarlig for TTA-koordinering, gerne tydeliggjort igennem hvilken person, der er den ansvarlige.
- Der skal være tilstrækkelig kommunikation imellem sundhedsvæsenet, den ansatte og arbejdspladsen i forbindelse med bedømmelse af funktion og krav.

Der har ikke været særlig fokus på hverken arbejdspladsen eller på ansattes sygdom forårsaget af arbejdet i ovenstående publikationer. I 2013 ønskede Arbejdsskadestyrelsens fastholdelsescenter at sætte fokus på virksomhedernes rolle i TTA-processen. Dette igennem såvel en litteraturgennemgang som interviews med særligt udvalgte virksomheder, der havde særlig opmærksomhed på at understøtte tilbage til arbejde processen. Litteraturgennemgangen konkluderede i store træk det samme som beskrevet ovenfor. Interviewene viste, at virksomhederne var afhængige af et godt samarbejde med flere eksterne aktører, og de havde særlige ønsker til hver enkelt af dem. Virksomhederne efterlyste, at de kommunale jobcentre var mere proaktive og opsøgende over for virksomhederne. Virksomhederne ville gerne have hjælp fra jobcenteret til udarbejdelse af fastholdelsesplaner og ville gerne informeres bedre om de fastholdelsesredskaber, der findes i jobcenterregi. Virksomhederne kunne ligeledes ønske sig, at jobcentre havde større indsigt i de rammevilkår, virksomhederne er underlagt i hverdagen. Virksomhederne efterlyste et bedre samarbejde med sundhedssektoren med henblik på beskrivelse af skånehensyn og støtte til sundhedsfagligt forsvarlige fastholdelsesplaner. I arbejdsskadesager kan forsikringsselskaberne være med til at facilitere og finansiere sundhedstilbud (1).

I de senere år har Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering søgt at sætte fokus på vigtigheden af involvering af arbejdspladsen, når sygemeldte skal tilbage til arbejde efter sygdom. I "Favrskov modellen" er der givet udvidede kompetencer til sagsbehandleren, der samtidig har mulighed for at fungere som virksomhedskonsulent, og som har bemyndigelse til at kunne bevillige hjælpemidler på arbejdspladsen (5). Når borgere, der har mistet deres arbejde, skal hjælpes tilbage, er der igangsat forsøg, hvor praktikker erstattes af egentlig lønnet ansættelse i et forsøg kaldet "Job First" (6).

Nærværende rapport søger på baggrund af den udførte litteraturgennemgang at beskrive hvilke indsatser, der er videnskabelig evidens for har en gavnlig effekt på TTA processen og fastholdelse hos personer med en arbejdsskade. Rapporten supplerer ovennævnte publikationer ved dens tydelige fokus på arbejdsbetinget sygdom og virksomhedsrettede og virksomhedsnære indsatser.

OPSUMMERING

Kapitel 3

Der findes god evidens for at multimodale og multifaglige interventioner har en positiv effekt i forhold til interventioner, der iværksættes enkeltvis. Indsatser, der både inddrager ansatte, ledere og sundhedspersonale, er både omkostningseffektive og giver en hurtigere og mere længerevarende og stabil TTA.

Der er også overbevisende evidens for, at en tilstedeværelse af en tilbage til arbejde koordinerende person har en positiv og gavnlig indflydelse på såvel tilbagevenden til arbejde som arbejdsfasholdelse. Tilbage til arbejde koordinatoren bør indgå i uddannelse og undervisning af såvel den arbejdsskadede, som arbejdsgiver og bidrage til kontakten til sundhedsvæsenet. Således er opgaveporteføljen mangefacetteret for tilbage til arbejde koordinatoren. Dette medfører, at koordinatoren skal være særligt uddannet og rustet til at gennemføre opgaven. Forslag til hvilke kvalifikationer koordinatoren skal have, bliver givet sidst i rapporten.

Indsatser, der gennemføres på arbejdspladsen eller arbejdspladsnært, skal naturligvis have fokus på TTA, men tilbage til arbejde processen, må ikke overskygge underliggende helbredsproblemer, der kræver behandling. En effektiv rehabilitering kræver således en god indledende sundhedsfaglig vurdering, iværksættelse af den rette behandling i tide, tidlig kontakt til arbejdspladsen og god kommunikation mellem alle involverede parter.

Timing af indsatserne spiller en rolle, idet det giver dårlig prognose at komme for sent i gang, med indsatser, med heraf følgende risiko for at miste arbejde, og udvikling af psykosociale problemer.

Omvendt, kan man ud fra en klinisk betragtning argumentere for, at indsatserne ikke bør iværksættes for tidligt. Ved såvel fysiske som psykiske arbejdsskader vil der ofte være brug for en kortere restitutionsperiode inden iværksættelse af indsats.

Ved såvel fysiske som mentale helbredsproblemer vil det ofte være nødvendig med tilpasning og modifikation af arbejde og arbejdsbyrder, og der er evidens for, at jobmodifikation - som led i TTA-planen - medfører færre mistede arbejdsdage.

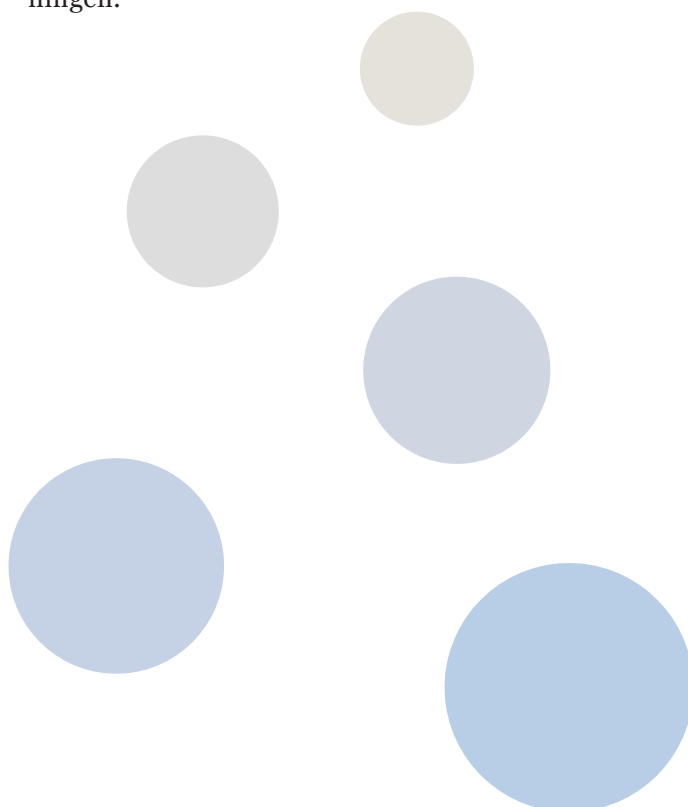
Ofte baserer vurderingen af den sygemeldtes arbejdskapacitet sig på en egentlig klinisk vurdering

og litteraturgennemgangen viser, at sådanne kliniske vurderinger ikke er så præcise og nøjagtige, som mere objektivt betonedede mål. Det samme gælder bedømmelsen af krav og belastninger på arbejdet. Arbejdspladserne kan bidrage med vurdering og evaluering af krav og byrder i arbejdsprocesserne, således at tilbage til arbejde processen understøttes af en balance mellem krav og ressourcer.

Ved arbejdsbetingede psykiske helbredsproblemer, herunder stress, angst, depression og udbrændthed peger de fleste undersøgelser på, at der findes effekt af kognitiv baserede tilgange, dog skal interventionerne involvere arbejdspladsen eller havde et arbejdsfokus, da de ellers ingen effekt har på TTA. Ligeledes findes der effekt på symptomreduktion og sygefravær af mindfulness-baseret stress reduktion hos ansatte med arbejdsrelateret stress.

Ved muskel-skeletproblemer er der nogen evidens for arbejdsrelaterede indsatser, der giver en positiv effekt i forhold til tilbagevenden til arbejde. Ofte er fysisk aktivitet og træning en hjørnesten i disse indsatser. Der er dog ikke evidens for, at træning på arbejdspladsen er mere effektiv end træning udenfor arbejdspladsen. Dog er det vigtigt, at der gives mulighed for denne træning sideløbende med udførelsen af arbejde.

Indsatser initieret af arbejdsgiveren uden involvering af arbejdstager og sundhedssystem har ingen effekt, hvorfor det er vigtigt, at den sygemeldte inddrages i planlægningen.



SØGESTRATEGIEN OG RESULTATET HERAF

Kapitel 4

Vi søgte efter originalartikler og reviewartikler i Pubmed inkluderende Medline, der er en af de mest omfattende biomedicinske videnskabelige databaser. Med udgangspunkt i projektets formål om at levere en litteraturoversigt over virksomheders indsats for fastholdelse af personer med arbejdsskader, definerede vi relevante søgeord, der indgik i den endelige søgestreng. Søgestrengen identificerede følgende studier: 1) Studier omfattende

personer med arbejdsbetinget sygdomme og arbejdsulykker, 2) studier omfattende virksomhedsrettet og/eller virksomhedsnær intervention, 3) studier med TTA som outcome eller outcomes relateret til TTA. Søgnin-gen blev begrænset til engelsk- og skandinavisksprogede artikler publiceret i tidsskrifter med peer review bedøm-melse. Herunder ses den endelige søgestrategi. Ingen artikler før 1991 blev medtaget i fuldttekst evalueringen.

History

Population (workers)

Search	Query	Items found
#1	Search (claimant*[Title/Abstract]) OR (employee*[Text Word]) OR ((employment[MeSH Terms]) OR employment[Title/Abstract]) OR (("injured worker"[Title/Abstract]) OR "injured workers"[Title/Abstract]) OR ((labourer*[Title/Abstract]) OR laborer*[Title/Abstract]) OR ((occupations[MeSH Terms]) OR occupation*[Text Word]) OR (((sick leave[MeSH Terms]) OR "sick leave"[Title/Abstract]) OR "sick listed"[Title/Abstract]) OR ("work site"[Title/Abstract] OR "work sites"[Title/Abstract] OR worksite*[Title/Abstract]) OR ("work based"[Title/Abstract]) OR (worker*[Title/Abstract]) OR (workforce[Title/Abstract]) OR (((workplace[MeSH Terms]) OR workplace[Title/Abstract]) OR "work place"[Title/Abstract])	514203

Population (injury/condition)

Search	Query	Items found
#2	Search ((((((absence[Title/Abstract]) OR (absentee[Title/Abstract] OR absentees[Title/Abstract])) OR ((accidents, occupational[MeSH Terms]) OR "occupational accidents"[Title/Abstract]) OR ("occupational diseases/rehabilitation"[MeSH Terms]) OR "occupational diseases/therapy"[MeSH Terms]) OR ("occupational illness"[Title/Abstract] OR "occupational illnesses"[Title/Abstract]) OR ((occupational[Title/Abstract]) AND "back pain"[Title/Abstract]) OR (((occupational[Title/Abstract]) AND (injury[Title/Abstract] OR injuries[Title/Abstract])) OR occupational injuries[MeSH Terms]) OR ((occupational[Title/Abstract]) AND ("mental health problems"[Title/Abstract] OR "mental disorders"[Title/Abstract])) OR ("occupational stress"[Text Word]) OR ((occupational[Title/Abstract]) AND "post-traumatic stress"[Title/Abstract]) OR ((occupational[Title/Abstract]) AND "stress disorders, post traumatic"[MeSH Terms]) OR ((occupational therapy[MeSH Terms]) OR "occupational therapy"[Title/Abstract]) OR ("work disability"[Title/Abstract]) OR ("work injury"[Title/Abstract] OR "work injuries"[Title/Abstract] OR "working injury"[Title/Abstract] OR "working injuries"[Title/Abstract]) OR ("worker illness"[Title/Abstract] OR "worker illnesses"[Title/Abstract]) OR ("workers' compensation"[MeSH Terms]) OR "workers compensation"[Title/Abstract]) OR (((("work related"[Title/Abstract] OR occupational[Title/Abstract])) AND depression[Title/Abstract]) OR ("work related" OR occupational[Title/Abstract]) AND ("back pain" OR "low back pain"[MeSH Terms])) OR ("work related" OR occupational[Title/Abstract]) AND "skin disease"[Title/Abstract]) OR ("work related" OR occupational[Title/Abstract]) AND ("mental health problems"[Title/Abstract] OR "mental health symptoms"[Title/Abstract])) OR ("work related" OR occupational[Title/Abstract]) AND "back pain"[Title/Abstract]) OR ("work related" OR occupational[Title/Abstract]) AND ("musculoskeletal pain"[Title/Abstract] OR "neck pain"[Title/Abstract] OR "shoulder pain"[Title/Abstract] OR "neck/shoulder pain"[Title/Abstract]) OR (((work[Title/Abstract] OR occupation*[Title/Abstract])) AND ("psychological ill health"[Title/Abstract] OR "psychological complaints"[Title/Abstract])) OR (((work[Title/Abstract] OR occupation*[Title/Abstract])) AND "musculoskeletal diseases"[MeSH Terms]) OR (((work[Title/Abstract] OR occupation*[Title/Abstract])) AND ("musculoskeletal diseases"[Title/Abstract] OR "musculoskeletal disorder"[Title/Abstract] OR "musculoskeletal disorders"[Title/Abstract])) OR "burnout, professional"[MeSH Terms]) OR (work[Title/Abstract] OR occupational[Title/Abstract] AND burnout[Title/Abstract])	638980

Population (workers) OR population (injury/condition)

Search	Query	Items found
#3	Search (#1 OR #2)	1066472

Population (workers) AND population (injury/condition)

Search	Query	Items found
#4	Search (#1 AND #2)	86711

Intervention

#5	Search (((("absence management") OR "alternative work") OR "attendance management") OR (("behavior therapy"[MeSH Terms]) OR ("behaviour therapy"[Title/Abstract] OR "behavior therapy"[Title/Abstract])) OR ("case conference"[Title/Abstract] OR "case conferences"[Title/Abstract] OR "case management"[Title/Abstract] OR "claims management"[Title/Abstract] OR "claims review"[Title/Abstract]) OR (((("cognitive behavioral interventions"[Title/Abstract]) OR "cognitive behavioral principles"[Title/Abstract]) OR "cognitive therapy"[MeSH Terms]) OR (("combined modality therapy"[Title/Abstract] OR "combined modality therapy"[MeSH Terms]) OR ("compensation management"[Title/Abstract] OR "coordinated program"[Title/Abstract]) OR (((communication[Title/Abstract] OR dialog[Title/Abstract] OR dialogue[Title/Abstract])) AND (employer*[Title/Abstract] OR "health care"[Title/Abstract] OR healthcare[Title/Abstract] OR "work place"[Title/Abstract] OR workplace[Title/Abstract])) OR (((("disability management"[Title/Abstract] OR "disclosure management"[Title/Abstract] OR "early contact"[Title/Abstract] OR "early intervention"[Title/Abstract]) OR ("employee assistance"[Title/Abstract] OR "employer accomodation"[Title/Abstract] OR "employer contact"[Title/Abstract])) OR ("ergonomic approaches"[Title/Abstract] OR "ergonomic intervention"[Title/Abstract] OR "ergonomic program"[Title/Abstract] OR "ergonomic programme"[Title/Abstract]) OR (("exercise training"[Title/Abstract] AND intervention[Title/Abstract]) OR ("flexible work"[Title/Abstract] OR "flexible worker"[Title/Abstract]) OR (("functional training"[Title/Abstract] OR ("functional ability"[Title/Abstract] OR "functional abilities"[Title/Abstract] OR "functional capacity"[Title/Abstract])) OR ("graded activity"[Title/Abstract] OR "graded work"[Title/Abstract] OR "graduated hours"[Title/Abstract]) OR ("health care provider training"[Title/Abstract] OR "healthcare provider training"[Title/Abstract]) OR (((("human resource training"[Title/Abstract] OR "injury management"[Title/Abstract] OR "job accommodation"[Title/Abstract] OR "job adaption"[Title/Abstract] OR "job-person"[Title/Abstract])) OR ("light duties"[Title/Abstract] OR "light duty"[Title/Abstract] OR "light work"[Title/Abstract]) OR "long term insurance"[Title/Abstract]) OR ("modified duties"[Title/Abstract] OR "modified duty"[Title/Abstract] OR "modified work"[Title/Abstract])) OR ("motivational interviewing"[Title/Abstract] OR "multidisciplinary intervention"[Title/Abstract]) OR (((("occupational health"[MeSH Terms]) AND "guidelines as topic"[MeSH Terms]) OR "occupational health guidelines"[Title/Abstract]) OR (((("occupational intervention"[Title/Abstract]) OR "occupational management"[Title/Abstract] OR "occupational rehabilitation"[Title/Abstract]) OR (((("pain reduction"[Title/Abstract]) OR "participatory ergonomics"[Title/Abstract] OR "post injury"[Title/Abstract]) OR ("psychotherapy"[MeSH Terms]) OR "psychotherapy"[Title/Abstract]) OR (((("reasonable accommodation"[Title/Abstract] OR "reasonable adjustment"[Title/Abstract]) OR reemploy*[Title/Abstract]) OR "disability evaluation"[MeSH Terms]) OR (((((((("secondary prevention"[Title/Abstract] OR "second employer"[Title/Abstract] OR "self-management training"[Title/Abstract] OR "service coordination"[Title/Abstract] OR "stress management"[Title/Abstract] OR "structured rehabilitation program"[Title/Abstract] OR "suitable duties"[Title/Abstract]) OR supervisor[Title/Abstract]) OR (((((((("supportive colleagues"[Title/Abstract] OR "supportive manager"[Title/Abstract]) OR ("vocational assessment"[Title/Abstract] OR "vocational rehabilitation"[Title/Abstract])) OR ("wage replacement"[Title/Abstract] OR "work adjustment"[Title/Abstract] OR "work conditioning"[Title/Abstract])) OR ("work-directed interventions"[Title/Abstract] OR "work disability management"[Title/Abstract]) OR ("work hardening"[Title/Abstract] OR "work modification"[Title/Abstract]) OR ("work program"[Title/Abstract] OR "work programs"[Title/Abstract])) OR ("work reintegration" AND "work role functioning"[Title/Abstract] OR "work visit"[Title/Abstract])) OR (((("work intervention"[Title/Abstract] OR "work interventions"[Title/Abstract] OR "working intervention"[Title/Abstract] OR "working interventions"[Title/Abstract]) OR ("work trial"[Title/Abstract] OR "working trials"[Title/Abstract] OR "work trials"[Title/Abstract] OR "working trial"[Title/Abstract])) OR ("workplace intervention"[Title/Abstract] OR "workplace interventions"[Title/Abstract]) OR ("workplace linked"[Title/Abstract] OR "workplace modification"[Title/Abstract] OR "worksite visit"[Title/Abstract]))	544724
----	--	--------

Population (workers OR injury/conditions) AND Intervention

Search	Query	Items found
#6	Search (#3 AND #5)	40694

Population (workers AND injury/conditions) AND Intervention

Search	Query	Items found
#8	Search (#4 AND #5)	10049

Outcome

Search	Query	Items found
#10	Search (((("absenteeism"[MeSH Terms]) OR absenteeism[Title/Abstract]) OR ((((((("lost claims"[Title/Abstract]) OR "alternative work"[Title/Abstract]) OR "benefit duration"[Title/Abstract]) OR ("compensation claims"[Title/Abstract] OR "compensation costs"[Title/Abstract])) OR ("continuance rate" OR "disability costs")) OR ("disability evaluation"[Title/Abstract] OR "early rehabilitation"[Title/Abstract] OR "economic savings"[Title/Abstract] OR "fit note"[Title/Abstract])) OR ("functional limitations"[Title/Abstract] OR "functional recovery"[Title/Abstract] OR "functional status"[Title/Abstract]) OR "graded activity"[Title/Abstract]) OR (((("health status"[Title/Abstract] OR "injury claim"[Title/Abstract] OR "injury experience"[Title/Abstract] OR "injury response"[Title/Abstract])) OR ("liability reduction"[Title/Abstract] OR "long term disability"[Title/Abstract] OR "lost time"[Title/Abstract] OR "lost workday"[Title/Abstract] OR "lost workdays"[Title/Abstract]) OR (((("occupational rehabilitation"[Title/Abstract] OR "partial return"[Title/Abstract] OR "permanent partial disability"[Title/Abstract])) OR "re-employment"[Title/Abstract] OR "re-injury"[Title/Abstract] OR "reasonable accommodation"[Title/Abstract] OR redeployed[Title/Abstract])) OR (("presenteeism"[MeSH Terms]) OR presenteeism[Title/Abstract]) OR (((("return to work"[MeSH Terms]) OR "return to work"[Title/Abstract] OR TTA[Title/Abstract] OR "short term disability"[Title/Abstract] OR "sick listed"[Title/Abstract] OR "sickness absence"[Title/Abstract] OR "sickness related absence"[Title/Abstract])) OR "sustainable employment"[Title/Abstract] OR ("time loss"[Title/Abstract] OR "time lost"[Title/Abstract])) OR (("sick leave"[MeSH Terms]) OR "sick leave"[Title/Abstract] OR (((("wage replacement"[Title/Abstract] OR "work ability"[Title/Abstract] OR "workability"[Title/Abstract] OR "work capacity"[Title/Abstract] OR "work disability"[Title/Abstract])) OR ("work limitations"[Title/Abstract] OR "work maintenance"[Title/Abstract] OR "work participation"[Title/Abstract] OR "work readiness"[Title/Abstract] OR "work reintegration"[Title/Abstract])) OR ("work role functioning"[Title/Abstract] OR worklessness[Title/Abstract])))	124080

Population (workers OR injury/conditions) AND Intervention AND Outcome

Search	Query	Items found
#12	Search (#3 AND #5 AND #10)	7016

De 7016 referencer der var resultatet af søgestrategien, blev alle gennemgået af to personer i forskningsgruppen. De blev gennemgået ud fra kriterierne, at der på baggrund af titel og abstract, skulle være indikation for, 1) at der var tale om arbejdsbetinget sygdom eller arbejdsulykke, 2) virksomhedsrettet intervention og 3) have et outcome, der skulle være arbejdsfastholdelse, TTA eller outcome relateret hertil.

I fald at ingen af reviewerne mente, at der var tale om at kriterierne var opfyldte, udgik referencen. Hvis én af reviewerne mente, at der kunne være tale om, at forholdene var opfyldt, gik artiklen videre til fuldtekst screening.

918 artikler gik, efter denne første screening baseret på titel og abstract, videre til fuldtekst læsning.

Artiklerne blev læst med henblik på yderligere vurdering af, hvorvidt artiklen omhandlede ansatte med arbejdsbetinget lidelse/arbejdsulykke, hvor der var foretaget arbejdspladsinterventioner, og hvor outcome var TTA eller arbejdsfastholdelse eller outcome relaterende hertil.

Af de 918 artikler blev identificeret 91 artikler, der opfyldte alle 3 kriterier for at kunne indgå i det videre systematiske review. Alle typer af peer reviewede artikler, der opfyldte de 3 kriterier, blev medtaget i den videre vurdering.

Kvalitetsvurdering

I fald at der var tale om et interventionsstudier med kontrolgruppe, hvad enten det var kohorte studier, randomiserede kontrollerede undersøgelser eller anden undersøgelsesdesign, ville disse blive scoret for videnskabelig kvalitet. Gruppen valgte at benytte den af

Institut for Work and Health udviklede metode (se bilag 2), der er særligt udviklet til bedømmelse af litteratur indenfor fastholdelse og TTA med arbejdspladsfokus, hvor 26 parametre bliver evalueret med en samlet vægget score, der angives i % af maximal score. Studier med en score over 75% betragtes i denne rapport som studier af høj kvalitet, 60 – 75% af middel kvalitet og scores under 60% som lav kvalitet (7). Det fremgår af bilag 4, hvilke af studierne, der kunne IWH scores.

De kvalitative studier er som interventionsstudierne publiceret i peer-reviewed tidsskrifter. Vi har i særlig grad anvendt den kvalitative forskning som underbyggende og diskuterende bidrag til at udfolde fundene i de kvantitative studier. Øvrige typer af studier er medtaget i reviewet, da disse bidrager med viden, om end evidensniveauet for øvrige typer studier ikke kategoriseres som bidragende med stærk evidens.

Evidensvurdering

Vurderingen af evidensniveauet i den fundne litteratur og de deraf følgende anbefalinger tager udgangspunkt i nedenstående tabel, der er inspireret af GRADE anbefalingerne (8) samt inspiration fra IWH gruppen i Toronto, der bygger sine anbefalinger på samme principper (9).

Evidensniveau	Minimum kvalitet af scorede studier	Minimum kvantitet	Konsistens af fund	Konsekvens for anbefalinger
Stærk	>75% i IWH score, og stærk evidens i systematiske reviews (hvis disse findes)	2	Alle skal pege i samme retning, dog hvis mere end 2 studier skal 2/3 pege i samme retning	Anbefales
Moderat	60-75% i IWH score eller moderat evidens i systematiske reviews	2	Alle skal pege i samme retning, dog hvis mere end 2 studier skal 2/3 pege i samme retning	Nævnes som mulig indsats
Lavt	<60% i IWH score og/eller moderat evidens i systematiske reviews	2	Alle skal pege i samme retning, dog hvis mere end 2 studier skal 2/3 pege i samme retning	Til inspiration

ARBEJDSSKADEBEGREBET I DEN INKLUDEREDE LITTERATUR

Kapitel 5

Hvilke arbejdsskader behandler studierne?

Fælles for de inkluderede studier er, at de omhandler ansatte med arbejdsskader, altså (gradvist opståede) arbejdsbetingede sygdomme og arbejdsulykker, hyppigst med sygemelding til følge. Men her holder ligheden op, og studierne arbejdsskadebegreb varierer på mange måder. For det første varierer det, om studierne beskæftiger sig med arbejdsulykker, med arbejdsbetingede sygdomme, eller med begge dele samlet, svarende til det danske begreb arbejdsskade (10). I denne rapport benyttes begrebet arbejdsbetinget sygdom, hvad enten der er tale om helbreds-konsekvenser af arbejdsulykke eller erhvervs sygdom. Her anvendes i engelsksproget litteratur oftest termerne work(-related) injury eller occupational injury, som hyppigst dækker det danske begreb arbejdsskade. Af og til kan disse termer dog også betyde enten arbejdsulykke eller erhvervsbetinget sygdom alene, bedømt ud fra sammenhængen – i det hele taget er der i den inkluderede udenlandske litteratur generelt ikke den danske skarpe opdeling mellem arbejdsulykker og erhvervsbetingede sygdomme.

Selve årsagsvurderingen, altså spørgsmålet om hvorvidt der er tale om en arbejdsskade, defineres i hovedparten af studierne rent juridisk-forsikringsmæssigt, ved at tilstanden er enten anmeldt eller anerkendt indenfor rammerne af det pågældende lands/områdes arbejdsskadesystem. Dog anvender de tre studier med højest kvalitetscore på det psykiske emneområde i stedet en ”ekspertvurdering” af årsagsvurderingen som et integreret led i diagnosticeringen (11)(12)(13). De to studier med højest kvalitetscore inden for det somatiske emneområde anvender dog ikke ekspertvurdering som led i studiet, men anerkendte arbejdsskadesager (14) (15) hvor validiteten af årsagsvurderingen trods alt må formodes generelt at være højere end for udelukkende anmeldte arbejdsskadesagers.

Den udbredte anvendelse i studierne af de ofte, på forhånd eksisterende, juridiske-forsikringsmæssige arbejdsskade-anmeldelser eller -anerkendelser er forståelig rent pragmatisk, men er en yderligere kilde til variation i mellem studierne, da arbejdsskadesystemet varierer fra land til land (og i visse lande fra landområde til landområde).

Mange af studierne - og alle studier med en høj kvalitet (kvalitetscore på >75: (14)(15) (11)(16)(13) - havde opstillet kriterier for arbejdsskadens alvor eller konsekvenser. Disse kriterier varierede, men var langt hyppigst udmøntet i, at den skadelidte skulle have været sygemeldt gennem en bestemt minimumsperiode. I nog-

le studier var der desuden angivet en maksimumsvarighed som et ”loft” for arbejdsskadens alvor.

Udover det noget flertydelige arbejdsskadebegreb i den inkluderede litteratur, dækker studierne som det senere vil fremgå - også et bredt panorama af sygdomme og helbredsproblemer inden for både det somatiske og det psykiske område. Med en enkelt undtagelse dækker studierne diagnoser, der også er kendt i det danske arbejdsskadesystem - undtagelsen er udbrændthed (burnout), der som ”erhvervs sygdom” i nogen grad er en svensk specialitet, som ikke har en pendant i det danske arbejdsskadesystem.

Selvom arbejdsskadesystemet i de enkelte lande kun enkelte steder i den inkluderede litteratur beskrives med nogen uddybning, fremgår det dog klart, at der i mange andre lande er opbygget et arbejdsskadesystem, der i væsentligt højere grad end det danske er opbygget således, at det ved økonomiske eller juridiske incitament befordrer arbejdspladsens engagement i den skadelidtes tilbagevenden til arbejdet. I Canada, Australien, USA og Holland er arbejdspladsen således generelt pålagt større økonomiske forpligtelser ifm. med den skadelidtes sygemelding, behandling etc. (selvom det i nogen grad svinger fra stat til stat og fra distrikt til distrikt i nogle af landene). I flere af disse landes stater (og distrikter) er der desuden et ret udbygget regelsæt, der fastslår arbejdsgiverens forpligtelse til at levere en koordineret og støttende TTA-proces for den skadelidte. Her ligger Danmark og Sverige i den modsatte grøft - sammen med en del asiatiske lande.

Men emnet om arbejdsskadesystemets incitamentstruktur berøres som antydning kun flygtigt i den inkluderede litteratur. Angående nogle supplerende spørgsmål, man i forlængelse heraf kunne stille, er de inkluderede artikler helt tavse: For det første spørgsmålet om, hvorvidt arbejdsgiveren har større incitament til at engagere sig i TTA-arbejdet i forbindelse med arbejdsulykker, hvor arbejdsrelationen ofte er ret åbenlys, i forhold til de gradvist opståede erhvervsbetingede sygdomme, hvor årsagsvurderingen ofte er mere uklar. For det andet spørgsmålet om, hvorvidt der er en lignende præference i arbejdspladsens TTA-engagement ifm. erhvervsbetinget sygdom opstået på grund af påvirkning på den aktuelle arbejdsplads, og ikke på en tidligere arbejdsplads. Endvidere belyses betydningen af psykosociale og relationelle forhold af særlig betydning ved TTA proces og fastholdelse efter arbejdsskade. Dette præsenteres i kapitel 9 ”Psykosociale forhold”.

REHABILITERING OG ARBEJDSFASTHOLDELSE GENERELT

Kapitel 6

I Danmark er rehabiliteringen af sygemeldte lovgivningsmæssigt bundet til de kommunale jobcentre, der koordinerer og iværksætter arbejdsmarkedsrettede tiltag hos borgere med langtidssygefravær.

De første 4 uger af en sygemelding, uanset om en sygemelding skyldes arbejdsbetinget sygdom eller anden sygdom, er en sag imellem arbejdsgiver og den ansatte. De fleste har overenskomstmæssig løn under sygdom i de første uger. Efter 4 uger er det muligt for arbejdsgiveren, at anmode om refusion svarende til dagpengebeløb fra den sygemeldtes hjemkommune. Dette også uagtet at man er sygemeldt af arbejdsbetinget sygdom eller sygdom af anden årsag. Arbejdsgiver og den ansatte kan i samarbejde udarbejde en mulighedserklæring. Her gennemgår den ansatte og arbejdsgiveren hvilke muligheder, der findes på arbejdspladsen som kan udføres i den aktuelle helbredssituation. Herefter udfyldes mulighedserklæringens del 1. Den ansatte skal herefter undersøges af egen læge, der udfylder del 2, hvor der tages stilling til om de foreslåede arbejdsopgaver er forenelige med den ansattes helbredssituation.

Der stilles ikke særlige krav, hverken til arbejdsgiver eller til jobcentersystemet af håndteringen af arbejdsbetinget sygdomme. I begge tilfælde er det således, at man kan opnå sygedagpenge i op til 22 uger inden for de seneste 9 måneder i det danske system. Hvis man fortsat er syg og uarbejdsdygtig som følge af egen sygdom efter 22 uger, er der imidlertid forskellige muligheder for at få forlænget denne frist. En af mulighederne er en verserende arbejdsskadesag. En verserende arbejdsskadesag, giver således arbejdsgiveren mulighed for forlænget kompensation af sygedagpenge.

En stor del af sygefravær grundet arbejdsbetinget sygdom kan være forårsaget af eksponeringer, der ligger forud for den aktuelle ansættelse. Derfor kan det være vanskeligt for nuværende arbejdsplads at gå ind i rehabiliterende tiltag, der retter sig imod eksponeringen.

Endvidere er der i det danske system ikke nogle særlige definitioner af arbejdsmarkedsrettet rehabilitering. Der arbejdes med en generel definition af rehabilitering, der lyder:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces imellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet med rehabilitering er, at borgeren, som har, eller er i risiko for at få betydelig begrænsninger i sin fysiske, psykiske og eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabiliteringen baseres på borgerens hele livssituation og beslutningerne består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats”(17).

Internationalt defineres arbejdsrettet rehabilitering som en multidisciplinær evidensbaseret tilgang, der ydes i forskellige arenaer og indeholder aktiviteter, der retter sig mod individer i den arbejdsføre alder med helbredsrelaterede funktionsbegrænsninger og problemer i arbejdsevnen. Det primære sigte med den arbejdsmarkedsrettede rehabilitering er at optimere deltagelse og derved fastholdelse på arbejdsmarkedet (18). I et igangværende dansk projekt vedrørende arbejdsrettet rehabilitering arbejdes med følgende definition, der også inddrager den danske lovgivningstekst på området: ”Et tværfagligt helhedsorienteret sagsforløb, mellem borger, gennemgående koordinerende sagsbehandler, rehabiliteringsteam og øvrige fagprofessionelle, hvor indsatser er indstillet ved et dialog-og koordineringsforum sammensat på tværs af myndigheder og forvaltninger. Formålet er at borgere med risiko for nedsat arbejdsevne, så vidt muligt får tilknytning til arbejdsmarkedet. Rehabilitering til arbejdsmarkedet baseres på den enkelte borgers samlede situation og deltagelse bestående af en tværfaglig koordinering af indsatser indenfor beskæftigelse, social og sundhed med fokus på beskæftigelse eller uddannelse” (19).

Ingen af definitionerne beskæftiger sig direkte med begrebet arbejdsbetinget sygdom.

I den daglige praksis tilstræbes det, at der skabes kontakt mellem arbejdsgiver, sygemeldte og jobcenter med henblik på at koordinere den arbejdsmarkedsrettede rehabilitering. Dette sker ikke i alle tilfælde. I en SFI rapport angives det, at der kun opnås kontakt mellem jobcenter og den sygemeldtes arbejdsplads i 14% af tilfældene og kun afholdt møde mellem parterne i 5% af tilfældene (20). I danske undersøgelser, hvor det har været tilstræbt at skabe kontakt mellem sundhedsvæsen og arbejdsplads, har det ligeledes vist sig at være vanskeligt at skabe denne kontakt (21) (22) (23). Blandt årsagerne til dette er afskedigelse af den sygemeldte samt at den sygemeldte ikke ønsker, at der tages kontakt til arbejdspladsen vedrørende den aktuelle sygdom.

I forbindelse med reform af bestemmelserne af såvel sygedagpenge- som førtidspension-flexjobssystemet er der kommet tiltagende fokus på vigtigheden af kontakt til arbejdspladsen, og kommunerne har oprustet med ansættelse af virksomhedskonsulenter, der skal skabe kontakten. Vurderet ud fra det øgede antal flexjob, der etableres for personer, som tidligere ville have fået førtidspension, synes dette at have haft en effekt. Der pågår aktuelt (ultimo 2017) evaluering af reformerne, og det er endnu for tidligt at vurdere den samlede effekt. I reformerne er der ikke taget særlige hensyn til borgere med arbejdsbetingede sygdomme.

RESULTATER

Kapitel 7

7.1 Multimodale interventioner

Mere end hver fjerde af de inddragne publikationer omhandler multimodale flerstrengede interventioner.

Type	Reference
Systematisk review	(7), (24), (25), (26)
RCT	(11), (15)
Kohortestudie	(27), (28), (29), (30), (31)
Case-control studie	(32)
Quasi eksperimentel	(33), (34)
Case studies	(35), (36), (37)
Kvalitative studier	(38), (39)
Editorials	(40), (41)
Pilot studier	(42), (43)

De systematiske reviews, hvoraf det ene er et Cochrane review, viser stærk evidens for reduktion i længden af sygefraværet og gensygemelding hos sygemeldte med lænderyg problemer ved en kombination af træning, patientuddannelse, ergonomiske indsatser på arbejdspladsen samt adfærdstræning (26). Inddragelse af arbejdspladsen i arbejdsgiver initierede programmer havde ikke signifikant positiv effekt på sygefravær eller gensygemelding(25). Cochrane-reviewet konkluderede, at arbejdspladsinterventioner er mere effektive end vanlig indsats i forhold til at hjælpe sygemeldte tilbage til arbejdet, og at dette nedsætter varigheden

af sygefraværet. Evidensen er stærkest (moderat evidens efter Cochrane kriterierne) blandt ansatte, der er sygemeldt på grund af muskuloskeletale problemer. I denne patientgruppe var der også effekt på smerter og funktionsevne. Der fandtes ikke sikker evidens, når sygefraværet skyldtes psykiske problemer eller kræftsygdomme. Arbejdspladsindsatsen bør tilbydes i kombination med kognitiv adfærdsmæssig intervention(24). I et nyere særdeles grundigt review med fokus på effekten af arbejdspladsrettede interventioner fandtes der stærk evidens for, at kombinationen af sundhedsmæssige indsatser og arbejdspladsrettede indsatser i form af TTA

koordinator og job-modifikation havde effekt på sygefraværets længde (7).

Det ene inkluderede RCT studie undersøgte hvorvidt tilknytning af ergoterapeut på arbejdspladsen, en grundig plan for tilbagevenden til arbejdet og en terapeutisk intervention med såvel individuelle som gruppe sessioner var mere effektive end vanlig behandling hos sygemeldte med depressive symptomer. Her fandt man, at dette forkortede sygefraværet og var cost-effektivt. Det havde dog ingen større effekt på de depressive symptomer (11).

Det andet inkluderede RCT-studie undersøgte effektiviteten af Sherbrooke modellen, der kombinerer og koordinerer kliniske og virksomhedsrettede interventioner og sammenlignede med effekten af enkeltkomponenterne hos patienter med lænderygsygdom. Man fandt, at den kombinerede Sherbrooke model medførte kortere sygefravær og lavere omkostninger for virksomhederne (15). Lignende resultater findes i en undersøgelse af ansatte med arbejdsskader på et større Amerikansk hospital. En tidlig og koordineret indsats med supervision af den sygemeldte og dennes overordnede, jobmodifikation understøttet af ergoterapeut og ”industrial hygienist” særligt uddannet i ergonomi reducerede længden af sygefraværet signifikant (37).

Kohortestudierne viser varierende resultater i forhold til TTA. Et kohortestudie, der introducerer ”best practice” i forhold til vanlig behandling af ansatte i transportbranchen der har udviklet PTSD efter at have været udsat for traumatiske hændelser, finder, at der opnås bedre indsigt i symptomatologi og den aktuelle situation, men at sygefraværet forlænges (27). Et andet prospektivt kohortestudie inkluderende ansatte med arbejdsbetingede muskuloskeletale problemer viste at en multimodal intervention bestående af fysisk træning, undervisning i skadesmekanismer, individuel og gruppe CBT, biofeedback, stress håndtering og hjælp til tilbagevenden resulterede i forbedret fysisk kapacitet og hurtigere og længerevarende TTA (28).

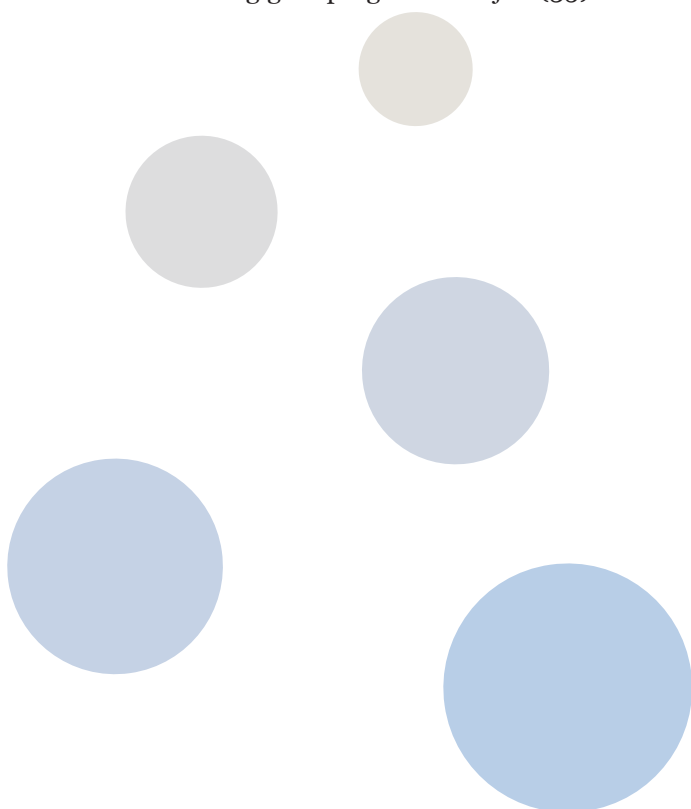
Tillæg af arbejdsrettet tilpasning og opmuntring til at genoptage arbejdet efter arbejdsskade medfører reducerede omkostninger til sygepenge i forhold til en kombination af tidlig intervention og vanlig behandling. Kombinationen af tidlig intervention og vanlig behandling

synes ikke at være mere effektiv end blot vanlig behandling (29). Et Australsk studie, der undersøgte ansatte med muskelskeletbesvær (MSB), fandt tilsvarende i et præ-post quasi-eksperimentalt design, at en koordineret indsats med fokus på tidlig behandling og fjernelse af barrierer for TTA er særdeles cost-effectivt (33).

Tilsyneladende er der størst effekt af multimodale programmer, når indsatserne koordineres i tilstrækkelig grad. Dette ses tydeligst i et kohorte-studie, hvor der i første omgang ikke var gavnlig effekt af en tværfaglig og multimodal indsats bestående af intern administration af arbejdsskade anmeldelser med henblik på primær forebyggelse, jobmodifikation og opmuntring til tidlig TTA. Først da disse indsatser blev koordineret af TTA koordinator, var indsatserne cost-effective (30).

Ved MSB finder et studie, at der bør fokuseres på at forbedre mulighederne for at håndtere smerteproblemerne snarere end at forsøge at reducere smerterne (31).

I litteratursøgningen har vi kun fundet enkelte artikler, som beskæftiger sig med andre helbredsforhold end MSB og psykiske helbredsproblemer. I et enkelt dermatologisk case-studie beskrives det, at det lykkedes at få ansatte i trykkeribranchen tilbage til arbejde igennem et samarbejde mellem et tværfagligt klinisk team, den sygemeldte og ledelsen på arbejdspladsen. Indsatsen blev tilrettelagt ved arbejdspladsbesøg, der resulterede i jobmodifikation og ændringer i arbejdsprocesserne. Patienten der havde udviklet en allergisk dermatit kunne efter disse tiltag genoptage sit arbejde (35).



7.2 Tilpassede arbejdsopgaver/jobmodifikation

Type	Reference
RCT	(15), (16), (54)
Systematisk review	(7), (48), (49), (52), (53)
Kohortestudie	(28), (31), (44), (45), (46), (47), (57)
Statusartikel	(50), (51)
Time serie	(37)
Quasi eksperimentel	(34), (55)
Case studie	(56), (58)
Pilot studie	(42)
Kvalitativt studie	(59)

Der findes en række studier omhandlende tilpassede arbejdsopgaver, heraf nogle i forhold til risikoprofiler. Der findes både kohorteundersøgelser, interventioner, litteraturoversigter og systematiske reviews. Rapporteringen af størstedelen af interventionerne har en række begrænsninger i forhold til nutidens standarder (CONSORT), og langt størstedelen af den tilgængelige viden i forhold til risikoprofiler er baseret på kohortestudier. I forhold til interventioner er tilpassede arbejdsopgaver/jobmodifikation ofte en del af en større multifaktoriel indsats, hvorfor det kan være svært at isolere resultaterne til udelukkende at dække over effekten af tilpassede arbejdsopgaver/ jobmodifikation alene.

Kohorte-studier

Der findes meget vigtig viden i kohortestudierne, der til dels virker til at være relevant i dansk sammenhæng. Begrebet "risikoprofil" er klassisk indenfor epidemiologien, og findes derfor under en del af kohortestudierne, dog udtrykt ved lidt forskellige termer. Fore, 2015 (28), er et amerikansk kohortestudie inkluderende 354 patienter med kronisk arbejdsbetinget muskel-skeletbesvær af mere end 4 måneders varighed. Studiet undersøger i hvilket omfang en forbedret fysisk kapacitet prædikerer succesfuld TTA 1 år efter at have gennemført et rehabiliterende multifacetteret program med individualiseret fysisk træning, patient uddannelse, stress hånd-

tering, rådgivning, gruppeterapi, bio feedback og "vocational reintegration". Studiet konkluderer, at Functional Capacity Evaluation (FCE) scores kunne påvirkes positivt af programmet og var prædiktivt for TTA og arbejdsfastholdelse efter 1 år. Casey, 2014(44), er et Australsk retrospektivt kohorte studie, som undersøger personer med alvorlige skader (der har medført erstatningskrav). Formålet var at kortlægge faktorer, der har betydning for positive TTA udfald og at beskrive personer, der henvises til rehabiliteringsudbydere på arbejdspladsen. Studiet foreslår, at rehabiliteringsudbydere på arbejdspladsen har øget fokus på arbejdstagere med længerevarende skade, lav socioøkonomisk status, stigende alder, personer med manuelt arbejde. Varigheden af skaden er en afgørende faktor for at opnå positive TTA-resultater, hvilket tyder på, at skadede arbejdstagere bør henvises tidligere til TTA tiltag. Gross, 2013(45), er et historisk kohorte studie fra Canada, hvis formål er at udvikle en klassifikations algoritme og et klinisk beslutningsværktøj, der skal hjælpe til bedre at kategorisere skadede arbejdstagere baseret på individuelle risikoprofiler. Brugen af værktøjer til behandlingsklassifikation synes at have resulteret i klassificerings-kvalitet, der var bedre end beslutninger taget af klinikere. Klassifikationen blev udført på baggrund af bl.a. skades varighed, jobtype, arbejdsstatus, muligheden for andre arbejdsopgaver, smerteintensitet, selv vurderet arbejdsbegrænsning og helbred (9 spørgsmål fra SF-36). Lederer, 2012(46), er et canadisk kohorte studie inkluderende 455 patienter med langtids-MSB (nakke/ryg og OE), der undersøger betydningen af personlige og arbejdsrelaterede psykosociale, fysiske og organisatoriske forholds betydning for TTA stratificeret for køn. Der findes kønsforskelle; for kvinder findes højere alder, lav økonomisk status, have ansvar for andre, lange arbejdstider over 40 timer/uge og manglende opmærksomhed på arbejdsmiljøapparatet at have negativ betydning. Høj indkomst har positiv association. For mænd havde alder >55 år, lav selvoplevet økonomi, lange arbejdsdage >40 timer/uge, høj selvoplevet fysisk arbejdsbelastning og usikkerhed i jobbet negativ association med TTA. Joy, 2001(31), studie fra USA, er en retrospektiv sammenligning af 115 sygemeldte personer med rygskaade, som vender tilbage til arbejde eller forblev sygemeldte efter et "work hardening program", som er et multidisciplinært rehabiliteringsprogram for skadede medarbejdere. Undersøgelsen finder ingen signifikante forskelle i alder, skadeslængde,

smerte, eller tolerance for fysisk aktivitet i arbejdet. Eneste forskel var, at de, der vendte tilbage, havde en højere smertetolerance end de, der ikke gjorde, og artiklen konkluderer derfor, at rehabilitering bør fokusere på smertetolerance fremfor smerte i sig selv. Evidensniveauet for anbefalingen er grundet undersøgelsens design lavt. Hanson, 2001(47), er et amerikansk retrospektivt kohortestudie blandt hospitals- og universitets ansatte, som havde pådraget sig en arbejdsbetinget lidelse i nakke og/eller øvre ekstremiteter. På baggrund af spørgeskemabesvarelser blev deltagerne fordelt i 3 grupper. 1: ansatte på et hospital, som havde fået foretaget arbejdsplads analyse og -modifikation af en ergoterapeut 2: ansatte på et universitet, som havde fået foretaget arbejdsplads analyse og -modifikation af en arbejdsmiljøansvarlig og 3: ansatte på et universitet, som ikke havde fået foretaget analyse eller modifikation. Der var ikke signifikant effekt, men resultaterne tydede på, at ansatte, der fik arbejdspladsanalyse og -modifikation, havde mindre fravær end de, der ikke fik tilbudt arbejdspladsmodifikation.

Reviews og litteraturoversigter

Shi, 2013(48), er et systematisk review af prognostiske faktorer for TTA efter arbejdsrelaterede traumatiske håndskader. Det er ikke et review af interventioner. Der indgår 8 studier i reviewet. Der var lav til moderat evidens for, at personer med mere alvorlige skader og lavere indkomstniveau var mindre tilbøjelige til at komme tilbage til arbejde. Der var desuden lav til moderat evidens for, at alder, køn og uddannelsesniveau ikke havde nogen indflydelse på TTA. Eftersom reviewet ikke baserer sig på interventioner, har det begrænset værdi i forhold til konkrete indsatser, men påpeger dog nogle områder, hvor man skal være specielt opmærksom på at gøre en indsats, nemlig for personer med mere alvorlige skader og lavere indkomstniveau. Noonan, 2010(49), er en litteraturoversigt over biopsykosociale perspektiver forbundet med indsatser mod arbejdsrelateret MSB, som konkluderer, at behandling og tidlig indsats mod arbejdsrelateret MSB kun kan være meningsfuld, hvis det ses indenfor rammerne af specifikke målrettede indsatser, hvor der tages højde for psykosociale mekanismer. Med fokus på tidlig screening af arbejdstagere i risiko for forsinket recovery kan målrettede interventioner udvikles og rettes mod specifikke "risikoprofiler" på baggrund af fysiske og psykosociale

variabler. Det foreslås, at indsatser skal være biopsykosociale for derved at imødekomme det komplekse og multifaktorielle sygdomsforløb i forhold til arbejdsrelateret MSB. Helliwell, 2004(50), er en statusartikel, der fremlægger en 10-punkts tilgang til diagnosticering og behandling af arbejdstagere med ikke-specifik overekstremitets smerter. Overordnet set skal indsatser være tværfaglige og ikke kun adressere de fysiske faktorer på arbejdspladsen, men også beskæftige sig med "yellow flags" (psykologiske faktorer som fx fear avoidance), "blue flags" (arbejdspladsfaktorer som fx høje krav og lav kontrol), "black flags" (organisatoriske forhold på arbejdspladsen). For sygemeldte personer med ikke-specifik overekstremitetssmerte bør der etableres dialog mellem arbejdstagerne, den primære behandler og arbejdspladsen. Velskrevet artikel og tydeligt, at forfatteren har stor viden indenfor området. Cullen, 2017(7), er et systematisk review af effekten af interventioner på arbejdspladsen i forhold til MSB -, smerterelaterede - og psykiske lidelser. Undersøgelsen omfatter 26 randomiserede studier og 10 kohorte-studier. Studiet konkluderer bl.a., at multi-faktoriel intervention har en stærk positiv effekt på TTA ved MSB-lidelser og smerte-relaterede lidelser, og at der er moderat evidens for, at tilpasning af arbejdsfunktionerne mindsker sandsynligheden for mistede arbejdsdage. Horsley, 2011(51), er et narrativt review om faktorer, der fremmer og hæmmer TTA-processen efter arbejdsbetinget sygdom/ulykke set i et biospsykosocialt perspektiv. Et af de punkter, der kan fremme TTA processen, er muligheden for job-tilpasning/ergonomisk forbedring. Williams, 2006(52), afrapporterer et systematisk review, der inkluderer 10 studier vedrørende effekten af indsatser på arbejdspladsen i behandlingen af arbejdsrelateret rygsmerter. Det viste sig bl.a., at ergonomiske indsatser (fx participativ ergonomi) samt arbejdsplads tilpasning, tilpasning af jobopgaver, og tilpasning af arbejdstiden var effektive til at få skadede arbejdstagere tilbage på arbejde. Carrol, 2009(53), er et systematisk review fra UK der inkluderer 12 studier, der bl.a. undersøger om TTA effektiviseres ved arbejdspladsinvolvering for ansatte med rygsmerter. De fandt, at interventioner, hvor ansatte, sundhedsfagligt personale og ledere arbejder sammen om jobmodifikation, er mere effektive ift. TTA end andre interventioner

Interventioner

Der er ingen af de randomiserede studier, der evaluerer en indsats, som udelukkende består af tilpassede arbejdsopgaver/jobmodifikation. Der er dog flere

høj-kvalitets interventions-studier, hvor tilpassede arbejdsopgaver/jobmodifikation indgår som en del af en flerstrengt indsats eller som effektmål i form af tilbagevenden til modificeret jobfunktion. Derimod er der flere ikke-RCT studier af lavere kvalitet, fx quasi eksperimentielle og case studier, der undersøger effekten af tilpassede arbejdsopgaver/jobmodifikation på TTA.

Herunder er først beskrevet 3 moderat-høj kvalitets interventionsstudier hvorefter studier af lavere kvalitet (i.e. ikke ratede) opridses.

Moderat- til høj-kvalitets interventionsstudier (ratede)

I Loisel, 2002(15), (Score på 79) afrapporteres et høj-kvalitets randomiseret studie af medarbejdere med mindst 4 ugers sygemelding pga. arbejdsbetinget ryglidelse fra 31 forskellige Canadiske virksomheder fra Sherbrooke-området. Deltagerne blev allokeret til en af fire arme; standard behandling, klinisk indsats, arbejdsplads indsats, samt en kombineret indsats, der involverede klinisk behandling og arbejdspladsindsats (såkaldte Sherbrooke model). Sherbrooke modellen består af TTA-koordination, jobmodifikation, klinisk undersøgelse, rygscole, tværfaglig intervention, herunder bl.a. psykolog. For de medarbejdere, der havde gennemgået den fulde Sherbrooke-model, var der en (ikke signifikant) tendens til højere cost-benefit end de 3 andre indsatser. Cost-benefit defineredes som de totale udgifter til interventionen fratrukket de totale udgifter, som ryglidelserne udløste (hvor forsikringens dækning af tabt arbejdsindkomst var den væsentligste post). En lignende ikke signifikant tendens sås for cost-effektiviteten defineret som antallet af sygedage pga. ryglidelserne sat i forhold til de totale udgifter til interventionen. Baseret på samme forskningsprojekt havde forskergruppen tidligere rapporteret, at der var en 2.4 gange hurtigere tilbagevenden til arbejde i den kombinerede indsats, der involverede klinisk behandling og arbejdspladsindsats. Netterstrøm, 2013(16), er et høj-kvalitets RCT-studie (score på 80), som undersøger effekten af et tværfagligt stressbehandlingsprogram på TTA, som gennemføres på 2 sygehusafdelinger. Deltagerne blev tilfældigt allokeret til en interventionsgruppe, standardbehandling og en ventende kontrolgruppe. Interventionsgruppen modtog en multifaktoriel indsats, der indebar justering af arbejdsbelastninger og arbejdsopgaver, identifikation af relevante stressfaktorer, ændring af deltagernes coping-strategier, forbedret dialog på arbejdspladsen og mindfulness-baseret stress reduktion. Indsatsen reducerede stresssymptomer og øgede TTA raten sammen-

lignet med standardbehandling (12 konsultationer med en psykolog,) og kontrol. Tan, 2015(54), er et moderat kvalitets-RCT-studie (score på 72.9) fra Singapore, der inkluderer 160 hospitalsarbejdere udsat for en arbejdsulykke, der krævede skadestuebehandling. Deltagerne blev randomiseret til vanlig behandling eller til en indsats, der involverede en TTA koordinator, som tog tidlig kontakt til arbejdsplads, hvor der blev foretaget arbejdspladsvurdering og møder med sundhedsvæsenet. Der blev foretaget en bio-psyko-social bedømmelse af den skadede arbejder inkluderende såvel fysisk, psykisk som kognitiv funktionsevne. Der blev iværksat uddannelse af såvel arbejdsgiver som den skadede om muligheder på arbejdsmarkedet og om arbejdsskadesystemet; den rehabiliterende plan blev tilrettelagt herefter. Indsatsen havde en positiv effekt på tilbagevenden til modificeret jobfunktion 3 måneder efter skaden.

Indsatser af lavere kvalitet (ikke ratede)

Bernacki, 2000(37), er et time-series studie fra USA, der evaluerer betydning af et "Early Return to Work Program" for sygemeldte medarbejdere. Programmet involverer både medarbejder og leder og indeholder komponenter af jobtilpasning med en ekspert indenfor ergonomi for at facilitere processen for medarbejdere med arbejdsbegrænsninger. Sygefraværet falder til under halvdelen efter indførelsen af programmet. Evidensniveauet er dog lavt, da undersøgelsen ikke er randomiseret, men styrkes dog ved at sygefraværet har ligget stabilt i en periode på 4 år op til indførelsen af programmet, og falder efter indførelsen og bliver på et stabilt lavt niveau de efterfølgende 6-7 år. Grundet størrelsen og længden af undersøgelsen (ca. 10 år) kan det være værd at drage nytte af dets erfaringer. Erfaringerne er, at det mest effektive TTA program bør være multifaktorielt med inddragelse af læger, arbejdsmiljø-professionelle, den skadede/sygemeldte medarbejder og dennes leder, samt en person, der har ekspertise i ergonomi, for bedst muligt at kunne tilpasse opgaverne i forhold til medarbejderens fysisk kapacitet. Dowd, 2010(34), er et quasi eksperimentielt studie, der vurderede effekten af en arbejdsgiver- og klinikbaseret intervention ift. behandlingsudgifter. Resultaterne tyder på, at relativt beskedne indsatser ift. koordinering af lægehjælp/rådgivning med opgavemodifikation på arbejdspladsen tillader tidlig reintegration af skadelidte medarbejdere, hvilket resulterer i betydelige reduktioner af behandlingsudgifter. Behandlingsudgifterne kan dog ikke anvendes som et proxymål for lost time i dette tilfælde, da både indsatser, population og beregninger i

forhold til TTA er uklart beskrevet. Lai, 2007(55), er en quasi-eksperimentel undersøgelse af effekten af et pilot case-management-program på TTA, antal sygedage og kompensations-omkostninger blandt 433 sygemeldte (grundet skade) rengøringsansatte. Programmet blev implementeret af en case-manager, der var karakteriseret ved at arbejde tæt sammen med hver af de sygemeldte og tog rollen som koordinator og rådgiver, herunder igangsættelse af arbejdspladsrettede aktiviteter (eks. Job-modifikation og indretning). Case-manageren tog kontakt umiddelbart efter skaden og foretog en analyse og evaluering af den sygemeldtes funktionelle kapacitet, og designede derefter den relevante TTA plan i samarbejde med arbejdsgiver og den ansatte. I forhold til en kontrolgruppe, der modtog konventionel rehabilitering, førte interventionen til færre sygedage og færre kompensationsudgifter, men overordnet var der ingen forskel i raten af TTA efter 6 mdr. Shaw, 2008 (56), er et Canadisk case-studie af en virksomhed med 184 medarbejdere, der er sygemeldte med skulderlidelser. Medarbejderne modtog en indsats bestående af arbejdspladsmodifikation med 4 trin: 1) tilpasset jobrotation, 2) begrænsning fra visse arbejdsopgaver, 3) byrdereducering eller skift til lettere opgaver, eller 4) fuldstændigt skift til fysisk lette arbejdsopgaver. Undersøgelsen viste at 56% af medarbejderne, der deltog i det tidlige TTA-program, kom tilbage i arbejde inden for en måned. Samlet set vendte 87,8% af medarbejderne med rotator cuff skader tilbage til samme arbejde, som de havde før skaden. Resultaterne har dog begrænset værdi, da det er et case studie, som desuden mangler en del i afrapporteringen.

Interventioner i forhold til risikoprofiler

Da risikoprofiler i sig selv mere er brugt i epidemiologien, er der forholdsvis lidt vedrørende interventioner i forhold til forskellige risikoprofiler. Schultz, 2008(42), artiklen afrapporterer et Canadisk pilotstudie med 72 deltagere, der sammenligner en tidlig multimodal intervention med vanlig behandling hos patienter med rygsmerter, der ikke svinder spontant. Endvidere scores patienterne med et spørgeskema, der kategoriserer dem som høj eller mellem risiko for langt sygefravær. Der følges op efter tre og seks måneder. Interventionen har effekt på højrisikopatienter, men først efter seks måneder. Ingen forskelle efter tre måneder og på intet tidspunkt forskelle hos mellem-risikopatienter. Studiet har begrænset værdi med et meget lille deltagerantal, men man kunne med fordel forsøge at finde den store undersøgelse, der gennemføres efter pilotstudiet.

Metodiske og tilgangsmæssige overvejelser i forbindelse med TTA

Der er nogle metodiske/tilgangsmæssige overvejelser, der kan også kan overvejes i dansk sammenhæng. I forhold til at standardisere målinger for funktionsevne/kapacitet i forbindelse med TTA, er Peppers, 2017(57), et amerikansk studie, der retrospektivt gennemgår journaler fra 27 veteraner, der har søgt behandling grundet kroniske moderate MSB-smerter. Man sammenligner den kliniske vurdering af funktionsevne/kapacitet med en egentlig standardiseret måling af funktionsevne/kapacitet. Der findes divergens mellem de to metoder, og dette har betydning for rådgivningen af den syge. Den kliniske vurdering er mindre præcis end den standardiserede måling, og det kan derfor fremadrettet også i dansk sammenhæng være brugbart at udvikle standardiserede metoder til måling af funktionsevne/kapacitet. En anden overvejelse er i forhold til, hvor fokus lægges. Dunstan, 2014(58), baserer sig på spørgeskema-feedback fra 33 deltagere i et 6-ugers CBT-program for smerte og arbejdsevne. Undersøgelsen er lille og designet er svagt, men fremhæver en interessant problemstilling, nemlig at vedvarende lidelser med smerte-problemer bliver undervurderet i et system, der

har primær fokus på TTA fremfor de individuelle helbredsproblemer. Der er også vigtige ting at hente i kvalitative undersøgelser. Williams, 1991(59), er et ældre amerikansk kvalitativt studie, der adspurgte 33 personer, som alle havde været ude for en arbejdsulykke, og som inden for de seneste måneder havde deltaget i en hurtig tilbagevendingsproces med arbejdsmodifikation. De 33 personer kom fra forskellige arbejdspladser og 3 overordnede forskellige industrier. 2/3 af de adspurgte havde et positivt syn på TTA-programmet, mens for 1/3 blev programmet vurderet til at være negativt og mindre frugtbart. De, der oplevede programmet som negativt og mindre frugtbart, var ofte mindre tilfredse med deres normale job inden ulykken, havde været sygemeldt mere end 4 uger inden TTA, oplevede følelsesmæssigt stress, forlænget periode med funktionsnedsættelse, oplevede lille grad af støtte fra arbejdet og forværring mens de var i det tilpassede job og i overgangen til deres normale job. Derudover beskrives der generelle opmærksomheder, når der skal udformes et tilbagevendingsprogram, herunder at mange oplevede deres modificerede job som kedeligt og meningsløst. Kun få oplevede deres leder som oprigtig bekymret for dem.

7.3 TTA Koordinator

Type	Reference
Systematisk review	(52), (53), (60), (25).
Kohortestudie	(15), (30).
Quasi-eksperimentel	(34), (55)
Time-series	(37)
Kvalitative studier	(51), (61), (62)
Editorial (med reference til RCT)	(41)
Overview of Litterature	(63)

De faktorer, som spiller en rolle for ansattes TTA ved sygdom, herunder arbejdsbetingede lidelser eller –ulykker, er multifacetterede og vedrører indsatser fra flere forskellige aktører (stakeholders). Det er almindeligt anerkendt, at indsatserne omfatter flere søjler og involverer adskillige interessenter/aktører, herunder sundhedsfaglige – (praktiserende læger, fysio- og ergoterapeuter, psykologer, arbejdsmedicinere, sygehusafdelinger), arbejdspladsrelaterede -, forsikringsrelaterede - og kommunale indsatser (sagsbehandler, jobcenter). De sundhedsfaglige indsatser vedrører væsentligst behandling og rådgivning. Særligt de arbejdspladsrettede indsatser er mangeartede, og omfatter eks. arbejdspladsindretning, modificering af arbejdet (arbejdstid, arbejdstilrettelæggelse, jobfunktion, træning), herunder aftale, forventningsafstemning og opfølgning på indsatserne mellem den ansatte og arbejdsgiveren. Den kommunale og forsikringsmæssige involvering vedrører bl.a. juridiske aspekter, herunder eks. berettigelse angående dagpenge, tidsfrister, arbejdsskader/sygdom m.v. Endelig sigter den samlede indsats at tilrettelægge

TTA-processen mest hensigtsmæssigt, og planlægning af de enkelte indsatser og resultaterne heraf søges løbende vurderet og evalueret mhp. koordinering aktørerne imellem.

Systematiske reviews

Systematisk review fra England, der inkluderer 12 studier, hvor man undersøgte om TTA effektiviseres ved arbejdspladsinvolvering for ansatte med rygsmerter, ligesom man undersøgte, hvorvidt interventioner med en arbejdspladskomponent er mere cost-effektive sammenlignet med intervention uden arbejdspladsinvolvering. 2 ud af de 12 studier har undersøgt arbejdsbetingede rygsmerter. Simpel involvering af arbejdspladsen vedrørende indsatser førte ikke til bedre TTA blandt arbejdstagere med minimum 2 ugers sygefravær (53). Man fandt imidlertid, at interventioner hvor ansatte, sundhedsfagligt personale og ledere arbejdede sammen om jobmodifikation var mere effektive ift. TTA, ligesom tidlig intervention var effektiv. Den økonomiske evaluering indikerede, at arbejdspladsinterventioner er mere

cost-effektive end interventioner uden arbejdspladsinvolvering. Endvidere, at indsatser med fysisk træning på arbejdspladsen var mere effektive end fysiske træningsindsatser uden for arbejdspladsen. Størstedelen af studierne var af moderat til god kvalitet.

Systematisk review inkluderende 10 studier omkring effekten af indsatser på arbejdspladsen i behandlingen af arbejdsrelateret rygsmerter. Resultaterne viste, at der var bedst evidens for sundhedsfaglig indsats sammen med arbejdspladsindsats for at få skadede arbejdstagere hurtigere tilbage til regulært arbejde samt at reducere smerte og øge funktionsevne. Indsatser vedrørende at vende tidlig tilbage til arbejde/tilpasset arbejde viste sig effektive i at reducere raten af rygskader, reducere tabt arbejdstid grundet rygskader, samt at reducere smerte og øge funktionsevne. Der var tale om træningsindsats og ergonomiske indsatser samt arbejdspladstilpasning, herunder tilpasning af jobopgaver og af arbejdstiden, som viste sig at være effektive til at få skadede arbejdstagere tilbage på arbejde (52).

Canadisk-amerikansk review fra 2007, som undersøgte TTA-koordinatorernes rolle. Der var tale om både kvantitative (20) og kvalitative undersøgelser (2), i alt gennemgang af 51 artikler, dækkende 22 studier, som identificerede 29 koordinator-aktiviteter indenfor 6 områder: ergonomi og arbejdspladsvurdering, optagelse af historie/interview, social problemløsning, kommunikation/mægling på arbejdspladsen, juridiske og arbejdsmarkedsmæssige aspekter og kendskab til medicinske tilstande. Ikke alle artikler havde med arbejdsulykker at gøre. 20 ud af 22 studier fandt moderat til høj effekt på TTA efter intervention. Dette review finder samlet set, at TTA-koordinering kan bestå af mange forskellige aktiviteter, og at der kan være store forskelle i koordinatorernes baggrund, træning og metoder. Man finder at TTA-rollen fortsat udvikler sig og at det tyder på, at specifikke kompetencer herunder ergonomisk arbejdsmodifikation samt interpersonelle - og kommunikationskompetencer (fx konfliktløsning) kan være de mest afgørende for succesfuld TTA-koordinering. Artiklen foretog ikke en vurdering af kvaliteten af studierne, men konkluderede, at der overordnet var moderat til høj effekt af koordinatormedierede TTA-indsatser (60).

Systematisk review inkl. 12 studier vedr. ansatte med fysisk skade, mentale helbredsproblemer og andre sygdomme, der resulterer i funktionelle arbejdsbegræns-

ninger og sygefravær. Undersøger effekten af arbejdsrelaterede indsatser udført og implementeret af arbejdsgiveren (workplace disability management programs). Der var ikke tilstrækkelig evidens til at drage konklusion af effekten af arbejdsgiverinitierede programmer mhp. TTA. Det var heller ikke muligt at pege på elementer i programmerne, som var effektive (25).

Kohortestudier

Kohorte-studium af medarbejdere fra 31 forskellige virksomheder. Medarbejdere med mindst 4 ugers sygemelding pga. arbejdsbetinget ryglidelse allokeres til en af fire arme (standard care, udelukkende klinisk intervention, udelukkende arbejdsplads-intervention, samt en kombination af disse sidste 2 (Sherbrooke modellen)) og følges med en gennemsnitlig follow-up tid på 6,4 år. Sherbrooke modellen består i TTA-koordination, jobmodifikation, klinisk undersøgelse, rygscole, tværfaglig intervention med bl.a. psykologsamtaler. For de medarbejdere, der havde gennemgået den fulde Sherbrooke-model var der en (ikke signifikant) tendens til højere cost-benefit end de 3 andre "arme". Cost-benefit defineres som de totale udgifter til interventionen fratrukket de totale udgifter, som ryglidelserne udløste. De samme insignifikante tendens var tilfældet for cost-effektiviteten, defineret som antallet af sygedage pga. ryglidelserne sat i forhold til de totale udgifter til interventionen (15).

Et amerikansk kohortestudie, hvor et stort selvforsikret hospital indførte et "cost-control" og et multimodalt program. "Cost-control"-programmet startede i 1993 og omfattede tidlig TTA, primærforebyggelse, intern administration af arbejdsskadesager og jobmodifikation. Det multimodale program blev gennemført i 1997, og omfattede proaktiv TTA koordinering, som bl.a. sikrede bedre kommunikation på tværs af interessenter. Da virksomheden fuldt havde implementeret det multimodale program, faldt antallet af anmeldte arbejdsrelaterede sygdomme, samt den totale mængde sygefravær og de samlede udgifter. Det samme niveau gjorde sig ikke gældende efter indførslen af "Cost-control"-programmet (30).

Quasi-eksperimentelle studier

Et quasi-eksperimentelt studie, der vurderede effekten af en arbejdsgiver- og klinikbaseret intervention ift. udgifter. Interventionen blev designet til at forbedre kommunikation og koordinering mellem arbejdsgiver

og læge, for at hjælpe medarbejdere med arbejdsrelaterede skader at vende tilbage til arbejde. Arbejdsgiver- og klinikinterventionerne gjorde, at udgifterne faldt. Resultaterne tyder på, at relative beskedne indsatser ift. koordinering af lægehjælp/rådgivning med opgavemodifikation på arbejdspladsen tillader tidlig reintegration af skadelidte medarbejdere, hvilket resulterer i betydelige reduktioner af behandlingsudgifter (34).

Quasi-eksperimentel undersøgelse af effekten af pilot case-management-program på TTA, antal sygedage og kompensations-omkostninger hos 433 ansatte i et rengøringsfirma, hovedsagelig rengøringsassistenter og andre grupper med manuelt arbejde, som havde fået en skade under arbejdet og var blevet sygemeldte. Skaderne omfattede blå mærker, forstuvninger, forstrækninger, forbrændinger, snit, kontusioner m.m. Undersøgelsen blev designet og udført, da man havde fundet at det normale arbejdsskade- og rehabiliteringssystem ikke fordrede TTA. Interventionen med case-manager var karakteriseret ved at arbejde tæt sammen med hver af de sygemeldte og tog rollen som koordinator, rådgiver, herunder arbejdspladsrettet aktiviteter (eks. indretning, modifikation), (TTA)-ekspert. Case-manager var enten fysioterapeut eller ergoterapeut. Case-manager tog kontakt umiddelbart efter skaden og foretog en analyse og evaluering af den funktionelle kapacitet, og designede derefter den relevante TTA-plan i samarbejde med arbejdsgiver og den ansatte. Kontrolgruppe vedrørte konventionel rehabilitering, hvor vurdering af skaden blev foretaget af en læge mhp. viderevisitation til at modtage fysioterapeutisk indsats. Forløbet af fysioterapi varierede fra et par til flere sessioner (et par uger til et par måneder) afhængigt af fremskridt i den fysiske kapacitet, som blev vurderet af læge. Der var tale om træning af arbejdskapacitet, herunder iht. arbejdsrelaterede funktioner. Resultat var, at interventionsgruppen havde færre sygedage og færre kompensationsudgifter, men overordnet var der ingen forskel i raten af TTA efter 6 mdr. Svagheder i undersøgelsen var, at der ikke var oplysning om matchede grupper, hverken beskrivelse af skadealvorlighed, konkurrerende lidelser, forløbsbeskrivelse m.v. (55).

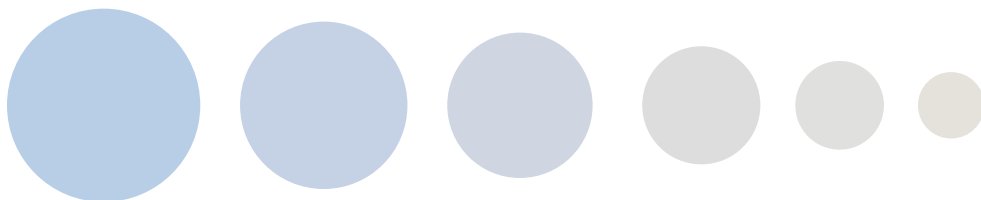
Time-series

Ref.(37): Time-series-undersøgelse fra USA, der evaluerer betydning af et TTA-program for sygemeldte medarbejdere. Programmet involverer både medarbejder og leder og indeholder komponenter af jobtilpasning med en ekspert indenfor ergonomi for at facilitere processen for medarbejdere med begrænsninger. Sygefraværet falder til under halvdelen efter indførelsen af programmet. Evidensniveauet er dog lavt, da undersøgelsen ikke er randomiseret, men styrkes dog ved, at der er sygefraværet har ligget stabilt i en periode på 4 år op til indførelsen af programmet, og falder efter indførelsen og bliver på et stabilt lavt niveau de efterfølgende 6-7 år.

Kvalitative studier

Narrativt review om faktorer, der fremmer og hæmmer TTA-processen efter arbejdsbetinget sygdom/ulykke, set i et bio-psyko-socialt perspektiv. Væsentlige punkter ud fra et arbejdsplads-perspektiv er, at der tidligt i processen skal grundlægges et tillidsfuld og konstruktivt samarbejde mellem den sygdomsramte og hans/hendes leder/supervisor (og arbejdspladsen som et hele), og at der også etableres en tidlig kontakt mellem den sygdomsramtes læge/behandler og arbejdspladsen, præget af god kommunikation uden forsinkelser. Også patientens forudbestående jobtilfredshed spiller ind, samt muligheden for job-tilpasning/ergonomisk forbedring. Også den sygdomsramte læge/behandler skal forstå, at psykosociale forhold i høj grad spiller ind, ikke mindst hvad angår patientens forventninger til TTA, og anvende en positive og beroligende tilgang til patienten på et tidligt tidspunkt (51).

Et australsk kvalitativt studie med fokusgruppeinterviews blandt 25 TTA-koordinatører. Undersøgelsen tyder på, at TTA koordinatører generelt godt kan uddannes bedre til opgaven. Overordnet er der mangel i forhold til både personlige og organisatoriske faktorer. Der peges specielt på, at koordinatørerne skal blive bedre til at kommunikere både med de enkelte medarbejdere og arbejdspladserne, herunder vedrørende dokumentation og øvrig korrespondance med aktørerne. TTA-koordi-



natorerne efterspørger selv mere viden og kendskab til symptomer og disses betydning for forløbet for den enkelte medarbejder. Koordinatorerne peger på, at evnen til forhandling og konfliktløsning er vigtige faktorer (61).

En kvalitativ australsk undersøgelse med fokusgruppeinterviews med 25 TTA-koordinatorer for sygeplejersker med skader (ikke specificeret om det er arbejdsbetinget), som beskriver motiver og barrierer set fra TTA-koordinatorens perspektiv. Undersøgelsen konkluderer, at koordinatorerne er en vigtig ressource, herunder deres innovative tilgang for at finde løsninger for de enkelte arbejdspladser, ligesom evnen til at reflektere over arbejdets mange facetter spiller en rigtig vigtig rolle i TTA-processen (62).

Editorial

En editorial, der beskriver resultatet af en randomiseret undersøgelse med 196 deltagere, der har to faser. I første fase blev der randomiseret til virksomhedsrettet intervention versus vanlig behandling. Den virksomhedsrettede intervention gennemføres inspireret af Loisel med partcipatorisk ergonomi, case-mangement, inddragelse af såvel ansatte og arbejdsgiver. Dette medfører signifikant hurtigere TTA end vanlig behandling. I fase 2 randomiseres de, der ikke havde opnået TTA efter 8 uger til enten gradvis tilbagevenden eller vanlig behandling. Der var ingen forskelle på de to tilgange (41).

Overview of litterature

Overview. En gennemgang af systematiske reviews og guidelines med henblik på at udfærdige et program til TTA for ansatte med lænde-ryg-smerter. Man fandt frem til, at et program skulle omfatte følgende interventioner: at have uddannet personale til at koordinere TTA-processen, at identificere og prioritere hindringer og løsninger for TTA i forhold til alle vigtige interessenters perspektiv, formidle praktiske løsninger på arbejdspladsen og involvere den ansatte i initiativer og beslutninger om TTA (63).

Evidens og sammenfatning

Evidensen vedrørende undersøgelser for koordinering af indsatser og koordinatorrollen, jf. ovennævnte artikler, omfatter resultatet/vurderingen af systemiske reviews, interventionsstudier, kohortestudier og kvalitative stu-

dier. Særligt skal peges på ref. (52), (53) og (60), som alle er systematiske reviews. Det fremgår af ref. (52), at reviewets undersøgte studier omfattede 15 interventionsstudier af medium til høj kvalitet, og at der var moderat evidens for, at de omfattede indsatser havde effekt. 2 højkvalitetsstudier konkluderede éntydigt, at der var høj evidens for effekten af træning på arbejdspladsen og moderat evidens for de øvrige indsatser, herunder modificering af arbejdspladsen/opgaver, ergonomisk indretning og sundhedsfaglig involvering, ligesom der overordnet var effekt, når interventionerne foregik i et samarbejde mellem interessenterne. Ref. (53) omfatter 10 interventionsstudier, hvoraf de 8 blev vurderet at være af moderat til høj kvalitet, og det blev konkluderet, at et struktureret samarbejde mellem de involverede i forhold til koordinering af interventionerne, havde større effekt end de enkelte interventioner iværksat uden koordinering. Ref. (60) omfatter en gennemgang af 51 artikler, dækkende 22 studier, som identificerede 29 koordinator-aktiviteter indenfor 6 områder: ergonomi og arbejdspladsvurdering, optagelse af historie/interview, social problemløsning, kommunikation/mægling på arbejdspladsen, juridiske- og arbejdsmarkedsmæssige aspekter og kendskab til medicinske tilstande. 20 ud af 22 studier fandt moderat til høj effekt på TTA efter intervention ved en koordinator. Artiklen foretog ikke en vurdering af kvaliteten af studierne, men konkluderede, at der overordnet var moderat til høj effekt af koordinatormedierede TTA-indsatser. En styrke ved studiet er imidlertid, at de koordinatormedierede TTA-indsatser omfattede forløb for en population af sygemeldte ansatte på mere end 20.000.

De kvalitative studier - særligt vedrørende koordinatorrollen - underbygger i høj grad resultaterne fra de øvrige studier, som sammenfattende peger på en koordinering af indsatserne som en forudsætning for succesfuld TTA. Der skal i den forbindelse peges på ref. (61) og ref. (62), som omfatter koordinatorernes egen vurdering og beskrivelse af faktorer, som er vigtige for at facilitere TTA-processen hensigtsmæssigt. Studierne omfatter fokusgruppeinterview med 50 koordinatorer, som repræsenterer et bredt udsnit af brancher.

7.4 Arbejdsrettede indsatser ved psykiske helbredsproblemer

Type	Reference
Systematisk review	(7), (64), (65)
RCT	(66), (16), (13), (11), (67)
Kohortestudie	(27)
Case-control studie	(32), (31), (30)
Quasi eksperimentel	(68)

Resumé og evidensvurdering

Der er stærk evidens for at kognitiv adfærdsterapi ikke kan stå alene, hvis man ønsker at reducere sygefraværet hos personer med stress, udbrændthed, angst eller depression. Det anbefales, at man tilbyder arbejdspladsfokuseret kognitiv terapi, hvor der arbejdes terapeutisk med arbejdsmæssige udfordringer, eller at der sideløbende med kognitiv adfærdsterapi også tilbydes et arbejdsrettet tilbud. Dette underbygges af et systematisk metareview af høj kvalitet, der indeholder 481 primærstudier, hvoraf flere omhandler arbejdsskader, samt to høj-kvalitets RCT'er og et RCT af moderat kvalitet for ansatte med psykiske arbejdsskader, herunder stress, angst, depression og udbrændthed.

I anvendelsen af Mindfulness-baseret stress reduktion (MBSR) til behandling af arbejdsbetinget stress, finder vi to RCT studier af høj-kvalitet, hvor MBSR enten er en del af den samlede intervention eller den eneste intervention. Begge studier viste reducerede stresssymptomer, samt hurtigere TTA for dem, der modtog interventionen. I studiet hvor MBSR var en del af interventionen undersøgte man ikke effekten af de forskellige komponenter, hvorfor det ikke er muligt at tale om stærk evidens, i henhold til vores kvalitetsvurdering, men moderat evidens.

For arbejdsbetinget PTSD fandt vi et systematisk review af moderat kvalitet, hvor 3 ud af 7 studier, undersøgte eksponeringsbaseret behandling for ansatte med arbejdsbetinget PTSD fra forskellige brancher. De fandt at eksponeringsbaseret behandling viser gode tegn, som effektive strategier for tilbagevenden til arbejdspladsen. Resultaterne skal tolkes med forsigtighed, grundet et sparsomt antal høj-kvalitetsstudier, men er interessante. Evidensniveauet vurderes således som lavt.

"11 kontrollerede studier og RTC'er rapporterede alle, at det er usandsynligt, at der er fordele ved at tilbyde debriefing som rutinehåndtering efter traumer på arbejdspladsen for at forebygge udviklingen af PTSD.

Begrebet debriefing henviser i dette tilfælde til en fællesbetegnelse for tidlige interventioner efter traume, hvor bl.a. ventilering af følelser tilbydes.

Kognitiv adfærds terapi med et arbejdspladsfokus

Antagelsen, der ligger til grund for kognitiv adfærdsterapi, er, at vores følelser, tanker og kropslige reaktioner i høj grad bestemmes af, hvordan vi fortolker vores verden. Målet er at identificere uhensigtsmæssige tanke- og handlingsmønstre, så man kan nuancere og ændre disse,

så de i højere grad bliver til at håndtere for personen. Dette kaldes kognitiv omstrukturering (Beck et al, 1979) (69).

Ud over kognitiv omstrukturering er eksponering også et grundlæggende aspekt bl.a. i behandlingen af depression og angsttilstande. Eksponering er en gradvis proces, hvor en person langsomt skal kunne begå og trives i situationer, der skaber ubehag (ibid.). Når det kommer til arbejdsfstholdelse kan gradvis optrapning anses som en form for eksponering, da arbejdsopgaverne tilpasses den enkeltes ressourcer, så det er muligt langsomt at vende sig til opgaverne, før der gives flere udfordringer.

Det er som udgangspunkt ikke ny viden, at kognitiv adfærdsterapi har vist effektiv symptomreduktion ift. adskillige mentale helbredsproblemer, herunder PTSD, angst- og depressive tilstande (70) (Butler et al., 2006). Litteraturen har dog vist at symptomreduktion ikke automatisk medfører tilbagevenden til arbejde (7) (68) (64), og man har fundet at kognitiv adfærdsterapi ikke kan stå alene, hvis man også vil sikre en hurtigere tilbagevenden til arbejde. Der har vist sig at være en stærk positiv effekt, når den kognitive terapi er arbejdspladsfokuseret, eller når der sideløbende med terapien tilbydes arbejdspladsrettede tilbud (7) (64). Dette underbygges bl.a. af Joyce, 2016 (64), et systematisk meta-review over arbejdsplads(rettede)-interventioner for ansatte med mentale helbredsproblemer. I dette meta-review er det ikke et krav at de mentale helbredsproblemer er arbejdsbetingede, men der er inddraget litteratur, der specifikt har dette fokus. Moderat- til højkvalitetslitteratur, der udelukkende omhandler personer med arbejdsrelaterede psykiske klager finder samme tendens.

Netterstrøm, 2013 (16), et højkvalitets RCT, har ligeledes fundet hurtigere TTA, samt reducerede stresssymptomer, for deltagere i et stressrehabiliteringsprogram, bestående af arbejdspladsfokuseret psykoterapi og MBSR (Mindfulness-baseret stress reduktion), sammenlignet med de, der fik individuelt terapeutisk behandling uden specifikt arbejdspladsfokus og en kontrolgruppe.

Schene, 2007 (11), ligeledes et høj kvalitets RCT, fandt at personer med arbejdsbetinget depression, der oven i deres psykiatriske behandling også fik et arbejdsrettet tilbud (herunder simuleret job-situation, kontakt med arbejdsmediciner fra arbejdspladsen, plan for TTA samt

opfølgning på arbejdspladsen), havde reduceret sygefravær, sammenlignet med dem der udelukkende fik psykiatrisk behandling. I dette tilfælde fik de således tilbudt en ekstra intervention, frem for at den psykiatriske indsats i sig selv var arbejdspladsfokuseret. Man fandt ikke, at denne tilgang forbedrede depressionssymptomerne, men den forværrede heller ikke symptombilledet.

Blonk, 2006 (67), et RCT af moderat kvalitet, fandt, at selvstændige med arbejdsrelaterede tilstande, herunder angst, depression og udbrændthed, der fik en kortvarig kognitiv adfærdsterapeutisk indsats med et specifikt fokus på håndtering af arbejdsmæssige udfordringer, samt på gradvis tilbagevenden, vendte hurtigere tilbage til arbejdet, end dem der fik længerevarende kognitiv adfærdsterapi uden specifikt fokus på arbejde og gradvis tilbagevenden. Der var ikke forskel på, hvor hurtigt de to grupper oplevede symptomlindring.

MBSR og Qigong - behandling af arbejdsbetinget stress og udbrændthed

Netterstrøm, 2013(16), anvender MBSR, som en del af et stresshåndteringstilbud med god effekt. MBSR er et relativt intensivt undervisningsforløb, ikke et behandlingsforløb, der lærer personer mindfulness med det formål at ændre forholdet til vores tanker og oplevelser. Indholdet i MBSR-forløbet er person-centreret og ikke i sin essens arbejdsplads-orienteret. Flere vil sige at mindfulness-delen i MBSR lægger sig ind under den ”3.-bølge kognitiv terapi”, som ikke i så høj grad forsøger at fjerne symptomerne, men lærer personer at forholde sig anderledes til dem.

MBSR har generelt vist gode resultater i kliniske settings, og ligeledes når det er blevet overført til en organisatorisk kontekst (66). Zolnierczyk-Zreda, 2016 (66), et høj-kvalitets RCT fandt, at MBSR givet til mellemledere, hvor tilbuddet var givet via deres arbejdspladser, bl.a. medførte et fald i selvoplevet arbejdsrelateret stress og fraværstid.

En anden tilgang, der ligesom MBSR, også inddrager en holistisk opmærksomhed på krop og sind, er qigong. I et højkvalitets RCT, omhandlende sygemeldte med udbrændthed, blev én gruppe tilbudt qigong samt et kognitiv adfærdsterapeutisk rehabiliteringsforløb og støtte til arbejdsrehabilitering, mens den anden gruppe blev tilbudt qigong og støtte til arbejdsrehabilitering

(13). Behandlingseffekten ift. psykologiske parametre var tilsyneladende større i gruppen, der også blev givet det kognitive tilbud, men der var ingen signifikant forskel mellem grupperne. Begge grupper oplevede en markant reduktion i sygefravær, uden signifikante forskelle mellem grupperne (ibid.). Resultatet synes at nedvurdere behovet for det kognitive tilbud, så længe der tilbydes anden behandling – i dette tilfælde qigong - og hjælp til arbejdspladsrehabilitering.

Eksponeringsbaserede terapier til behandling af arbejdsbetinget PTSD

Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) kan udvikle sig hos den enkelte efter traumer af katastrofeagtig karakter, hvilket også kan inkludere hændelser på arbejdspladsen. Der er både fokus på at forebygge PTSD via specifikke metoder, men også at fastholde personer efter udviklingen af tilstanden. Dette er relevant, da man kan forestille sig, at ansatte med en arbejdsbetinget PTSD har særligt svært ved at vende tilbage til arbejdspladsen grundet minderne knyttet til traumatet samt undgælsesadfærd, hvor man undgår alt relateret til traumatet, som typisk er et symptom på tilstanden (71).

Stergiopoulos, 2011 (65), har publiceret et systematisk review om interventioner for at forbedre arbejdsoutcomes for personer med af arbejdsbetinget PTSD. Reviewet består af seks studier og et review, hvilket understreger den relativ lille viden på området. I reviewet finder man, at traditionel psykoterapi, herunder at særligt eksponeringsbaserede terapier (Prolonged exposure (PE), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) og Kognitiv adfærdsterapi (KAT)), viser gode tegn som effektive strategier for tilbagevenden til arbejdspladsen. Man finder også, at det kan være givende at tilbyde "add on" til den traditionelle terapi, fx når den viser sig ineffektiv, idet man så kan udføre arbejdsplads-evaluering og gradvis optrapning af arbejdet, således at den ansatte bringes endnu tættere på arbejdspladsen. Reviewet bidrager ligeledes til den tiltagende evidens om, at ansatte, der ikke vender tilbage til arbejdspladsen, oplever mindre symptomreduktion, men også at de, der ikke oplever en symptomreduktion, har sværere ved at vende tilbage til arbejdspladsen (65). Reviewet er baseret på få studier, hvoraf flere ikke er RCT'er, hvorfor man må tolke resultaterne med forsigtighed og der anbefales yderligere forskning inden for området samt vurdering af, om forskellige former for

traumer og ligeledes antallet, har betydning for hvilken form for behandling, der skal tilbydes.

Et andet interessant studie er Bender, 2016 (27), der beskriver en best-practice intervention, udført på en offentlig transportvirksomhed i Canada, for ansatte, der er i risiko, for at udvikle arbejdsbetinget PTSD eller som har PTSD. Interventionen forsøgte at forbedre viden om symptomer og opsøgning af hjælp, forbedre tilgængeligheden af arbejdsfokuseret psykologisk behandling og reducere fravær. Det lykkedes at skabe større opmærksomhed på de psykiske symptomer og sikre behandling til flere. Programmet medførte dog forlænget sygefravær for dem, der deltog. Af årsager beskrives bl.a. rekrutterings- og ventelisteproblemer.

Bender, 2016 (27) fandt desuden, at ansatte, der er vidne til selvmord og/eller et højt antal PTSD-symptomer efter en måned, hvilket indikerer en svær PTSD-tilstand, er i øget risiko for at have en langvarig sygemelding. Det beskrives ligeledes, at behandlingen umiddelbart efter en traumatisk hændelse skal være afhængig af den enkeltes behov, sårbarhed og modstandsdygtighed, og at specialiserede tiltag ikke er nødvendige for alle (27).

Debriefing

Som forebyggelse af PTSD og andre psykologiske følger, er der på mange arbejdspladser indført muligheden for at få debriefing efter traumatiske hændelser. Litteraturen til nærværende rapport underbygger ikke effekten af debriefing som forebyggende ift. PTSD, og der vurderes at være stærk evidens mod at give tilbuddet som rutinebehandling (27, 64).

I forlængelse af disse fund, skal det tages i betragtning, at der generelt er en del forskelle i terminologien. I sin originale form var debriefing ikke ment som en kriseterapeutisk indsats, men som en stærkt manualiseret metode til professionelt indsatspersonale, ikke ofre, mhp. at få overblik over det hændte og lære af det. Debriefing i den anvendte litteratur, anvendes som en fællesbetegnelse for tidlige interventioner efter traume og sidestilles med kriseterapi, hvor man bl.a. ventilerer følelser. Litteraturen antyder, at en for tidlig aktivering af følelsesmæssigt materiale, kan have en kontraindicerende effekt på at udvikle psykiske vanskeligheder efter traumatet (27), hvorfor debriefing ikke anbefales som rutineintervention.

7.5 Arbejdspladsrettede indsatser ved muskel-, skeletproblemer

Type	Reference
RCT	(14)
Systematiske reviews	(7), (49), (52), (53)

I det følgende beskrives studier inden for det muskulo-skeletale område, hvor interventionen må betragtes som enstrengt (unimodal), og hvor den primære intervention ikke naturligt hører til i de tidligere afsnit 7.1 til og med 7.4 (idet interventionen ikke primært kan henregnes til: jobmodifikation/tilpassede arbejdsopgaver, håndtering af medarbejder med særlige risikoprofiler eller TTA-koordinering.) Som det vil fremgå, drejer det sig kun om et enkelt originalstudium – studiets intervention er såkaldt ”work hardening” – en term, der nogenlunde kan oversættes til ”arbejdsfunktionsrettet træning”, dvs. specialiseret optræning til at kunne magte specifikke arbejdsfunktioner. Det skal her nævnes, at det drejer sig om et studium af god kvalitet, som viser positiv effekt af work hardening. Men i og med at det kun drejer sig om et enkelt originalstudium, må evidensniveauet for, at work hardening som enstrengt intervention har positiv effekt på TTA-udfald kategoriseres som lavt. I øvrigt vil vi senere komme ind på, at selvom studiet formelt er enstrengt, er det måske reelt flerstrengt (multimodalt). Efterfølgende beskrives en række litteraturgennemgange, der til en vis grad kaster lys over emneområdet, men som kun i beskednen grad bidrager til evidensniveauet.

Originalstudier

Kun et enkelt af de inkluderede studier kan ikke henregnes under de tidligere afsnit, idet den primære intervention her er arbejdspladsbaseret ”work hardening”. Der er tale om et randomiseret, kontrolleret studium fra Hongkong (14) af god kvalitet, hvor effekten af arbejdspladsbaseret work hardening blev undersøgt for sygemeldte arbejdstagere med arbejdsrelateret rotator cuff syndrom. I kontrolgruppen foregik klinisk baseret

work hardening - standardbehandlingen, som foregik i sundhedsvæsenet uden forbindelse til arbejdspladsen. Vurderet kort tid efter interventionen (én uge efter den 3 uger lange intervention) var andelen af raskmeldte blandt de 46 deltagere i interventionsgruppen signifikant højere (71%) end blandt de 48 deltagere i kontrolgruppen (37%).

I og med at interventionen foregik på virksamheden, var der mulighed for en gradvis og kontrolleret optræning af deltagerne til deres egentlige arbejdsopgaver (evt. i modificeret form), og ikke bare i forhold til simulerede arbejdsopgaver. Der var dog også det væsentlige element, at interventionsgruppen fik tildelt en personlig job coach, som, udover at styre den arbejdsfunktionsrettede træning, også fungerede som facilitator, mellemmand og ”ambassadør” i kontakten med supervisor/leder og arbejdspladsen i øvrigt. Dette betød, at deltagere i interventionsgruppen langt hyppigere fik tildelt individuelt tilpassede, modificerede arbejdsopgaver, når det var relevant, end i kontrolgruppen. Nok så vigtig var den psykosociale dimension der lå i, at deltagerne i interventionsgruppen tidligt kom tilbage i deres arbejdsmiljø på en velkontrolleret og støttende måde. Således beskrev interventionsgruppen generelt højere tillid og tryghed ved at vende tilbage til arbejdet end kontrolgruppen. Selvom work hardening var den primære intervention, var der således i nogen grad også elementer af TTA-koordinering/case management og jobmodifikation – og det er ikke usandsynligt, at det netop er dette, der er forklaringen på interventionens effekt.

Systematiske reviews

I et velgennemført systematisk review (7) sammenfattes resultaterne af 36 originalstudier, som undersøger effekten af *arbejdsplads*-baserede TTA-interventioner mhp. at få sygemeldte arbejdstagere med muskel-skeletlidelser, smertetilstande og psykiske lidelser tilbage til arbejdet. Der inddrages 26 randomiserede, kontrollerede studier og 10 kohortestudier, alle med en kvalitet vurderet som høj eller middel. Der fokuseres ikke på, om tilstandene er arbejdsrelaterede eller ej. I litteraturgennemgangen opdeles de mange typer interventioner i fire hovedgrupper:

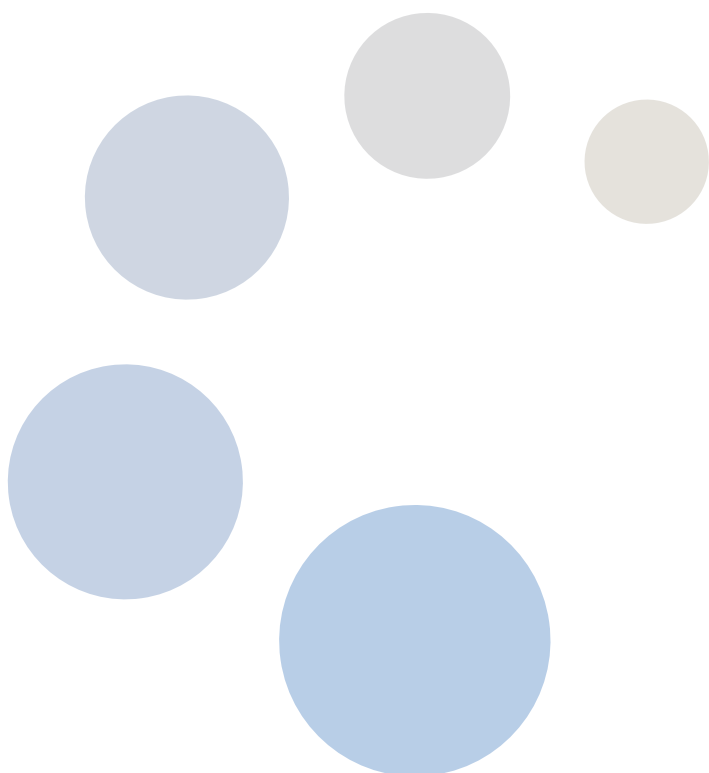
- Helbredsfokuserede interventioner (f.eks. træning, psykoterapi, sundhedsfaglig rådgivning)
- Interventioner med jobmodifikation (f.eks. ergonomisk tilpasning, omplacering, nedsat timetal)
- Interventioner, der inddrager et element af Tilbage-Til-Arbejde koordinering
- Multidomæne-interventioner, der inddrager mindst to af de ovenstående interventionsgrupper

Litteraturgennemgangen finder stærk evidens for, at multidomæne-interventioner har positiv effekt på TTA-udfaldet inden for alle tre nævnte sygdomsgrupper. Desuden blev der fundet stærk evidens for, at kognitiv adfærdsterapi *med arbejdsfokus* har positiv effekt for TTA-udfald for personer med psykisk lidelse, samt en ligeledes stærk evidens for at traditionel klinisk kognitiv adfærdsterapi *uden arbejdsfokus* ikke har nogen effekt i den henseende.

En narrativ litteraturoversigt fra 2010 (49) sætter håndteringen af arbejdsrelaterede muskelskeletlidelse ind i det bio-psyko-sociale perspektiv. Litteraturoversigten beskriver, hvorledes det i forskningen er blevet tiltagende tydeligt, at man kun i dette perspektiv kan forstå og effektivt håndtere den komplekse, multidimensionale natur af sygdomsforløbet og TTA-processen for de nævnte lidelser. Forfatterne argumenterer således for, at de forskellige delelementer i TTA-processen (tidlig indsats, tidlig identifikation af personlige og arbejdsmæssige barrierer for TTA, jobmodifikation, TTA-koordination) er effektive i den udstrækning de adresserer barrierer og ressourcer inden for det samlede biopsyko-sociale spektrum.

En systematisk litteraturgennemgang af Carrol et al.(53) undersøger, om interventioner, der inddrager arbejdspladsen, har en mere positiv effekt på TTA-udfald blandt sygemeldte pga. rygsmerter, end interventioner, der ikke inddrager arbejdspladsen. Blandt de otte inkluderede studier fandtes samlet en vis evidens for, at dette var tilfældet. Denne effekt sås dog primært i studier med fokus på struktureret kommunikation mellem den sygemeldte, supervisor/leder og sundhedspersonale, som understøttede aftaler om TTA-forløbet samt evt. jobmodifikation. Kun to af de otte artikler omhandlede arbejdsrelateret ryglidelse. Litteraturgennemgangen inddrog også fire artikler, der havde økonomiske proxymål for TTA, og som støttede den nævnte konklusion.

En lidt ældre systematisk litteraturgennemgang (52) undersøgte evidensen for, om arbejdspladsbaserede interventioner og indsatser havde positiv effekt over for eksisterende arbejdsrelaterede lænderygsmarter (dvs. sekundær profylakse) f.eks. ved reduktion af smerte, øget funktionsniveau og hurtigere TTA. Blandt de 10 undersøgte kohorte- og tværsnitsstudier, kunne der som nævnt være mange mulige effektmål/udfald - og kun i enkelte studier var der tale om TTA som outcome. Ti studier blev fundet, hvoraf kun tre rapporterede hurtig TTA som outcome. Litteraturgennemgangen konkluderede, at der var en "vis evidens" for, at arbejdspladsbaserede interventioner og indsatser havde positiv effekt ift. arbejdsrelaterede lænderygsmarter, især synes dette relateret til ergonomisk tilpasning af arbejdspladsen, jobmodifikation og tidlig opfølgning ift. TTA-forløbet.



7.6 Timing af TTA-indsatserne

Type	Reference
Systematisk review	(72), (73) (3)
RCT	(11), (67)
Kohortestudie	(74), (44)
Case-control studie	(32), (31), (30)
Kvalitative studier	(75)
Editorials	(76), (77)

Resume

Dette afsnit tilføjer perspektiver på TTA-forskningen hvor man finder at en tidlig indsats efter sygemelding er fordelagtig og at forsinket indsats kan virke negativt på TTA. For fysiske og psykiske arbejdsskader kan der, fra et klinisk perspektiv, være god mening i at sikre rimelig bedring, så man ikke overbelastes af smerter, eller følelsesmæssig og kognitiv udmattelse/overvældelse. Der skelnes mellem tidlig tilbagevenden og tidlig arbejdspladsfokus, og ud fra den fundne litteratur, er der ikke noget, der indikerer, at et tidligt arbejdspladsfokus fx kontakt, skaber symptomforværring.

For den ansatte med en arbejdsskade kan det være svært at balancere ønsket om tilbagevenden med frygten for tilbagefald eller yderligere skade. Flere instanser er ofte inde over processen, hvilket kan skabe forvirring om, hvornår det er fornuftigt at vende tilbage. Tidspunktet for tilbagevenden er i særlig grad afhængig af arbejdsgivers mulighed for at tilbyde tilpassede arbejdsopgaver og dette er en udfordring i nogle brancher. Der skal desuden skabes opmærksomhed på, om en persons tilbagevenden vil skabe mer-arbejde for andre og dermed øge risikoen for at reducere den kollegiale støtte.

Perspektiver på timing:

Denne rapport undersøger, ligesom meget litteratur om arbejdsfastholdelse, TTA-initiativers effektivitet ift. at minimere sygefravær og omkostningerne ved dette. Formålet med initiativerne er aktivt at få reintegreret en ansat på arbejdspladsen på et tidligt stadie, og gerne inden at den ansatte er kommet sig fuldstændig, men uden at risikere en forværring af helbredet. Tidlig kontakt og reintegration på arbejdspladsen er en del af de generelle anbefalinger ift. at begrænse sygefravær, herunder både i Hvidbøgerne og en del af de 7 IWH principper, men begrebet "tidlig" specificeres ikke yderligere.

Forskning viser, at jo længere sygefravær, jo mindre sandsynlighed for tilbagevenden til arbejdet (2) (44). Forsinket indsats i forbindelse med tilbagevenden kan virke negativt på TTA, men kan den samme negative virkning også gøre sig gældende på længere sigt, hvis indsatserne effektueres for tidligt?

Fra et klinisk perspektiv, kan der være god mening i, at der er opstået nogen grad af bedring og smertelindring ved fysiske arbejdsskader, at man som minimum kan

møde på arbejde og udføre tilrettelagte opgaver, før man påbegynder en tilbagevendingsproces. Det samme kan gælde for de psykiske skader, hvor der kan være behov for en stabilisering af tilstanden, efter fx en traumatisk oplevelse eller en stress-reaktion, så medarbejderen kan håndtere den sociale kontakt på arbejdspladsen og ikke overvældes af følelsesmæssige reaktioner, udmattelse eller invaliderende kognitive vanskeligheder. Der skelnes mellem tidlig tilbagevenden til arbejdspladsen og tidlig arbejdspladsfokus/kontakt. I høj-kvalitetsstudier omhandlende behandling af arbejdsbetingede psykiske lidelser og tilbagevenden til arbejde, at der ikke er noget, der indikerer, at et tidligt arbejdspladsfokus, fx en tidlig kontakt med arbejdspladsen og terapeutiske samtaler om arbejde, skaber en symptomforværring (11) (67).

Andersen, 2012 (72), fandt, at det kan være en udfordring for ansatte med psykiske helbredsproblemer, at balancere ønsket om at være en kompetent og ressourcestærk medarbejder, der vender tilbage tidligt, men som på den anden side også ønsker at passe på sit helbred. Situationen med en sygemelding kan være en eksistentiel og identitetsmæssig udfordring, men efter en arbejdsskade kan frygten for et tilbagefald eller endnu en skade være endnu mere overvældende (76). Dette underbygges af Baril, 2003 (70), der har publiceret et relativt omfattende kvalitativt studie, hvor nogle ansatte med arbejdsskader ikke ønskede at arbejde, mens de stadig oplevede smerter, hvilket i nogle tilfælde blev understøttet af fagforeningskonsulenter, som mente, at det var en arbejdstagers ret at være væk fra arbejdet efter en arbejdsskade.

For andre med arbejdsskader var det at være aktiv og tilbage på arbejde en terapeutisk og helende proces. I sådan et perspektiv skelnes der mellem "hurt og harm", forstået på den måde, at det godt kan gøre ondt, uden at det gør skade (73) (75). Det kan tillige hjælpe den ansatte med at føle sig nyttig, hvilket kan være medvirkende til at reducere stress, ligesom det reducerer omkostninger for arbejdsgiveren (77).

Sygemeldte kan have svært ved at have overblik over, hvornår de selv er klar til tilbagevenden og de forskellige indsatser, som omgiver den sygemeldte, har ofte ikke blik for hele billedet. Det sociale system har sit perspektiv, arbejdspladsen et andet, fagforeningen et tredje og

sundhedssystemet et fjerde og dette kan efterlade den sygemeldte forvirret (72). Ofte vil medarbejderens idé om hvornår han er klar, afhænge af hans idé om arbejdspladsens rummelighed og fleksibilitet (72).

Selvom vi ved at en tidlig tilbagevenden til arbejde, inden man er kommet sig helt, er med til at forkorte længden af sygefravær og på mange måde kan anses som en del af behandlingen (2), mener Howe, 1996 (76), at det er en fejl at tro at enhver ansat kan påbegynde arbejde inden de er kommet sig fuldt ud. Det er helt afgørende at den sygemeldte er i stand til at udføre noget arbejde og at arbejdspladsen kan tilbyde jobmodificering, som er realistisk muligt at udføre for den enkelte. I nogle organisationer og brancher, vil dette være en udfordring (78) (76). Den sociale kontekst på arbejdspladsen, som ansatte befinder sig i, er også betydningsfuld for hvornår det er meningsfuldt at forsøge tilbagevenden. Det finder bl.a. Kosny, 2006 (74) i et tværsnitsstudie med 187 ansatte med arbejdsskader. Hvis man sender en person tilbage, som har smerter eller på andre måder er langt fra at kunne klare deres arbejde, og det er svært at jobmodificere, kan det betyde mer-arbejde og ændrede rutiner for kollegaerne, og det kan ende med at gå ud over de sociale relationer på arbejdspladsen. I sådanne situationer skal man som sygemeldt mere end at håndtere sin egen tilstand, man skal også holde ud at være til gene for andre (78), (75). Dette understreger, at man skal tage de uintenderede konsekvenser af for tidlig tilbagevenden i betragtning

DEN GRÅ LITTERATUR

Kapitel 8

Dette kapitel præsenterer resultaterne fra søgning indenfor den grå litteratur. For at identificere relevante publikationer, er der søgt i databasen Open Grey. Derudover er der rettet personlig henvendelse til kendte aktører på området med henblik på, at identificere rapportlitteratur, som ikke er publiceret i den peer reviewede database litteratur. Indholdet af den grå litteratur som præsenteres nedenfor, vil blive brugt til at kvalificere fundene af den peer reviewede litteratur, altså hvorvidt rapportlitteraturen understøtter fundene eller går i modsat retning.

Endvidere vil en del af fundene fra den grå litteratur blive omtalt i perspektiverings afsnittet, da den grå litteratur i højere grad end peer review litteratur beskæftiger sig med forslag til forskellige politiske niveauer.

Research review on rehabilitation and return to work. (79)

Rapport fra The European Agency for Safety and Health at Work, 2016

Denne meget grundige rapport lægger vægt på problemstillinger vedrørende den ændrede aldersfordeling i samfundene samt den tiltagende grad af arbejdsrelaterede helbredsproblemer, især MSB og psykiske helbredsproblemer, som er årsag til langtidsfravær og for tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Overordnet finder rapporten det problematisk, at der mangler ensartede definitioner om forståelser af sygdom og funktionsbegrænsning. Man anbefaler, at funktionsevne og indsatser, der iværksættes med henblik på, at forbedre funktionsevnen, tager udgangspunkt i ICF tankegangen. Herefter gennemgår rapporten evidensen i forhold til muskel-skeletsygdomme og her finder man den stærkeste evidens indenfor rygproblemer. Evidensen viser også, at arbejdsgiver-, arbejdspladsinvolvering er vigtig igennem hele TTA processen og hvis der oprettes tidlig kontakt imellem arbejde og arbejdspladsen, så er der signifikant reduceret længde af sygefravær. Man finder, at litteraturen vedrørende de psykiske helbredsproblemer er begrænset og alt overvejende adresseres til kliniske forhold. Der er ingen mulighed for at drage signifikante konklusioner vedrørende TTA efter cancer sygdom.

Hernæst diskuteres, hvad der kan gøres for at skabe et velfungerende TTA system på forskellige niveauer. På nationalt niveau, anbefales det, at man på regeringsniveau går væk fra beskrivelse af deficit og begrænsninger og etablerer et system, der i højere grad tilgodeser klinikeres og arbejdsgivers fokus på hvilke funktions-evner, der er i behold hos den ansatte. Her anbefales det igen, at man etablerer nationale målemetoder af arbejdsevne, der baserer sig på ICF tankegangen.

Det anbefales ligeledes, at man på nationalt niveau forsøger, at lette arbejdsgiverens administrative byrder ved at forsimple procedurer, der støtter forkortelse af sygefravær og tidlig tilbage til arbejde.

Det understreges, at tidlige interventioner rettet mod ansatte med kroniske sygdomme, ofte er omkostningseffektive i forhold til udbetaling af sygedagpenge i længere perioder. På interventionsniveau, understreges det, at interventioner skal være skræddersyet til den enkelte, skal være multidisciplinære og basere sig på en biopsykosocial tilgang. Her understreges det ligeledes, at inddragelse af sundhedssystemet, specielt praktiserende læger er vigtig og at sundhedssystemet bør understøtte, at tidlig tilbage til arbejdet oftest er at foretrække i forhold til længerevarende sygefravær.

På organisationsniveau, anbefales det, at man indfører tilbage til arbejde politikker, således at jobmodifikation hurtigt kan bringes i spil.

Best Practices for Return-to-work/Stay-at-work interventions for workers with mental health conditions (80)

Rapport fra Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC Canada, 2010.

Rapporten handler ikke specifikt om arbejdsbetinget sygdom, men beskriver i hovedtræk, hvorledes man bør behandle medarbejdere med psykiske helbredsproblemer i deres bestræbelser på tilbagevendende til arbejde. Anbefalingerne er alt overvejende i overensstemmelse med de anbefalinger, der gives i den danske Hvidbog om tilbage til arbejde efter mentale helbredsproblemer. Støtter således op om disse anbefalinger også set fra et Canadisk perspektiv.

Strategies for Preventing Prolonged Disability in Workers Compensated for Work-related Musculoskeletal Disorders. A Systematic and Comprehensive Literature Review. (81)

Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail, 2011

Tidlig screening af syge/skadede ansatte med risiko for langvarig sygefravær / nedsat arbejdsevne og fokuseret indsats gennem målrettet intervention synes at være en effektiv måde at forhindre længerevarende sygefravær / nedsat arbejdsevne. Interventioner eller kombinationer af interventioner synes at være gavnlige med hensyn til at forhindre langvarigt sygefravær / nedsat arbejdsevne og fremme TTA.

Aktørernes praksis har en stor betydning og effekt på gennemførelsen af disse interventioner. Læger og andre sundhedsudbydere, (koordinerende) sygeplejersker, forsikringsrepræsentanter og arbejdspladsaktører spiller alle en vigtig rolle i processen til TTA. Forbedring af samarbejdet og kommunikationen blandt de vigtigste interessenter og aktører vil kunne hjælpe til TTA.

Optimale RTW interventioner bør indeholde følgende faktorer:

- Tidlige sundhedsinterventioner
- Støtte og opmuntring fra sundhedspersonale i den akutte fase af sygdom
- Tidlig kontakt mellem arbejdsgiver og medarbejder
- God kommunikation og samarbejde blandt alle interessenter
- En tværfaglig rehabilitering, med anvendelse af den biopsykosociale tilgang, håndtering af helbred, personlige faktorer og arbejdspladsfaktorer i situationer med langvarigt sygefravær og
- En kombination af kliniske interventioner og arbejdsplads interventioner.

Effektive RTW-interventioner vil blive lettet af:

- Uddannelse af sundhedspersonale om hvilke TTA-interventioner, der er effektive
- Et paradigmeskift i retning af brugen af 'fit note' med relevant vejledning og uddannelse til sundhedspersonale;

- Inddragelse af arbejdspladsen i sundhedspolitikker, kliniske retningslinjer, forskning og interventioner for at styrke effekten af arbejdsrettet rehabilitering
- Standardisering af handicapdefinitioner og vurderingssystemer
- Etablering af klare systemer og strategier for effektiv kommunikation og samarbejde mellem interessenter
- Klart definerede incitamentter for alle interessenter
- Koordineret tværpolitisk indsats (fx på beskæftigelse og folkesundhed) og budgettering med et klart fokus på forebyggelse og tidlig indgriben;
- Integration af arbejdsrettet rehabilitering i organisatoriske sundheds- og velfærdsstrategier samt udvidede statslige politikker for (erhvervsmæssig) sundhed og beskæftigelse
- Uddannelse af arbejdsgivere om proaktive tilgange til TTA-interventioner og
- Deling af erfaringer vedrørende gode arbejdspladspraksisser for- og tilgange til TTA, især for små og mellemstore virksomheder.

"Quantifying the effectiveness of interventions for people with common health conditions in enabling them to stay in or return to work: A rapid evidence assessment" (82)

University of Sheffield on behalf of the Department for Work and Pensions, 2012

I rapporten foretages en hurtig sammenfatning ("rapid assessment") af helbredsbase-rede og arbejdspladsbase-rede interventioner mhp. at fastholde medarbejdere med forskellige typer helbredsproblemer. Rapportens konklusion hvad angår de arbejdspladsbase-rede interventioner er, at der på det muskuloskeletale område – dog helt primært hvad angår lænderygsmerter - er opbygget en "rimelig" ("reasonable") evidens for positiv effekt ift. TTA og arbejdspladsfastholdelse. Derimod vurderede man i rapporten, at der var væsentlig mindre evidens hvad angår de psykiske lidelser, og at dette var mest udpræget for de ofte overlappende og noget diffust definerede tilstande "stress", belastning/tilpasningsreaktion og udbrændthed (for depressions vedkommende blev

dog vurderet, at der var en vis evidens for at arbejdspladsbaseret intervention havde positiv betydning for TTA-udfaldet). Hvad angår *arten* af de arbejdspladsbaserede interventioner blev det uddybet med, at der var en vis evidens for værdien af TTA-koordinering, "case management" og multidisciplinær (tværfaglig) tilgang (på tværs af de ovennævnte helbredsproblemer). For hjerte-lungelidelser, kræftsygdomme og andre kropslige sygdomme udover muskelskeletlidelser blev beskrevet et meget mangelfuldt evidensniveau. Af interesse er det, at man i rapporten også pegede på en anden mangel i den foreliggende forskningslitteratur, nemlig at kun et meget begrænset antal forskningsartikler beskriver *størrelsen* og *branchen* for den eller de virksomheder, der undersøges – faktorer, der meget vel kan have betydning for arbejdsfastholdelse og TTA-proces.

"Stay-at-work/return-to-work: key facts, critical information gaps, and current practices and proposal. Final report" (83)

US Department of Labor, Washington DC, 2017.

Rapporten sammenfatter information om de nuværende, mest lovende, TTA-projekter i USA for ansatte med og uden arbejdsskader. Projekterne beskrives kort, men effekten af de enkelte projekter angives ikke.

I anden del af rapporten gives 31 forslag til bedre at kunne arbejdsfastholde personer i risiko for at ryge ud af arbejdsmarkedet. Ud af de 31 forslag er 20 rettet mod ansatte, som har haft en nogenlunde stabil tilknytning til arbejdsmarkedet og om er berettiget SSDI (social security disability insurance). Mens de resterende er rettet mod unge med sygdom/skader, der i mindre grad eller ikke har haft arbejdstilknytning.

De første 9 interventioner, der omtales, skal imødegå ineffektivt samarbejde (bottlenecks) mellem interessenter, der omgiver den sygemeldte.

De efterfølgende omhandler TTA-strategier, som allerede er søsat i flere stater, mens andre omhandler mere sociale, økonomiske og juridiske incitament.

"Transition back to work: Policies to support return to work after illness or injury" (84)

US Department of Labor, Washington DC 31.08.2017.

Grundig rapport der gennemgår litteraturen vedrørende tilbagevenden til arbejde efter sygdom og skade. Der gives en række anbefalinger, der kan opsummeres således:

- Der bør iværksættes initiativer, der skal tilvejebringe evidensen for effektive TTA strategier.
- Der skal arbejdes for bedre koordination og samarbejde mellem de interessenter, der er involveret i TTA-processen.
- Gøre arbejdsgiverne opmærksomme på fordelene ved støtte TTA-processen og at tage skadede arbejdere tilbage.
- Give arbejdsgiverne økonomiske incitament til at støtte TTA-processen. Dette kunne være gennem løntilskud til arbejdsgiver, tilskud til jobmodifikation, lavere forsikrings præmier, støtte til udvikling af TTA-politikker, samt skattefordele til arbejdsgivere der støtter TTA efter skade.
- Give arbejdsgiverne mulighed for at få adgang til rådgivning fra kvalificeret personale, der kan hjælpe og støtte TTA-processen.
- Sørge for at såvel arbejdsgivere og ansatte er optimalt forsikret.
- Støtte muligheden for deltidsraskmelding.
- Sikre gennemførelsen af TTA-politikker og programmer på offentlige arbejdspladser, der derved kan være "mønster- virksomheder".
- At der på nationalt plan nedsættes et koordinerende udvalg, der skal understøtte udviklingen af TTA-politikker.

PSYKOSOCIALE FORHOLD

Kapitel 9

Type	Reference
Systematisk review	(72), (64)
Case-control studie	(32)(31)(30)
Quasi eksperimentel	(85)
Kvalitative studier	(86), (75), (78) (51), (59), (87), (88), (89)
Editorials	(50)

Resumé

Individuelle faktorer som smerteoplevelse, undgåelsesadfærd, forventninger til funktionel kapacitet, tanker om alvorligheden af tilstanden og samlede forventninger til TTA har indflydelse på længden af sygefravær. Dette lægger op til, at der arbejdes med individets tænkning om- og copingstrategier ift. til egen kapacitet og arbejdet i en tilbagevendingsproces. Forskning peger på at særligt kognitive metoder er funktionelle.

Flere studier herunder en metasyntese, narrative reviews, kvalitative studier og et quasiekperimentelt studie, peger i samme retning ift. at tiden fra før arbejdsskaden, herunder om man har været tilfreds med sit arbejde, om man har oplevet indflydelse og om ledelsen har gjort noget for at forebygge arbejdsskader, har indflydelse på hvor motiveret den sygemeldte er for tilbagevenden. Et quasi-eksperimentelt studie finder, at ansatte oplevede "overvældende arbejdsmæssig tilfredshed", hvis de havde haft stor indflydelse på deres arbejde og oplevede tilstrækkelig ledelses- og kollegastøtte. Dette på trods af at de havde fået en arbejdsskade.

Den måde arbejdspladsen tolker arbejdsskaden og sygemeldingen på, vil have betydning for mængden af social støtte på arbejdspladsen fra kollegaer og ledere. Adskillige studier peger på at støtten fra ledere og kollegaer synes at være afgørende for, om den sygemeldte føler sig imødekømt og ønsker at vende tilbage på arbejdspladsen, men støtten kan være dilemmafyldt og afhænger af den arbejdsmæssige kontekst, fx konkurrence på arbejdspladsen, merarbejde til kollegaer og fortsatte høje produktionskrav for lederen.

Individuelle faktorer

En tilbagevendingsproces for ansatte med arbejdsskader er påvirket af individets fortolkning, forventninger og forhåbninger til forløbet. Nærværende afsnit omhandler disse faktorer, som ofte er psykologiske, og som er iboende i individet, eller som opstår i samspillet mellem den sygemeldte og arbejdspladsen. Disse faktorer kan være svært målbare, men som ikke desto mindre, kan være afgørende i en tilbagevendingsproces.

I litteraturen er en del viden om, at psykosociale faktorer kan være facilitatorer eller hæmmere for succesfuld TTA (86). Her menes der individuelle psykologiske faktorer, som er at finde "iboende" i den ansatte. Vigtigheden af disse underbygges af det bio-psyko-sociale perspektiv, som bl.a. er velundersøgt, når det kommer til muskelskeletbesvær. Fx ved man, at individuelle faktorer som smerteoplevelse, undgåelsesadfærd, forventninger til funktionel kapacitet, tanker om alvorligheden af tilstanden og samlede forventninger til TTA har indflydelse på længden af sygefravær (86) (75). Perspektivet på individuelle risikofaktorer lægger op til, at der arbejdes med individets håndtering og copingstrategier, der fx modsvarer undgåelsesadfærd, arbejder med funktionel problemløsningsstrategi, smertehåndtering etc., for at sikre en succesfuld og hurtigere tilbagevendingsproces. En del forskning peger på at kognitive metoder er hjælpsomme her (24). Med denne viden kan sundhedspersoner tidligt i en sygemeldingsproces være med til at identificere individuelle risikofaktorer, som har betydning for negative tanker om tilbagevenden (51). Andersen, 2012 (72) har i en metasyntese af kvalitativ forskning om tilbagevendingsprocesser for ansatte med psykiske helbredsproblemer (CMD1), som ikke nødvendigvis var arbejdsskader, fundet, at tiden fra før en sygemelding er med til at påvirke, hvordan sygemeldte tænker om til-

bagevendingsprocessen. Dette underbygges af Horsley, 2011 (51), et narrativ review, der finder, at sygemeldte med arbejdsskader's forudgående jobtilfredshed, er betydningsfuld for en tilbagevendingsproces. Williams, 1991 (59) finder, at ansatte efter en arbejdsulykke, som oplevede deres tilbagevendingsproces som negativ og mindre frugtbar, ofte var mindre tilfredse med deres job inden ulykken.

For ansatte i byggebranchen, fandt Gillen, 2002 (85), et quasi-eksperimentelt studie, at de, der havde fået en arbejdsskade, var mere villige til at samarbejde med arbejdspladsen efter skaden og at udholde smerte længere, hvis arbejdspladsen havde lavet forebyggende arbejdsmiljømæssige tiltag inden skaden. For ansatte, der havde fået en arbejdsskade, var der samtidig overvældende arbejdsmæssig tilfredshed, hvis de oplevede at have haft stor indflydelse på deres arbejde og oplevede tilstrækkelig ledelses- og kollegastøtte. Den sygemeldtes tilbagevendingsproces kan således ikke forstås uden sammenhæng med tiden før arbejdsskaden.

Individ-arbejde samspil

Gennem tiden har der været mindre grad af fokus på risikofaktorer, der foregår i samspillet mellem individ-arbejde, frem for faktorer "iboende" i individet", som betydende for TTA (86) (50). Faktorer, som omhandler individ-arbejde-samspil (nogle steder omtalt som type 2 risikofaktorer) er bl.a. kollegial- og ledelsesstøtte, konflikter og jobstress (ubalance mellem krav og kontrol) (86). Forskning har bl.a. fokuseret på vigtigheden af ledelsesmæssig støtte i en tilbagevendingsproces (78) (51) (87). Lederen har her til opgave at sætte et eksempel for, hvordan den sygemeldte skal behandles, og at der tidligt skal grundlægges et tillidsfuldt samarbejde mellem den sygdomsramte og arbejdspladsen (78).

Måden sygemeldingen skete på, og ikke mindst den måde arbejdspladsen har tolket sygemeldingen på, vil ifølge Andersen, 2012 (72), have betydning for mængden af social støtte på arbejdspladsen fra kollegaer og ledere. En leders forudfattede holdning vil altså med rimelig sandsynlighed have betydning for lederens håndtering af sygemeldingen (86), ligesom en leders syn på en arbejdsskadesag kan "sætte scenen" for, om en arbejdsskade vurderes som legitim på arbejdspladsen. Hvis der er mistro omkring arbejdsskadens legitimitet, kan der opstå mistillid til den skadelidte på arbejdspladsen om, at den ansatte fx udnytter systemet (78). Denne holdning kan overføres til den sygemeldtes kollegaer. Ansatte med arbejdsskader kan opleve sig desillusionerede og opgivende, når kollegaer eller ledere eller ikke antager deres skader for reelle (78).

I forlængelse af ovenstående finder Shaw, 2013(88), at ledere kan anse ansatte, der kommer tilbage efter en sygemelding, mere negativt, fordi der i en periode har været nedsat produktivitet eller pga. de særlige foranstaltninger, som den ansatte har behov for i tilbagevendingsperioden. Dette kan bl.a. have grund i rollekonflikter for nærmeste leder, som ofte både har ansvaret for at sikre produktionen og sideløbende har til opgave at tilbyde modificeret arbejde til den ansatte. Mange ledere har ej heller tilstrækkelig indsigt til at finde tilpassede arbejdsopgaver og oven i høje produktionskrav, kan det være svært at overholde skånebehov. Derfor kan nogle ledere opleve det som lettere, at den sygemeldte først vender tilbage, når han/hun har opnået fuldt funktionsniveau(75). I denne proces kan den sygemeldte opleve sig fremmedgjort og ignoreret på et tidspunkt, hvor der var forventet støtte og imødekommenhed. Når man har spurgt sygemeldte, beskriver de, at lederens måde at reagere overfor dem på, er determinerende for, om de i sidste ende ønsker at vende tilbage til arbejdspladsen (Ibid.).

En central strategi for at fastholde ansatte efter arbejdsskader er, ifølge Shaw 2013 (88), at uddanne personalelederne til at optimere deres håndtering af sygemeldte ansatte, hvor man har fokus på de interpersonelle aspekter af ledelsen som fremtrædende i en proces, hvor en sygemeldte skal tilbage på arbejde efter en arbejdsskade, frem for primært praktisk håndtering af TTA-forløbet.

Ligeledes er kollegastøtte vigtig i forbindelse med en arbejdsskade. Kollegaer kan være med til at give detaljer om hændelsen, hvis det drejer sig om en ulykke, eller de kan være vidner til faktorer, der har ledt til en arbejdsbetinget lidelse. Litteraturen peger på, at når ansatte, der har været ude for arbejdsulykker oplever kollegastøtte, er der større sandsynlighed for, at de vender hurtigere tilbage til arbejde eller tilbage i det hele taget (78) (89).

Kosny, 2013 (78) peger dog på, at der kan være forhindringer for kollegastøtte i en tilbagevendingsproces. Man foretog interviews med elektrikere, der havde været ude for en arbejdsskade, samt deres kollegaer og fagforeringsfolk. Kollegaerne kunne opleve det som en udfordring at være støttende, hvis der var meget konkurrence på arbejdspladsen, stor jobusikkerhed, hvis det er svært at finde opgaver, der kunne tilpasses den sygemeldes behov i en tilbagevendingsproces, og hvis det resulterede i mer-arbejde for kollegaerne (ibid). Baril, 2013(75), fandt, at kollegaer var mindre modvillige i forhold til den sygemeldte, hvis de blev inddraget i jobmodifikations-planlægningen

(1) Forkortelse af "common mental disorders" en samlebetegnelse for tilpasningsreaktioner, angst og depression.

DISKUSSION OG KONKLUSIONER

Kapitel 10

Resultatet af litteraturgennemgangen viser, at der ikke er betydende forskelle i evidensen på hvilke indsatser, der er nyttige for at sikre en hurtig og sikker tilbagevende til arbejdet efter sygdom, der skyldes arbejde og sygdom, der ikke er arbejdsrelateret. Dette understreger gyldigheden af de råd, der er beskrevet i det indledende kapitel. Ved arbejdsskader synes det i endnu højere grad end anden sygdom vigtigt, at der lægges vægt på job-modifikation og indsatserne er koordinerede.

Et velfungerende arbejdsmiljø gør det lettere at iværksætte de rette indsatser med inddragelse af såvel nærmeste leder som kolleger i TTA processen.

Litteraturgennemgangen viser, at der er størst effekt af en tværfaglig flerstrengt indsats, og indsatserne skal være koordinerede med inddragelse af arbejdspladsen.

De rehabiliterende indsatser skal sættes ind tidligt i sygeforløbet med inddragelse af arbejdspladsen fra starten. Timingen er vigtig, og det skal sikres, at den arbejdsrettede rehabilitering foretages i overensstemmelse med og i respekt for igangværende behandling. Der kan være behov for restitution inden genoptagelse af arbejdet, og når arbejdet skal genoptages, skal der være tydelig beskrivelse af skånehensyn og af hvilke arbejdsopgaver, der kan gennemføres uden risiko for forværring af helbred. Nogle af artiklerne i litteraturgennemgangen anbefaler den kliniske vurdering foretaget af læge suppleret med mere objektiviserbar og systematisk beskrivelse af såvel funktionsevnen som arbejdsbelastningerne på arbejdet. Hvis der er balance mellem disse, er der optimale muligheder for at gennemføre hurtig og sikker tilbagevendende til arbejdet. En meget omfattende rapport fra EU peger på, at funktionsevnen bør beskrives på baggrund af ICF, idet det sikrer en fælles referenceramme, der kan bruges såvel i sundhedssystemet, som i det sociale system og på arbejdspladsen.

Ved arbejdsbetingede sygdomme er det særligt vigtigt, at få beskrevet belastningerne og eksponeringer i arbejdslivet, således at den sygemeldte ikke vender tilbage til de belastninger, der var med til at udløse sygdom/skade. En tidlig inddragelse af arbejdspladsen kan således være med til at sikre, at der er relevant fokus på belastningerne og dette giver også mulighed for at drøfte muligheder for jobmodifikation på et tidligt tidspunkt.

Den arbejdsrettede rehabilitering skal være med til at sikre, at ansatte med nedsat arbejdsevne sikres videst muligt tilknytning til arbejdsmarkedet. Den ansatte skal være inddraget i processen om målsætning og virksheden skal være inddraget i denne målsætning for at

sikre, at planerne, der bliver lagt, for den ansatte med arbejdsbetinget sygdom, er realistiske.

Indsatser, der har flere komponenter af inddragelse; af såvel sundhedsvæsenet, det sociale system og arbejdspladsen i samråd med den sygemeldte, synes at have bedst effekt i forhold til afkortelse af sygefraværet og sikring af en vedvarende tilknytning til arbejdsmarkedet.

Det er vigtigt, at alle indsatser, der iværksættes, har arbejdspladsen som omdrejningspunkt og det er ligeledes vigtigt, at indsatserne kan foretages parallelt og ikke serielt.

Der skal være fokus på jobmodifikation. Det kan være i form af nedsat tid, ændrede arbejdsopgaver eller ændringer i arbejdsprocesser. Disse indsatser bør basere sig på grundige bedømmelser af den ansattes funktionsniveau, skånehensyn og ressourcer.

En tydelig koordinerende funktion ved en TTA-koordinator er vigtig, når der skal sættes flere indsatser i gang involverende flere sektorer. TTA-koordinatoren skal gerne kunne deltage i alle aspekter i processen og kan såvel have en mentorlignende funktion ved at deltage i møder med den sygemeldte, i sundhedsvæsenet, i kommune og på arbejdsplads, samt at være den, der får de enkelte instanser til at samarbejde. Dette stiller meget store krav til kompetencerne hos en sådan koordinator. Endvidere, er det vigtigt at TTA-koordinatoren under TTA-processen både kommunikativt og fysisk i et vist omfang bruger tid på tilstedeværelse på den ansattes/sygemeldtes arbejdsplads.

Den altovervejende del af den fundne litteratur beskæftiger sig med tilbage til arbejdet efter psykiske helbredsproblemer eller efter bevægeapparatsproblemer.

Vedrørende arbejdsrettede indsatser ved psykiske helbredsproblemer, er der bedst og stærkest evidens for en kognitiv tilgang. Hvis en sådan kognitiv tilgang skal have effekt, skal det være en arbejdspladsfokuseret kognitiv terapi eller at der ved siden af behandlingen tilbydes arbejdspladsfokuserede tiltag, fx arbejdspladskontakt, tidlig TTA etc.

Mindfulness-baseret stress reduktion (MBSR) synes at have en god effekt på reduktion af symptomer og sygefravær hos ansatte med arbejdsrelateret stress.

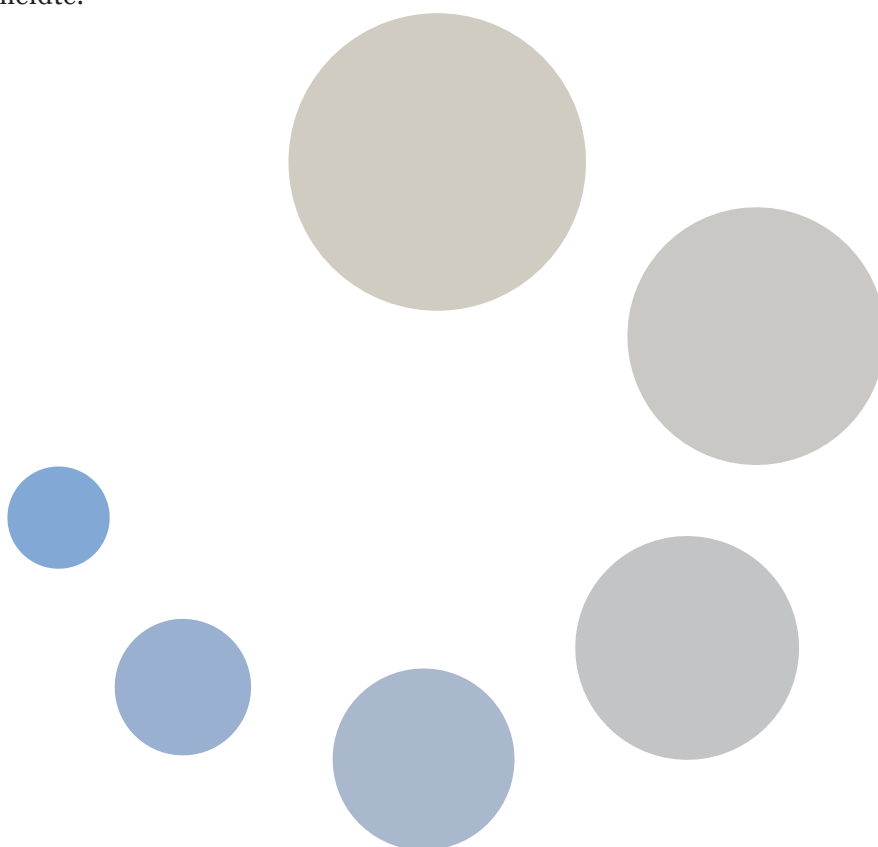
Ved muskel- og skeletproblemer synes især træning i kombination med psykisk støtte til at håndtere smerte at være effektiv. Dette bør ske i samråd med arbejdspladsen.

Tiden fra før arbejdsskaden, herunder om man har været tilfreds med sit arbejde og om ledelsen har gjort noget for at forebygge arbejdsskader, synes at have indflydelse på hvor stor succes der er med TTA-processen. Støtte og fleksibilitet fra ledere og kollegaer, fx at skaden anses som valid og at man oplever sig velkommen efter sygdom, er ligeledes afgørende for om den sygemeldte ønsker at vende tilbage, hvorfor de interpersonelle ledelseskundskaber må fremhæves som afgørende i TTA-processer.

Når der er tale om arbejdsbetinget sygdom, er det vigtigt, at arbejdsplads og kolleger er inddraget på et tidligt tidspunkt. Både for den sygemeldte og for kolleger er det vigtigt, at kollegerne inddrages for at sikre, at de ekstra byrder, der kunne komme til at ligge på kolleger i perioder, hvor den sygemeldte skal skånes, ikke føles så store, at det giver modvilje mod den sygemeldte.

Rapport litteraturen fra især Nord Amerika peger på at der med fordel kan indføres økonomiske incitamenter for arbejdsgiverne, således at de arbejdspladser, der er rummelige og arbejder systematisk med TTA opnår økonomisk kompensation herved. Det anbefales ligeledes, at der stilles særlige kyndige personer til rådighed for at understøtte jobmodifikationer. Flere af disse anbefalinger peger i retning af den type indsats, der varetages af arbejdsmiljørådgiverne i Danmark.

Det anbefales også, at offentlige arbejdspladser går forrest i arbejdsmiljøarbejdet, særligt med fokus på TTA og hjælp til at arbejdsskadede kan genindtræde på arbejdsmarkedet.



PERSPEKTIVERING OG ANBEFALINGER

Kapitel 11

Med baggrund i litteraturgennemgangen og konklusionerne heraf, har vi følgende anbefalinger opdelt på henholdsvis TTA-koordinator, virksomheden, den ansatte og sundhedsvæsenet.

Ad TTA koordinator:

Litteraturgennemgangen viser, at flerstrengt interventioner giver størst mulighed for hurtig tilbagevenden til arbejdet og for arbejdsfastholdelse. Dette kræver en tydelig koordinering og litteraturgennemgangen viser, at en dedikeret TTA-koordinator medvirker til det bedste resultat.

Der er betydelig krav til kvalifikationerne for TTA-koordinatoren, der både skal kunne kommunikere imellem systemer, og have sundhedsfaglig og socialfaglig indsigt. Det anbefales derfor, at der etableres en egentlig TTA-koordinator uddannelse, så personer både fra den sociale sektor og fra sundhedsvæsenet kan opnå de tilstrækkelige kvalifikationer til at kunne løse opgaven.

En velfungerende lokal arbejdsmiljøorganisation er vigtig i at sikre inddragelsen med kolleger med planerne og bidrage til forståelse af, hvilke opgaver der i kortere eller længere perioder påvirker kollegerne til den sygemeldte ansatte.

Ad virksomheden:

Når en ansat skal tilbage igen efter sygdom, der er forårsaget af arbejdet anbefales det, at virksomheden laver en grundig gennemgang af den pågældendes arbejdsplads og arbejdsfunktion. Dette med henblik på beskrivelse af såvel fysiske som psykiske og psykosociale belastninger. Denne gennemgang af arbejdspladsen er medvirkende til, at den ansatte ikke kommer tilbage til arbejdsituationer, der kan forværre helbredssituationen. Desuden kan en sådan gennemgang danne baggrund for, at både den ansatte og virksomheden afklares i forhold til hvilke arbejdsopgaver, som den ansatte aktuelt måtte kunne klare eller ikke. Dette samarbejde kan støttes gennem udfærdigelsen af mulighedserklæring, hvorved der kan skabes tryghed for såvel virksomhed som ansatte om det helbredsmæssigt forsvarlige i den lagte plan.

Det anbefales endvidere at virksomheden kigger på mulighederne for jobmodifikation med udgangspunkt i samtale med den ansatte. Jobmodifikationen kan bestå i nedsat arbejdstid, ændrede arbejdsopgaver eller egentlig ændring af arbejdsprocessen.

Det er vigtigt, at den ansattes nærmeste leder involveres i tilbage til arbejde-processen og at den pågældende leder informerer, og hvor det er muligt, involvere, den ansattes kolleger, i planlægningen og i den forbindelse, hvilke hensyn der er taget til dem på arbejdspladsen.

Ledelsesmæssig og social støtte er ligeledes afgørende for TTA-processen, hvorfor ledelsen skal være kompetent til at tage samtalerne med den ansatte ud fra et sådant perspektiv.

Virksomheden skal medvirke til, at den ansatte kan påbegynde sin tilbage til arbejde proces tidligt og at der derfor ikke er forventninger om, at den ansatte kan opstarte med 100% effektivitet.

I fald, at ovennævnte initiativer varetages af virksomheden, har det også potentielt en forebyggende effekt i forhold til udviklingen af skader og sygdom hos andre ansatte i virksomheden.

Ad den ansatte:

Den ansatte skal være motiveret for at opsøge eller modtage hjælp i sundhedsvæsenet med henblik på, at sikre adækvat behandling. Der ud over skal den ansatte, bede om hjælp til at få beskrevet skånehensyn, hvis dette ikke sker naturligt, så den ansatte gennem dialog med sundhedsvæsenet får beskrevet arbejdsområder, som man godt kan arbejde indenfor.

Den ansatte skal, så vidt muligt, være åben om sin tilstand, så arbejdspladsen har mulighed for at hjælpe med at tilbyde en realistisk tilbagevendingsplan. Den ansatte kan med fordel give samtykke til at arbejdsplads, socialvæsen og sundhedsvæsen kan være i åben dialog.

Den ansatte anbefales, hvis arbejdspladsen ikke har taget kontakt, selv at tage kontakt til så sin arbejdsplads for at få lagt en fastholdelsesplan. Nogle arbejdspladser undgår at tage kontakt til sygemeldte ansatte, selv efter nogle uger, for at give ro til den sygemeldte, hvilket er en misforstået hjælp.

Ad sundhedsvæsenet:

Når der er tale om behandling af ansatte med arbejdsbetinget sygdom er det vigtigt, at behandler i sundhedsvæsenet, tager konkret stilling til hvilke belastninger den ansatte udsættes for i arbejdet. Sundhedsvæsenet skal angive så præcise funktionsevnebeskrivelser som muligt, da TTA-processen og fastholdelsesprocessen er afhængig af, at krav og ressourcer er i balance. Det anbefales, at sundhedsvæsenet beskriver funktionsevnen indenfor rammen af ICF, for derved at sikre et fælles kommunikationsredskab, der kan benyttes på tværs af sundheds-, social-, og arbejdssektorer.

Endvidere er det vigtigt, at man i behandler systemet peger på arbejdsområder, der godt kan varetages, da dette kan understøtte mulighederne for fastholdelse og understøtte TTA-processen.

SUMMARY

There is good evidence that multimodal and multifaceted interventions have a positive effect compared to individual interventions. Efforts that involve both employees, managers and health professionals are both cost-effective and provide a faster and more sustainable return to work (TTA).

There is also convincing evidence that a presence of a "return to work" coordinator has a positive and beneficial influence on both job returning and the ability to maintain the job. The "return to work" coordinator should participate in education and teaching of both the injured worker as well as the employer, and contribute to the contact with the health service/authorities. Thus, the task portfolio is multifaceted for the "return to work" coordinator. This means that the coordinator must be particularly educated and equipped to complete the task. Proposals for which qualifications the coordinator should have is given at the end of this report.

Efforts carried out at the workplace or workplace related areas should obviously focus on TTA, but the return to work process must not overshadow underlying health issues that require treatment. An effective rehabilitation thus requires a good initial health assessment, implementation of proper treatment on time, early contact with the workplace and good communication between all parties involved.

The timing of the efforts are important as the prognosis are bad if the efforts are launched/initiated to late, and the consequent risk is losing work, and/or developing psychosocial problems.

Conversely, from a clinical point of view, one can argue that efforts should not be initiated prematurely. In both physical and mental work injuries, a shorter recovery period will often be required before initiation of TTA efforts.

Both physical and mental health problems often require adaptation and modification of work and workloads, and there is evidence that job modification - as part of the TTA plan - causes fewer lost working days.

Often, the assessment of the work capacity/ability of the person on sick leave is based on an actual clinical assessment and the literature review shows that such clinical assessments are not as precise and accurate, as more objective assessments. The same applies to the assessment of requirements and workloads. Workplaces can contribute with assessments and evaluations of requirements and burdens in the work processes, so that the "return to work" process is supported by a balance between requirements and resources. In workplace related mental health problems, including stress, anxiety, depression and burnout, most studies indicate that there are effects of cognitive-based approaches. However, the interventions have to involve the workplace or have a work focus, as they otherwise have no effect on TTA. Similarly, mindfulness-based stress reduction has an effect on symptom reduction and sick leave in employees with work-related stress.

In the case of musculoskeletal problems, there is some evidence for work-related interventions have a positive effect on returning to work. Often physical activity and exercise are a cornerstone of these efforts. However, there is no evidence that workout at the workplace is more effective than workout outside the workplace. However, it is important that workout/training is provided alongside with the performance of work.

Efforts initiated by the employer without the involvement of the employee and health system have no effect, why it is important that the sick person be involved in the planning.



Referenceliste

1. Holt H NK. Arbejdsfastholdelse af skadelidte medarbejdere. 2013.
2. Mortensen OS. Hvidbog om tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær. Årsager og handlemuligheder. 2008.
3. Borg V. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. 2010.
4. James C, Antoine M, Guest M, Rivett D, Kable A. Practices and Processes Used in the Return to Work of Injured New South Wales nurses: Are These Consistent With TTA Best Practice Principles? *Journal of occupational rehabilitation*. 2017.
5. STAR. Favrskov modellen. <http://stardk/da/Om-STAR/Nyt-fra-STAR/Nyt-om-reformer/Nyt-om-sygedagpengereformen/2016/12/Case%20Favrskov.aspx2016>.
6. STAR. Jobfirst.dk 2016 [
7. Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of occupational rehabilitation*. 2017.
8. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ (Clinical research ed)*. 2016;353:i2089.
9. Kennedy CA, Amick BC, 3rd, Dennerlein JT, Brewer S, Catli S, Williams R, et al. Systematic review of the role of occupational health and safety interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal symptoms, signs, disorders, injuries, claims and lost time. *Journal of occupational rehabilitation*. 2010;20(2):127-62.
10. Arbejdstilsynet. <https://arbejdstilsynet.dk/da/selvbetjening/arbejdsskader> 2017 [
11. Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychological medicine*. 2007;37(3):351-62.
12. Becker SJ, Makanji HS, Ring D. Expected and actual improvement of symptoms with carpal tunnel release. *The Journal of hand surgery*. 2012;37(7):1324-9.e1-5.
13. Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, Burell G, Steinholtz K, Edlund C, et al. Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST-a randomized clinical trial. *International journal of behavioral medicine*. 2009;16(3):294-303.
14. Cheng AS, Hung LK. Randomized controlled trial of workplace-based rehabilitation for work-related rotator cuff disorder. *Journal of occupational rehabilitation*. 2007;17(3):487-503.
15. Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S, et al. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occupational and environmental medicine*. 2002;59(12):807-15.
16. Netterstrom B, Friebel L, Ladegaard Y. Effects of a multidisciplinary stress treatment programme on patient return to work rate and symptom reduction: results from a randomised, wait-list controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2013;82(3):177-86.
17. Johansen J. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet - Rehabilitering i Danmark: Marselisborg Centeret; 2004.
18. Escorpizo R. Handbook of vocational rehabilitation and disability evaluation. Application and implementation of the ICF. Switzerland: Springer; 2015.
19. Mortensen.O.S TK. Projekt arbejdsevne med fokus på ICF - i arbejdsrettet rehabilitering. Department of Occupational and Social Medicine, Copenhagen University Hospital Holbæk, Denmark; 2017.
20. Høgelund.J. Langvarigt sygefravær. Hvad sker der - og hvordan går det? : Socialforskningsinstituttet; 2003.
21. Mortensen.O.S. Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem virksomheder, socialforvaltning og læger. Arbejdsmedicinsk Klinik, Bispebjerg Hospital; 2007.
22. Poulsen OM, Aust B, Bjorner JB, Rugulies R, Hansen JV, Tverborgvik T, et al. Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: results from a randomized controlled trial in three municipalities. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2014;40(1):47-56.
23. Fisker A, Langberg H, Petersen T, Mortensen OS. Early coordinated multidisciplinary intervention to prevent sickness absence and labour market exclusion in patients with low back pain: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders*. 2013;14:93.

24. 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. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015(10):Cd006955.
25. Gensby U, Labriola M, Irvin E, Amick BC, 3rd, Lund T. A classification of components of workplace disability management programs: results from a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*. 2014;24(2):220-41.
26. Hlobil H, Staal JB, Spoelstra M, Ariens GA, Smid T, van Mechelen W. Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2005;31(4):249-57.
27. Bender A, Eynan R, O'Grady J, Nisenbaum R, Shah R, Links PS. Best practice intervention for post-traumatic stress disorder among transit workers. *Work (Reading, Mass)*. 2016;54(1):59-71.
28. Fore L, Perez Y, Neblett R, Asih S, Mayer TG, Gatchel RJ. Improved functional capacity evaluation performance predicts successful return to work one year after completing a functional restoration rehabilitation program. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*. 2015;7(4):365-75.
29. Lemstra M, Olszynski WP. The effectiveness of standard care, early intervention, and occupational management in Workers' Compensation claims: part 2. *Spine*. 2004;29(14):1573-9.
30. Green-McKenzie J, Rainer S, Behrman A, Emmett E. The effect of a health care management initiative on reducing workers' compensation costs. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2002;44(12):1100-5.
31. Joy JM, Lowy J, Mansoor JK. Increased pain tolerance as an indicator of return to work in low-back injuries after work hardening. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 2001;55(2):200-5.
32. Dunning KK, Davis KG, Kotowski SE, Elliott T, Jewell G, Lockey J. Can a transitional work grant program in a workers' compensation system reduce cost and facilitate return to work? *Journal of occupational and environmental hygiene*. 2008;5(9):547-55.
33. Iles RA, Wyatt M, Pransky G. Multi-faceted case management: reducing compensation costs of musculoskeletal work injuries in Australia. *Journal of occupational rehabilitation*. 2012;22(4):478-88.
34. Dowd B, McGrail M, Lohman WH, Sheasby B, O'Connor H, Calasanz M, et al. The economic impact of a disability prevention program. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2010;52(1):15-21.
35. Noiles K, Kudla I, DeKoven J. Propylene glycol dermatitis in the printing industry: the fundamental role of a workplace visit. *Dermatitis : contact, atopic, occupational, drug*. 2010;21(1):E1-4.
36. Russo D, Innes E. An organizational case study of the case manager's role in a client's return-to-work programme in Australia. *Occupational therapy international*. 2002;9(1):57-75.
37. Bernacki EJ, Guidera JA, Schaefer JA, Tsai S. A facilitated early return to work program at a large urban medical center. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2000;42(12):1172-7.
38. O'Hagan FT, Coutu MF, Baril R. A case of mistaken identity? The role of injury representations in chronic musculoskeletal pain. *Disability and rehabilitation*. 2013;35(18):1552-63.
39. Westmorland M, Buys N, Clements N. Disability management in a sample of Australian self-insured companies. *Disability and rehabilitation*. 2002;24(14):746-54.
40. 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 musculoskeletal disorders*. 2009;10:65.
41. Aas RW, Kjekken I, Dagfinrud H. Workplace intervention reduced the duration of sick leave in recently injured workers with subacute low-back pain, but graded activity did not. *Australian occupational therapy journal*. 2008;55(2):143-4.
42. Schultz IZ, Crook J, Berkowitz J, Milner R, Meloche GR, Lewis ML. A prospective study of the effectiveness of early intervention with high-risk back-injured workers--a pilot study. *Journal of occupational rehabilitation*. 2008;18(2):140-51.
43. Dunstan DA, Covic T. Can a rural community-based work-related activity program make a difference for chronic pain-disabled injured workers? *The Australian journal of rural health*. 2007;15(3):166-71.
44. Casey PP, Guy L, Cameron ID. Determining return to work in a compensation setting: a review of New South Wales workplace rehabilitation service provider referrals over 5 years. *Work (Reading, Mass)*. 2014;48(1):11-20.

45. Gross DP, Zhang J, Steenstra I, Barnsley S, Haws C, Amell T, et al. Development of a computer-based clinical decision support tool for selecting appropriate rehabilitation interventions for injured workers. *Journal of occupational rehabilitation*. 2013;23(4):597-609.
46. Lederer V, Rivard M, Mechakra-Tahiri SD. Gender differences in personal and work-related determinants of return-to-work following long-term disability: a 5-year cohort study. *Journal of occupational rehabilitation*. 2012;22(4):522-31.
47. Hanson CS, Shechtman O, Gardner-Smith P. Ergonomics in a hospital and a university setting: The effect of worksite analysis on upper extremity work-related musculoskeletal disorders. *Work (Reading, Mass)*. 2001;16(3):185-200.
48. Shi Q, Sinden K, MacDermid JC, Walton D, Grewal R. A systematic review of prognostic factors for return to work following work-related traumatic hand injury. *Journal of hand therapy : official journal of the American Society of Hand Therapists*. 2014;27(1):55-62; quiz
49. Noonan J, Wagner SL. A biopsychosocial perspective on the management of work-related musculoskeletal disorders. *AAOHN journal : official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*. 2010;58(3):105-14; quiz 15-6.
50. Helliwell PS, Taylor WJ. Repetitive strain injury. *Postgraduate medical journal*. 2004;80(946):438-43.
51. Horsley R. Factors that affect the occurrence and chronicity of occupation-related musculoskeletal disorders. *Best practice & research Clinical rheumatology*. 2011;25(1):103-15.
52. Williams RM, Westmorland MG, Lin CA, Schmuck G, Creen M. Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: a systematic review. *Disability and rehabilitation*. 2007;29(8):607-24.
53. Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and rehabilitation*. 2010;32(8):607-21.
54. Tan HS, Yeo DS, Giam JY, Cheong FW, Chan KF. A randomized controlled trial of a Return-to-Work Coordinator model of care in a general hospital to facilitate return to work of injured workers. *Work (Reading, Mass)*. 2016;54(1):209-22.
55. Lai HS, Chan CC. Implementing a pilot work injury management program in Hong Kong. *Journal of occupational rehabilitation*. 2007;17(4):712-26.
56. Shaw L, Domanski S, Freeman A, Hoffele C. An investigation of a workplace-based return-to-work program for shoulder injuries. *Work (Reading, Mass)*. 2008;30(3):267-76.
57. Clarner A, Uter W, Ruhmann L, Wrenger N, Martin A, Drexler H. Sickness absence among peer-supported drivers after occupational trauma. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2017;67(2):143-50.
58. Dunstan DA. Participants' evaluation of a brief intervention for pain-related work disability. *International journal of rehabilitation research Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation*. 2014;37(4):368-70.
59. Williams JR. Employee experiences with early return to work programs. *AAOHN journal : official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*. 1991;39(2):64-9.
60. Shaw W, Hong QN, Pransky G, Loisel P. A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of occupational rehabilitation*. 2008;18(1):2-15.
61. Bohatko-Naismith J, James C, Guest M, Rivett DA. The role of the Australian workplace return to work coordinator: essential qualities and attributes. *Journal of occupational rehabilitation*. 2015;25(1):65-73.
62. James C, Southgate E, Kable A, Rivett DA, Guest M, Bohatko-Naismith J. Return-to-work coordinators' resourcefulness and the provision of suitable duties for nurses with injuries. *Work (Reading, Mass)*. 2014;48(4):557-66.
63. Franche RL, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of occupational rehabilitation*. 2005;15(4):525-42.
64. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological medicine*. 2016;46(4):683-97.
65. Stergiopoulos E, Cimo A, Cheng C, Bonato S, Dewa CS. Interventions to improve work outcomes in work-related PTSD: a systematic review. *BMC public health*. 2011;11:838.

66. Zolnierczyk-Zreda D, Sanderson M, Bedynska S. Mindfulness-based stress reduction for managers: a randomized controlled study. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2016.
67. Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman ILD. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*. 2006;20(2):129-44.
68. Grossi G, Santell B. Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *Journal of rehabilitation medicine*. 2009;41(8):632-8.
69. Beck A.T. RAJ, Shaw B.F. & Emery, G. . *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press; 1979.
70. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*. 2006;26(1):17-31.
71. Compensation claims for coronary disease in the railroad industry. *The New England journal of medicine*. 1970;283(6):289-94.
72. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2012;38(2):93-104.
73. Manchikanti L, Singh V, Derby R, Helm S, 2nd, Trescot AM, Staats PS, et al. Review of occupational medicine practice guidelines for interventional pain management and potential implications. *Pain physician*. 2008;11(3):271-89.
74. Kosny A, Franche RL, Pole J, Krause N, Cote P, Mustard C. Early healthcare provider communication with patients and their workplace following a lost-time claim for an occupational musculoskeletal injury. *Journal of occupational rehabilitation*. 2006;16(1):27-39.
75. Baril R, Clarke J, Friesen M, Stock S, Cole D. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Social science & medicine (1982)*. 2003;57(11):2101-14.
76. Howe ML. Keeping injured employees working. Overcoming common problems. *AAOHN journal : official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*. 1996;44(10):500-4.
77. Fenner P. Returning to work after an injury. *Australian family physician*. 2013;42(4):182-5.
78. Kosny A, Lifshen M, Pugliese D, Majesky G, Kramer D, Steenstra I, et al. Buddies in bad times? the role of co-workers after a work-related injury. *Journal of occupational rehabilitation*. 2013;23(3):438-49.
79. S V. Research review on rehabilitation and return to work. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work; 2016.
80. Pomaki G. Best Practices for Return-to-Work/Stay-at-Work Interventions for Workers with Mental Health Conditions. Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC, Canada; 2010.
81. N I. Strategies for Preventing Prolonged Disability in Workers Compensated for Work Related Musculoskeletal Disorders. A Systematic and Comprehensive Literature Review. Montreal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail; 2011.
82. P D. Quantifying the effectiveness of interventions for people with common health conditions in enabling them to stay in or return to work: A rapid evidence assessment. Great Britain: University of Sheffield on behalf of the Department for Work and Pensions; 2012.
83. Ben-Shalom.Y. Stay-at-Work/Return-to-Work: Key Facts, Critical Information Gaps, and Current Practices and Proposals. Washington DC, USA: U.S. Department of Labor, Office of Disability Employment Policy; 2017.
84. Ashley.J. TRANSITION BACK TO WORK: Policies to Support Return to Work after Illness or Injury. USA: U.S. Department of Labor, Washington, DC 20210; 2017.
85. Gillen M, Baltz D, Gassel M, Kirsch L, Vaccaro D. Perceived safety climate, job demands, and coworker support among union and nonunion injured construction workers. *Journal of safety research*. 2002;33(1):33-51.
86. Sullivan MJ, Feuerstein M, Gatchel R, Linton SJ, Pransky G. Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *Journal of occupational rehabilitation*. 2005;15(4):475-89.
87. Stikeleather J. An older worker's decision to "push or protect self" following a work-related injury. *Work (Reading, Mass)*. 2004;22(2):139-44.
88. Shaw WS, Robertson MM, Pransky G, McLellan RK. Employee perspectives on the role of supervisors to prevent workplace disability after injuries. *Journal of occupational rehabilitation*. 2003;13(3):129-42.

89. Strunin L, Boden LI. Paths of reentry: employment experiences of injured workers. *American journal of industrial medicine*. 2000;38(4):373-84.
90. Bergstrom G, Lohela-Karlsson M, Kwak L, Bodin L, Jensen I, Torgen M, et al. Preventing sickness absenteeism among employees with common mental disorders or stress-related symptoms at work: Design of a cluster randomized controlled trial of a problem-solving based intervention versus care-as-usual conducted at the Occupational Health Services. *BMC public health*. 2017;17(1):436.
91. Urimubenshi G. Activity limitations and participation restrictions experienced by people with stroke in Musanze district in Rwanda. *African health sciences*. 2015;15(3):917-24.
92. Spector JT, Reul NK. Promoting Early, Safe Return to Work in Injured Employees: A Randomized Trial of a Supervisor Training Intervention in a Health-care Setting. *Journal of occupational rehabilitation*. 2017;27(1):70-81.
93. Thompson AM, Bain D, Theriault ME. Pre-Post Evaluation of an Integrated Return to Work Planning Program in Workers' Compensation Assessment Clinics. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2016;58(2):215-8.
94. Yang T, Shen YM, Zhu M, Liu Y, Deng J, Chen Q, et al. Effects of Co-Worker and Supervisor Support on Job Stress and Presenteeism in an Aging Workforce: A Structural Equation Modelling Approach. *International journal of environmental research and public health*. 2015;13(1):ijerph13010072.
95. Johnston V, Way K, Long MH, Wyatt M, Gibson L, Shaw WS. Supervisor competencies for supporting return to work: a mixed-methods study. *Journal of occupational rehabilitation*. 2015;25(1):3-17.
96. Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Burdorf A, Stynes SM, de Vet HC, Koes BW. Conservative interventions for treating work-related complaints of the arm, neck or shoulder in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(12):Cd008742.
97. Schaafsma FG, Whelan K, van der Beek AJ, van der Es-Lambeek LC, Ojajarvi A, Verbeek JH. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(8):Cd001822.
98. Roelofs PD, Bierma-Zeinstra SM, van Poppel MN, van Mechelen W, Koes BW, van Tulder MW. Cost-effectiveness of lumbar supports for home care workers with recurrent low back pain: an economic evaluation alongside a randomized-controlled trial. *Spine*. 2010;35(26):E1619-26.
99. Karlson B, Jonsson P, Palsson B, Abjornsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout--a prospective controlled study. *BMC public health*. 2010;10:301.
100. Dembe AE, Delbos R, Erickson JB, Banks SM. Associations between employees' work schedules and the vocational consequences of workplace injuries. *Journal of occupational rehabilitation*. 2007;17(4):641-51.
101. Li EP, Li-Tsang CW, Lee TK, Lee GW, Lam EC. Vocational rehabilitation program for persons with occupational deafness. *Journal of occupational rehabilitation*. 2006;16(4):503-12.
102. McGuirk B, Bogduk N. Evidence-based care for low back pain in workers eligible for compensation. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2007;57(1):36-42.
103. Ramos EI. Occupational health nurses and case management. *Nursing economic\$*. 2006;24(1):30-40, 3.
104. Lemstra M, Olszynski WP. The effectiveness of standard care, early intervention, and occupational management in worker's compensation claims. *Spine*. 2003;28(3):299-304.
105. Quinn PR. Returning to work after disability. *Employee benefits journal*. 2002;27(2):13-7.
106. Perry MC. REACH: an alternative early return to work program. *AAOHN journal : official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*. 1996;44(6):294-8.
107. Aaras A. The impact of ergonomic intervention on individual health and corporate prosperity in a telecommunications environment. *Ergonomics*. 1994;37(10):1679-96.
108. Williams R, Westmorland M. Occupational cumulative trauma disorders of the upper extremity. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*. 1994;48(5):411-20.

Bilag 1: Opdraget fra AT

Opslag: Litteraturoversigt over virksomheders indsats for fastholdelse af personer med arbejdsskader

Arbejdstilsynet opslår opgaven: ”Evidensvurderet litteraturoversigt over nationale og internationale studier om mulige virksomhedsincitament, virksomhedsmetoder samt effekt af virksomheders tiltag i relation til at fastholde personer med arbejdsskader”.

Baggrund

Et ekspertudvalg nedsat af den daværende regering har i 2014 givet en række anbefalinger til modernisering af arbejdsskadeområdet (se fx kapitel 1.1, kapitel 4 og kapitel 7.2). Ekspertudvalget har således peget på, at arbejdsgiveren/virksomheden spiller en central rolle for fastholdelse og identificerede som en hovedudfordring for modernisering: Hvordan sikres det, at arbejdsgiveren inddrages tidligt i alle arbejdsskadesager, så flere bliver fastholdt på arbejdspladsen?

En rapport fra SFI fra 2013 omkring virksomhedernes rolle og erfaringer med arbejdsfastholdelse af skadelidte medarbejdere pegede også på vigtigheden af en tidlig indsats i forhold til den tilskadekomne samt koordinering mellem de mange aktører i en arbejdsskadesag.

Formål

Der er behov for mere viden om virksomheders incitament til at fastholde personer med arbejdsskader i beskæftigelse, metoder i virksomheders fastholdelsesindsats samt effekter af fastholdelsen af personer med arbejdsskader (tilbagevenden til arbejde/return to work) i beskæftigelse.

Der er en del viden om fastholdelse af personer, som har langvarigt sygefravær, fx har NFA gennemført et stort TTA-projekt om nedbringelse af sygefravær for borgere med fysiske og psykiske helbredsproblemer og der foreligger litteraturoversigter om fx effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte.

Der er imidlertid ikke foretaget litteraturoversigt over studier, der specifikt omhandler fastholdelse af personer med arbejdsskader og specifikt ud fra virksomhedsvinklen.

Arbejdstilsynet har brug for mere viden som led i vidensopbygning på arbejdsskadeområdet.

Opgaverammen

Arbejdstilsynet ønsker, at ansøger foretager en litteratursøgning samt udarbejder en evidensvurderet litteraturoversigt om nationale og internationale videnskabelige studier om: 1) virksomheders fastholdelsespolitikker og metoder, 2) incitament for virksomhederne til at fastholde ansatte, som har haft en arbejdsulykke eller erhvervs sygdom og 3) effekter af virksomheders fastholdelsespolitikker, -indsatser og -incitament i relation til at fastholde tilskadekomne i beskæftigelse (TTA/TTA).

Litteraturstudiet forventes som udgangspunkt at omfatte studier fra Danmark, Sverige, Norge, Tyskland, Holland, Storbritannien og Canada. Det vurderes, at de nævnte lande har forskellige erfaringer, som kan bidrage med brugbar viden. Litteraturstudiet skal både inddrage kvantitative og

kvalitative studier. Udover kvantitative og kvalitative studier publiceret i internationale tidsskrifter og omhandlende de nævnte lande, ønskes engelsk- og skandinavisksprogede rapporter fra ministerier og lignende også inddraget.

Arbejdstilsynet ønsker, at litteraturstudiet bidrager med viden om de forskellige fastholdelsespolitikker, metoder og strategier, som virksomhederne anvender.

Arbejdstilsynet ønsker også, at litteraturstudiet bidrager med viden om virksomhedernes incitament til at fastholde personer, som har haft en arbejdsulykke. I den forbindelse ønskes viden om, hvad der kan motivere eller sikre, at virksomhederne fastholder den tilskadekomne i arbejde. Herunder hvad den eksisterende litteratur kan give af viden om udfordringer og løsninger på barrierer med at motivere eller sikre, at virksomhederne fastholder tilskadekomne.

Litteraturoversigten skal ikke kun omfatte studier, der kan sige noget om muligheder og udfordringer med at sikre, at virksomhederne tager ansvar for fastholdelse, som passer ind i det eksisterende system i Danmark, men være åben over studier og viden, som er genereret fra forskellige systemer og kontekster.

Kriterier for bedømmelse og udvælgelse af ansøger

Der vil i udvælgelsen blive lagt vægt på en samlet vurdering af følgende:

- Faglig kvalitet i forslag til opgaveløsning, herunder metode, søge- og indsamlingsstrategi og metodik til evidensvurdering,
- Adgang til relevante databaser med publicerede studier,
- Dokumenterede erfaringer med review og litteraturoversigter på beskæftelsesområdet,
- Ansøgers og øvrige projektdeltageres dokumenterede erfaring og videnskabelige kvalifikationer,
- Evt. kendskab til arbejdsskadeområdet i Danmark og andre relevante lande.

Ansøgningen

Ansøgningen må maksimalt fylde 5 normalsider (2.400 anslag) plus bilag. Den skal indeholde:

- En disposition for løsning af opgaven, herunder:
 - Beskrivelse af forslag til opgaveløsning, metode, søge- og indsamlingsstrategi, metodik til evidensvurdering,
 - Angivelse af adgang til relevante databaser og kontakter,
 - Tidsplan for projektet samt bemandingsplan.
- Der skal vedlægges et detaljeret budget (bilag A) inklusiv over-head/administrationsbidrag for hele perioden. Der budgetteres med maksimalt 20 procent overhead. Det detaljerede budget skal opstilles, så det klart fremgår, hvilke ressourcer der anvendes til projektets forskellige hovedbestanddele. Hvis der er tale om en gruppe af ansøgere, skal der vedlægges både et fælles budget for hele projektet og et særskilt budget for hver ansøger.
- CV og publikationsliste for projektdeltagerne (bilag B). CV'et må ikke fylde mere end én side, og de oplistede publikationer må højst være 5 år gamle.

Ansøgningen sendes som én samlet pdf-fil til **AFC@at.dk** senest onsdag den 25. januar 2017 ved udgangen af dagen.

Afrapportering

Projektet afsluttes med en dansksproget rapport. Tilskudsmodtager er desuden forpligtet til personligt at fremlægge resultaterne af projektet, herunder referencedokumentets hovedkonklusioner og den anvendte arbejdsmetode for Arbejdstilsynet efter nærmere aftale.

Derudover forventes det, at der afholdes 2-3 møder mellem tilskudsmodtageren og Arbejdstilsynet undervejs i processen.

Tidsramme

Slutrapporten skal indsendes til Arbejdstilsynet senest den 1. oktober 2017.

Beløbsramme

500.000 DKK.

Vilkår for modtagelse af tilskud

Arbejdstilsynet fastsætter vilkårene og betingelserne for tilskuddet til denne opgave, herunder vilkår om midlernes anvendelse, udbetaling, regnskab og faglig rapportering. Vilkårene følger som udgangspunkt standardvilkårene for bevillinger fra Arbejds miljøforskningsfonden.

Kontaktpersoner

Susanne Bruun, **at@at.dk**
Jan Høgelund, **at@at.dk**

	Systematic review methodological quality criteria	Question weight
1	Is the research question/objective clearly stated?	2
2	Was a primary hypothesis clearly stated?	1
3	Were comparison group(s) used?	3
4	Was an intervention allocation randomized?	3
5	Was allocation concealment adequate?	1
6	Were sample inclusion/exclusion criteria adequately described?	2
7	Was recruitment (or participation) rate reported and adequate?	2
8	Was the sampling frame representative of the target population?	1
9	Did the author(s) examine whether important differences existed between those who participated and those who did not?	1
10	Were pre-intervention (baseline) characteristics described and equivalent between groups?	2
11	Was loss to follow up (attrition) significant and problematic?	2
12	Did attrition affect groups equally?	2
13	Did the author(s) compare post intervention those who dropped out to those who remained in the study?	2
14	Was the intervention process adequately described to allow for replication?	2
15	Was there any potential for contamination?	2
16	Was there any potential for co-intervention?	2
17	Were the effects of the intervention on key intervention mechanisms described?	1
18	Was compliance with the intervention in all groups described and adequate?	1
19	Was blinding of participants and personnel adequate?	1
20	Were the instruments used to assess the outcomes valid and reliable?	3
21	Were all important outcomes described at baseline and follow-up?	2
22	Was the proportion of missing outcome data greater than 40% or substantially different between groups?	2
23	Was there adjustment for important covariates, confounders or pre-intervention differences (if necessary)?	2
24	Were the statistical analyses optimized for best results?	1
25	Were all participants' outcomes analyzed by the groups to which they were originally allocated (intention-to-treat analysis)?	2
26	Was there a direct between group comparison?	3
	Maximum score	48

James, 2017 (4)

Australsk tværsnitsstudie af 484 sygeplejersker, der er enten arbejdsskadede eller som har været udsat for en arbejdsulykke. Studiet undersøger, i hvilket omfang 'best practice' for TTA indsatser følges. Best practice her defineret som IWH's 7 principper for TTA. Studiet hæmmes af en lav svarprocent på 14%, dog følges de 7 principper grundigt til dørs. Selektionsbias, da det overvejende er midaldrende der svarer.

Man finder at dette kun følges i begrænset omfang. Der er ingen effektmålinger af en eventuel effekt af at følge principperne. Af særlige problemområder nævnes arbejdspladsens tilslutning til arbejdsmiljøarbejdet, mangel på tidlig kontakt mellem arbejdsplads og den sygemeldte, manglende mulighed for arbejdsmodifikation, medarbejderens viden om og involvering i TTA processen. Af positive elementer fremhæves støtte fra kolleger og overordnede som værende i overensstemmelse med best practice-principperne.

Cullen, 2017 (7)

Systematisk review som undersøger effekten af interventioner på arbejdspladsen i forhold til muskulo-skeletale (MSK) -, smerterelaterede - og psykiske lidelser (MD). Undersøgelsen omfatter 26 randomiserede studier og 10 kohorte-studier. Der er tale om undersøgelser som omfatter sundhedsfokuseret intervention (eks. psykoterapi, anbefalinger og vurdering vedrørende træning og behandling), faktorer på arbejdspladsen (eks. arbejdspladstilpasning, nedsat tid, ændring af arbejdsfunktion) og koordinering af indsatsen i forhold til aktører/interessenter eks. kommunikation mellem sundhedsvæsenet, koordinator på arbejdspladsen, sagsbehandler) samt en kombination af nævnte indsatsområder (Multi-domain interventions). Undersøgelse vedrører effekten af interventionerne på RWT

Undersøgelsen konkluderer, at multi-domain intervention har en stærk positiv effekt på TTA ved MSK-lidelser og smerterelaterede lidelser. Endvidere, at behandling med kognitiv terapi af MD-lidelser ikke kan stå alene, men har en stærk positiv effekt, når indsatsen relaterer sig til arbejdspladsen, herunder at tackle indsatsen på arbejdspladsen. Endvidere, at der er moderat evidens for, at multi-domain intervention øger arbejdsevnen (work functioning) efter TTA for både MSK og MD, ligesom tilpasning af arbejdsfunktionerne mindsker sandsynligheden for mistede arbejdsdage.

Kennedy, 2009 (9)

Systematisk review af 36 studier der undersøger om OHS indsatser har en effekt på MSD i overekstremiteten i forhold til symptomer, skader, arbejdsskade kompensation og lost time (TTA).

Samlet set blev der fundet et blandet evidensniveau for OHS-interventioner. Evidensniveau for tilknyttede interventioner med positive virkninger var: moderat bevis for armstøtter; og begrænset bevis for ergonomisk træning plus justering af arbejdsstation, ny stol og hvilepauser.

Evidensniveau for interventioner der ingen effekt havde: Stærkt evidens for justering af arbejdsstationen alene; Moderat evidens for biofeedback træning og job stress ledelsestræning og begrænset evidens for CBT. Ingen indsats var forbundet med negativ effekt.

Schene, 2007 (11)

Hollands interventions-studie blandt 62 arbejdstagere med 'major depressive disorder' der blev inddelt til usual care eller usual care samt OC (occupational therapy). Usual care bestod af generel psykiatrisk behandling på klinik og OT bestod af individuelle- og gruppe sessioner implementeret af 2 arbejds-terapeuter i 3 faser: diagnose fase (herunder videoobservationer i simuleret job-situation, kontakt med occupational physician fra patientens arbejdsgiver, plan for re-integrering på arbejdet), terapeutisk fase (herunder forberedelse på TTA, kontakt med arbejdspladsen, analyse af sammenhængen mellem arbejde og depression), opfølgingsfase (individuelle besøg af projekt terapeut).

Resultater: Tilføjelse af OT til usual care forbedrede ikke depressions symptomer, resulterede i en reduktion i arbejdstabsdage i de første 18 måneder af studiet, øgede ikke arbejdsstress, og havde en sandsynlighed på 75,5% for at være mere kost-effektiv end usual care alene.

Studiet konkluderer at tilføjelse af OT til usual care ikke forbedre depressions udfald, forbedrer produktivitet uden at øge arbejdsstress og er bedre end usual care alene i forhold til kost-effektiviteten.

Stenlund, 2009 (13)

Stenlund, 2009, er et randomiseret kontrolleret studie af høj kvalitet fra Sverige. Hos sygemeldte med udbrændthed sammenlignes der Qigong med CBT + Qigong i forhold til udbrændthed, stress adfærd, træthed, depression, angst, obsessive-compulsive symp-

toms, og sygefravær. Der var en lille positiv ekstra værdi af Qigong i forhold til nogle af symptomerne, men ikke i forhold til sygefravær. Der kan derfor ikke tilskrives en ekstra effekt af CBT i forhold til TTA, når der i forvejen gives Qigong. Undersøgelsen er af høj kvalitet.

Cheng, 2007 (14)

Et randomiseret kontrolleret studie der undersøger effekten af work hardening i 2 forskellige setting – klinik vs arbejdsplads – i forhold til TTA for 103 personer med rotator cuff lidelse. Undersøgelsen er relevant af flere årsager, 1) det er et randomiseret studie, 2) det sammenligner klinik vs arbejdsplads i indsatsen, og 3) det har TTA som primært outcome. Undersøgelsen viser, at efter 4 uger er TTA højere blandt dem der har fået den arbejdspladsrettede indsats. Undersøgelsen understøtter dermed at indsatser der foregår på arbejdspladsen giver det bedste resultat i forhold til TTA.

Loisel, 2002 (15)

Longitudinelt studium af medarbejdere fra 31 forskellige virksomheder (alle fra Sherbrooke-området). Medarbejdere med mindst 4 ugers sygemelding pga arbejdsbetinget ryglidelse allokeres til en af fire arme (standard care, udelukkende klinisk intervention, udelukkende arbejdsplads-intervention, samt en kombination af disse sidste 2 (Sherbrooke modellen)) følges med en gennemsnitlig follow-up tid på 6,4 år.

Sherbrooke modellen består i TTA-koordination, job modifikation, klinisk undersøgelse, rygskele, tværfaglig intervention m. bl.a. psykolog.

Hvad angår spørgsmålet om arbejdsplads-intervention eller ikke, randomiseres på virksomhedsniveau - spørgsmålet om klinisk intervention eller ej blev derimod individuelt randomiseret.

For de medarbejdere, der havde gennemgået den fulde Sherbrooke-model var der en (ikke signifikant) tendens til højere cost-benefit end de 3 andre "arme" (standard care, udelukkende klinisk intervention, udelukkende arbejdsplads-intervention). Cost-benefit defineres som de totale udgifter til interventionen fratrukket de totale udgifter, som ryglidelserne udløste (hvor forsikringens dækning af tabt arbejdsindkomst var de væsentligste post). De samme insignifikante tendens sås for cost-effektiviteten, defineret som antallet af sygedage pga. ryglidelse sat i forhold til de totale udgifter til interventionen.

Når man post-hoc så på forløbene med særlig lang sygemelding, kunne man dels se, at disse stod for en markant del af de samlede udgifter (i alle 4 "arme"), dels at disse var signifikant færre i armen hvor Sherbrooke-modellen blev anvendt.

Netterstrøm, 2013 (16)

Dansk RCT-studie, som undersøger effekten af et tværfagligt stressbehandlingsprogram, som gennemføres på 2 sygehusafdelinger. Deltagere rekrutteret fra praktiserende læger, i alt 198 patienter med sygefravær grundet symptomer på vedvarende arbejdsrelateret stress. Ved hjælp af et randomiseret, kontrolleret forsøgsdesign blev deltagerne tilfældigt opdelt i følgende tre grupper: interventionsgruppen (IG, 69 deltagere); Behandling som sædvanlig kontrolgruppe (TAUCG, 71 deltagere), som modtog 12 konsultationer med en psykolog, og den ventende kontrolgruppe (WLCG, 58 deltagere).

Indsats i interventionsgruppe: identifikation af relevante stressfaktorer, ændre deltagernes coping-strategier, justering af arbejdsbelastning og opgaver, forbedre dialogen på arbejdspladsen, mindfulness-baseret stress reduktion.

Stress-rehabiliterings-program, bestående af arbejdsplads fokuseret psykoterapi og mindfulness, reducerede stress symptomer og øgede TTA raten sammenlignet med usual-care og en kontrolgruppe.

Kommentar: Indsatsen foregår på Bispebjerg hospital og stress klinik i Hillerød. Deltagerne opfordres til dialog med arbejdspladsen og et fokus var at justere arbejdsbelastningen i løbet af behandlingsperioden (arbejdspladsnær indsats?)

Vilsteren, 2015 (24)

Dette Cochrane review af Vilsteren fra 2015 undersøger effekten af arbejdspladsinterventioner på TTA (og relaterede outcomes) blandt sygemeldte pga MSB, mentale helbredsproblemer og cancer på tværs af jobgrupper. Undersøgelsen har solide kriterier, men udelukker derved også en del litteratur. Det er ikke et kriterie at sygdommen eller ulykken der har ført til sygefravær skal være arbejdsrelateret, selvom den kan være det. Der indgår 14 studier der opfylder kriterierne fra Cochrane (8 MSB, 5 mentale helbredsproblemer, 1 cancer). Det skal nævnes at mentale helbredsproblemer dækker ret

bredt. Cochrane reviewet finder moderat evidens for at arbejdspladsinterventioner virker positivt i forhold til TTA for personer med MSB. For personer med mentale helbredsproblemer og cancer er evidensniveauet lavt, og peger i retning af at der ikke er en effekt. Samlet set understøtter reviewet at arbejdspladsrettede interventioner er vigtige for TTA blandt personer med MSB, men påpeger at der er brug for flere højkvalitetsundersøgelser for andre sygdomme.

De har en ret klar definition på arbejdspladsinterventioner: In this review, we defined workplace interventions by either changes to the workplace or equipment, changes in work design and organisation, changes in working conditions or work environment, and involvement of (at least) the worker and the supervisor.

Gensby, 2013 (25)

Systematisk review inkl. 12 studier vedr. ansatte med fysisk skade, mentale helbredsproblemer og andre sygdomme, der resulterer i funktionelle arbejdsbegrænsninger og sygefravær. Undersøger effekten af arbejdsrelaterede indsatser udført og implementeret af arbejdsgiveren (workplace disability management programs). Der var ikke tilstrækkelig evidens til at drage konklusion af effekten af arbejdsgiverinitierede programmer mhp. TTA. Det var heller ikke muligt at pege på elementer i programmerne, som var effektive.

Hlobil, 2005 (26)

Systematisk review af 9 RCT studier, der belyser effektiviteten af TTA interventioner hos patienter med LBP. 5 høj-kvalitets og 4 medium kvalitets studier indgår i undersøgelsen. Der findes stærk evidens for effekt på TTA rate og antal fraværsdage. Svag evidens for effekt på smerter og funktionsevne. Bemærk at der IKKE er tale om arbejdsbetinget LBP eller dokumenteret arbejdsplads indsats.

Fore, 2015 (28)

Amerikansk kohortestudie inkluderende 354 patienter med kronisk arbejdsbetinget muskel-skeletbesvær af mere end 4 måneders varighed. Studiet undersøger i hvilket omfang en forbedret fysisk kapacitet prædikerer succesfuld TTA 1 år efter at have gennemført et rehabiliterende multifacetteret program med individualiseret fysisk træning, patient uddannelse, stres håndtering, rådgivning, gruppeterapi, bio feedback og "vocational reintegration". Studiet konkluderer, at at FCE scores

kunne påvirkes positivt af programmet og var prædiktivt for TTA og arbejdsfastholdelse efter 1 år

Lemstra, 2004 (29)

Prospektivt kohortestudie involverende store virksomheder i to Canadiske delstater (Alberta og Saskatchewan). Man indførte på et tidspunkt muligheden for en hurtig intervention baseret på fysioterapeutisk behandling af patienter, der søgte erstatning for arbejdsskade ved MSB i ryg eller OE. Dette medførte en eksplosiv forøgelse af udgifterne til sygedagpenge. Man forsøgte herefter at anlægge en mere arbejdsplads baseret tilgang. Dette medførte ret hurtigt et fald i omkostninger og et kortere sygefravær.

Green-McKenzie, 2002 (30)

Et amerikansk kohortestudie, hvor et stort selvforsikret hospital indførte et "cost control" og et multimodalt "health care management initiative". "Cost control-programmet" startede i 1993 og omfattede tidlig TTA, primærforebyggelse, intern administration af arbejdsskadesager og jobmodifikation. "Health care management initiative" blev gennemført i 1997, og omfattede proaktiv TTA koordinering, som bl.a. sikrede bedre kommunikation på tværs af interessenter.

Da virksomheden fuldt havde implementeret det multimodale health care management initiative (1997), faldt antallet af anmeldte arbejdsrelat. sygdomme, samt den totale mængde sygefravær og de samlede udgifter desårsag. Det samme niveau gjorde sig ikke gældende efter indførslen af Cost control-programmet.

Det multimodale "cost control-programmet" indeholdt dog også primær forebyggelse, så effekten kan også skyldes denne.

Joy, 2001 (31)

Joy, 2001, studie fra USA, er en retrospektiv sammenligning af 115 sygemeldte personer med rygskade som vender tilbage til arbejde og de som ikke gør efter et "work hardening program", som er et multidisciplinært rehabiliteringsprogram for skadede medarbejdere. Undersøgelsen finder ingen signifikante forskelle i alder, skadeslængde, smerte, eller tolerance for fysisk aktivitet i arbejdet. Eneste forskel var at de der vendte tilbage havde en højere smerte tolerance end de der ikke gjorde, og artiklen konkluderer derfor at rehabilitering bør fokusere på smertetolerance fremfor smerte

i sig selv. Evidensniveauet for anbefalingen er grundet undersøgelsens design lavt.

Dunning, 2008 (32)

Dunning, 2008, er et kæmpestort case-control TTA studie fra Ohio, USA, hvor 1,922 virksomheder der har tilmeldt sig et Transitional Work Grant (TWG) program sammenlignes med virksomheder der ikke har tilmeldt sig dette program. TWG bestod af flere komponenter for de sygemeldte medarbejdere, herunder jobanalyse, uddannelse, kommunikation og gradvis tilbagevenden til normale arbejdsopgaver (transitional work). Der findes positive effekter på antal claims med tabt arbejdstid (sygefravær), hvilket tyder på at TWG er effektivt i forhold til TTA. Desværre er det ikke randomiseret studie og har mange metodiske svagheder i afrapporteringen.

Iles, 2012 (33)

16 interventions-virksomheder, der havde indført en multimodal TTA-program (dog med hel primær fokus på TTA-koordination) blev vurderet før og godt år efter at TTA-programmet blev indført. Som udfald anvendtes udviklingen i gennemsnitlig udgift pr. arbejdsskade, gnslt. antal dage med arbejdsskadekompensation (som blev opfattet som en proxy for TTA) og nogle økonomiske mål. Der blev desuden sammenlignet med udviklingen af samme mål i 492 kontrolvirksomheder.

Interventionen bestod i koordinering og håndtering af MSB vha. "injury manager" der skal facilitere kontakt mellem relevante parter der er involveret i rehabilitering og TTA. Hertil skal "injury manager" bidrage til støtte af den skadede arbejder ved bl.a. at kontakte relevante overordnede og herved bidrage til omplacering, uddannelse etc.

Interventionsvirksomhederne reducerede den gennemsnitlige totale udgift pr. arbejdsskade med 35% og antallet af dage med arbejdsskade-kompensation reduceres med 58% (mens kontrolvirksomhederne ikke havde ændringer i disse parametre).

Dowd, 2010 (34)

Et quasi-eksperimentelt studie, der vurderede effekten af en arbejdsgiver- og klinikbaseret intervention ift. udgifter. Interventionen blev designet til at forbedre kommunikation og koordinering mellem arbejdsgiver og læge, for at hjælpe medarbejdere med arbejdsrelaterede skader at vende tilbage til arbejde.

Arbejdsgiver og klinikinterventionerne producerede kombinerede besparelser på \$ 490 pr. medarbejder pr. år (21% af det samlede beløb sundhedsudgifter).

94% af besparelserne kom fra reducerede behandlingsudgifter. Resultaterne tyder på at relative beskedne indsatser ift. koordinering af lægehjælp/rådgivning med opgavemodifikation på arbejdspladsen, tillader tidlig reintegration af skadelidte medarbejdere, hvilket resulterer i betydelige reduktioner af behandlingsudgifter. (beregnete udgifter kan ikke ses som et proxy for lost time i dette tilfælde – både indsatser, population og beregninger i forhold til TTA er uklart beskrevet).

Noiles, 2010 (35)

Canadisk casestudie der beskriver forløbet med arbejdsfastholdelse for en typograf/trykker i printerindustrien, som har udviklet arbejdsrelateret allergisk kontakt-eksem. Der blev samarbejdet i tværdisciplinært klinisk team og man foretog et arbejdspladsbesøg og arbejdspladsvurdering. Man koordinerede med ledelsen og fik gennemført ændret arbejdsplads design ved at sikre øget "skærming" fra PG. Herefter blev det muligt for den ansatte at fortsætte på arbejdet og den pågældende er ikke vendt tilbage med gener.

Russo, 2012 (36)

Russo, 2012, er en undersøgelse fra Australien der analyserer 172 cases af TTA blandt sygemeldte der er berettiget til kompensation. Årsagen til sygemelding er arbejdsbetinget sygdom eller ulykke, enten MSB, mentale, frakturer eller kombinationer af flere. De enkelte cases har fået målrettet arbejdspladsrettet rehabilitering med 4 komponenter målrettet efterbehov: ergoterapi, fysioterapi, psykologisk behandling, rådgivning. Den gennemsnitlige tid til TTA er ca. et halvt år, hvor 83% er tilbage i arbejde. Pga designet kan der ikke drages konklusioner om kausale sammenhænge, men det er projektets erfaring at den målrettede arbejdspladsrettede indsats er vigtig.

Bernacki, 2000 (37)

Bernacki, 2000, er en undersøgelse fra USA der evaluerer betydning af et "Early Return to Work Program" for sygemeldte medarbejdere. Programmet involverer både medarbejder og leder og indeholder komponenter af jobtilpasning med en ekspert indenfor ergonomi for at facilitere processen for medarbejdere med begrænsninger. Sygefraværet falder til under halvdelen efter

indførelsen af programmet. Evidensniveauet er dog lavt, da undersøgelsen ikke er randomiseret, men styrkes dog ved at der er sygefraværet har ligget stabilt i en periode på 4 år op til indførelsen af programmet, og falder efter indførelsen og bliver på et stabilt lavt niveau de efterfølgende 6-7 år. Grundet størrelsen og længden, ca. 10 år, af undersøgelsen kan det være værd at drage nytte af dets erfaringer. Erfaringerne er, at det mest effektive TTA program bør være multifaktorielt med inddragelse af læger, sikkerhedsfolk, den skadede/sygemeldte medarbejder og dennes leder, samt en person der har ekspertise i ergonomi for bedst muligt at kunne tilpasse opgaverne i forhold til medarbejderens fysiske kapacitet.

O'Hagan, (38)

En subgruppe bestående af 16 Canadiske arbejdere med kronisk fysisk funktions-nedsættelse blev interviewet før, under og efter et tværfaglig rehabiliteringsprogram bestående af aktivering, udvikling af coping-strategier, understøttet TTA, reduktion af barrierer, fysiske øvelser, arbejdssimulering, rådgivning og uddannelse, helbredsmæssig rådgivning og støtte, arbejdspladsindsats. (detaljeret beskrivelse af indsatsen kan ses i ref nr. 39).

Resultater: Deltagerne udvidede deres opfattelse af skadesrepræsentationer og vurdering til at omfatte neurobiologiske aspekter af kronisk smerte og dimensioner af psykosocialt velfærd og sammenhængende diagnostiske repræsentationer til selvforvaltningsstrategier på en funktionel måde.

Konklusion: Aktive strategier, der tilskynder til en forståelse af diagnosen, kan vise sig at være mest effektive til behandling af vedvarende smerte.

Westmorland, (39)

Australsk kvalitativt studie, der foretog strukturerede interviews med 29 selvforsikrede virksomheder. Formålet var at undersøge hvorvidt og hvor meget virksomhederne havde implementeret nøgleprincipperne i "Disability Management". DM er et begreb, der er udviklet i Nordamerika og henviser til forebyggelse og forvaltning af skade og sygdom på arbejdspladsen. Det sætter således arbejdsgiveren i centrum.

Det blev konstateret, at virksomhederne i varierende grader, har implementeret nogle af de vigtigste elementer af DM. Disse elementer var dog ofte ikke godt integreret i en mere omfattende DM tilgang på arbejdsplad-

sen. Der var generelt et stærkt fokus på arbejdspladsbaseret, tidlig indgriben for TTA for skadede medarbejdere, men der var ringe dokumentation for at formelle arbejdspladsstrukturer fik implementeret opfattende DM-programmer.

Dette studie er Ikke relevant i dansk kontekst, men kan evt. bidrage til at diskutere arbejdspladsers ansvar for TTA (lovgivningsmæssigt) og udfordringer ved at prioritere implementering på højere niveau ift. forebyggelse og arbejdsfastholdelse.

Ammendolia, 2009 (40)

Artiklen omhandler hvorledes man optimalt designer et arbejdspladsbaseret TTA program. Kan med fordel inddrages i perspektiverings kapitlet.

Aas, 2008 (41)

En editorial, der beskriver resultatet af en randomiseret undersøgelse med 196 deltagere, der har to faser. I første fase randomiseres der til virksomhedsrettet intervention vs vanlig behandling. Den virksomhedsrettede intervention gennemføres inspireret af Loisel med partcipatorisk ergonomi, case management, inddragelse af såvel arbejdstager og arbejdsgiver. Dette medfører signifikant hurtigere TTA end vanlig behandling. I fase 2 randomiseres dem, der ikke har opnået TTA efter 8 uger til enten gradvis tilbagevenden eller vanlig behandling. Der var ingen forskelle på de to tilgange.

Man kunne med fordel inddrage original artiklen i vores review. Referencen ses her:

Schultz, 2008 (42)

Artiklen afrapporterer et Canadisk pilotstudie med 72 deltagere, der sammenligner en tidlig multimodal intervention med vanlig behandling hos patienter med rygsmerter der ikke svinder spontant. Endvidere scores patienterne med et spørgeskema, der kategoriserer dem som høj eller mellem risiko for langt sygefravær. Der følges op efter tre og seks måneder. Interventionen har effekt på højrisikopatienter men først efter seks måneder. Ingen forskelle efter tre måneder og på intet tidspunkt forskelle hos mellem-risikopatienter.

Studiet har begrænset værdi med et meget lille deltagerantal, men man kunne med fordel forsøge at finde den store undersøgelse, der gennemføres efter pilotstudiet.

Dunstan, 2007 (43)

Australsk pilot studie der undersøger effekten af et multidisciplinært arbejdsrelateret aktivitets program blandt 30 sygemeldte arbejdstagere med kronisk arbejdsrelateret smerte på fysisk funktion, smerte, psykologiske faktorer og arbejdstilknytning.

Programmet havde effekt på smerte intensitet, fysisk og psykologisk funktionsevne, mens der ingen ændring var i TTA ved 6 måneders follow-up.

Implementeret af psykolog, fysioterapeut (i samarbejde med rehabiliterings medarbejdere på arbejdspladsen og praktiserende læge) bestående af CBT, smertehåndtering, fysisk træning, stress håndtering, sociale færdigheder, målsætning for TTA

Casey, 2014 (44)

Formålet med dette Australske retrospektive kohorte studie blandt personer med alvorlige skader (der har medført erstatningskrav) var at kortlægge faktorer der har betydning for positive TTA udfald og at beskrive personer der henvises til rehabiliterings udbydere på arbejdspladsen. (IKKE indsats).

Studiet foreslår at rehabiliterings udbydere på arbejdspladsen har øget fokus på arbejdstagere med længerevarende skade, lav socioøkonomisk status, stigende alder, personer med manuelt arbejde. Varigheden af ??skaden er en afgørende faktor for at opnå positive TTA-resultat, hvilket tyder på at skadede arbejdstagere bør henvises tidligere til TTA tiltag.

Gross, 2013 (45)

Historisk kohorte studie fra Canada hvis formål er at udvikle en klassifikations algoritme og et klinisk beslutningsværktøj der skal hjælpe til bedre at kategorisere skadede arbejdstagere baseret på individuelle risikoprofiler.

Brugen af værktøjer til behandlingsklassifikation synes at have resulteret i klassificerings kvalitet der var bedre end beslutninger taget af klinikere. Klassifikationen blev udført på baggrund af bl.a. skades varighed, jobtype, arbejdsstatus, muligheden for andre arbejdsopgaver, smerteintensitet, selv vurderet arbejdsbegrænsning og helbred (9 spørgsmål fra SF-36).

Lederer, 2012 (46)

Canadisk kohorte studie inkluderende 455 patienter med langtids MSB (nakke/ryg og OE), der undersøger

betydningen af personlige og arbejdsrelaterede psykosociale, fysiske og organisatoriske forholds betydning for TTA stratificeret for køn. Der findes kønsforskelle; for kvinder findes højere alder, lav økonomisk status, have ansvar for andre, lange arbejdstider over 40 timer/uge og manglende opmærksomhed på arbejdsmiljøapparatet at have negativ betydning. Høj indkomst har positiv association. For mænd havde alder >55 år, lav selvoplevet økonomi, lange arbejdsdage >40 timer/uge, høj selvoplevet fysisk arbejdsbelastning og usikkerhed i jobbet negativ association med TTA.

Hanson, 2001 (47)

Amerikansk retrospektivt kohortestudie hvor man sendte spørgeskemaer ud til ansatte på et hospital og på et universitet, som havde pådraget sig en arbejdsbetinget lidelse i nakke og/eller øvre ekstremiteter. Man sendte spørgeskemaer ud og 46% responderede. Besvarelserne blev fordelt i 3 grupper. 1: En gruppe med ansatte på et hospital, som havde fået foretaget arbejdsplads analyse og –modifikation af en ergoterapeut; 2: En gruppe på et universitet, som havde fået foretaget arbejdsplads analyse og –modifikation af en arbejdsmiljøansvarlig og 3: En sidste gruppe fra universitetet, som ikke havde fået foretaget analyse eller modifikation.

Der var ikke signifikant effekt, men resultaterne tydede på at ansatte der fik arbejdspladsanalyse og - modifikation, havde mindre fravær end dem, der ikke fik tilbudt arbejdspladsmodifikation. Der var også en ikke-signifikant tendens til at de personer, der havde fået foretaget en arbejdspladsvurdering, havde flere dage med jobmodifikation.

Shi, 2013 (48)

Shi, 2013, er et systematisk review af prognostiske faktorer for TTA efter arbejdsrelaterede traumatiske håndskader. Det er ikke et review af interventioner. Der indgår 8 studier i reviewet. Der var lav til moderat evidens for, at personer med mere alvorlige skader og lavere indkomstniveau var mindre tilbøjelige til at komme tilbage til arbejde. Der var desuden lav til moderat evidens for, at alder, køn og uddannelsesniveau ikke havde nogen indflydelse på TTA. Eftersom reviewet ikke baserer sig på interventioner har det begrænset værdi i forhold til konkrete indsatser, men påpeger dog nogle områder hvor man skal være specielt opmærksom på at gøre en indsats, nemlig for personer med mere alvorlige skader og lavere indkomstniveau.

Noonan, 2010 (49)

En litteratur oversigt over biopsykosociale perspektiver forbundet med indsatser mod arbejdsrelateret MSB konkluderer at behandling og tidlig indsats mod arbejdsrelateret MSD kun kan være meningsfuld hvis det ses indenfor rammerne af specifikke målrettede indsatser, hvor der tages højde for psykosociale mekanismer.

Med fokus på tidlig screening af arbejdstagere i risiko for forsinket recovery kan målrettede interventioner udvikles og rettes mod specifikke "risikoprofiler" på baggrund af fysiske og psykosociale variabler. Det foreslås at indsatser skal være biopsykosociale for derved at imødekomme det komplekse og multifaktorielle sygdomsforløb i forhold til arbejdsrelateret MSB.

Helliwell, 2004 (50)

Status artikel der fremlægger en 10.punkts tilgang til diagnosticering og behandling af arbejdstagere med ikke specifik overekstremitets smerter. Overordnet set, skal indsatser være tværfaglige og ikke kun adresserer de fysiske faktorer på arbejdspladsen, men også beskæftige sig med "yellow flags" (psykologiske faktorer som fx fear avoidance), "blue flags" (arbejdsplads faktorer som fx høje krav og lav kontrol), "black flags" (organisatoriske forhold på arbejdspladsen). For sygemeldte personer med ikke specifik overekstremitets smerte bør der etableres dialog mellem arbejdstagerne, den primære behandler og arbejdspladsen. Velskrevet artikel og tydeligt at forfatteren har stor viden indenfor området.

Horsley, 2011 (51)

Glimrende narrativt review om faktorer, der fremmer og hæmmer TTA-processen efter arbejdsbetinget sygdom/ulykke, set i et biospsykosocialt perspektiv. Væsentlige punkter ud fra et arbejdsplads-perspektiv er, at der tidligt i processen skal grundlægges et tillidsfuld og konstruktivt samarbejde mellem den sygdomsramte og hans/hendes leder/supervisor (og arbejdspladsen som et hele), og at der også etableres en tidlig kontakt mellem den sygdomsramtes læge/behandler og arbejdspladsen, præget af god kommunikation uden forsinkelser. Også patientens forudbestående jobtilfredshed spiller ind, samt muligheden for job-tilpasning/ergonomisk forbedring. (Også den sygdomsramte læge/behandler skal forstå, at psykosociale forhold i høj grad spiller ind, ikke mindst hvad angår patientens forventninger til TTA, og anvende en positive og beroligende tilgang til patienten på et tidligt tidspunkt.

Williams, 2006 (52)

Systematisk review inkluderende 10 studier omkring effekten af indsatser på arbejdspladsen i behandlingen af arbejdsrelateret ryg-smerte. Resultaterne viste, at der var bedst evidens for sundhedsfaglig indsats sammen med arbejdspladsindsats for at få skadede arbejdstagere hurtigere tilbage til regulært arbejde samt at reducere smerte og øge funktionsevne. Indsatser vedrørende at vende tidlig tilbage til arbejde/tilpasset arbejde viste sig effektive i at reducere raten af ryg-skader, reducere tabt arbejdstid grundet ryg-skader, samt at reducere smerte og øge funktionsevne. Desuden viste ergonomiske indsatser samt arbejdsplads tilpasning, tilpasning af jobopgaver og tilpasning af arbejdstiden sig at være effektive til at få skadede arbejdstagere tilbage på arbejde.

Carrol, 2009 (53)

Systematisk review fra UK, der inkluderer 12 studier, hvor man undersøger om TTA effektiviseres ved arbejdspladsinvolvering for ansatte med rygsmerter, ligesom man kigger på om interventioner med en arbejdsplads-komponent er mere cost-effektive sammenlignet med dem uden. 2 ud af de 12 studier har undersøgt arbejdsbetingede rygsmerter. Et af disse er et af de første studier (1997), der omhandlede arbejdspladsinterventioner for personer med arbejdsbetingede lidelser. Simpel involvering af arbejdspladsen i indsatser førte ikke til bedre TTA blandt arbejdstagere med minimum 2 ugers sygefravær. Man fandt, at interventioner hvor ansatte, sundhedsfagligt personale og ledere arbejder sammen om jobmodifikation er mere effektive ift. TTA end andre interventioner; tidlig intervention var ligeledes effektiv. Den økonomiske evaluering indikerede at arbejdspladsinterventioner er mere cost-effektive end interventioner uden arbejdspladsinvolvering. Indsatser med fysisk træning på arbejdspladsen var ikke mere effektive end fysisk træning-indsatser uden for arbejdspladsen.

Tan, 2015 (54)

RCT studie fra Singapore inkluderende 160 hospitals arbejdere udsat for arbejdsulykke, der krævede skadestuebehandling. Randomiseres til vanlig behandling vs. TTA koordinator, der tog tidlig kontakt til arbejdsplads, hvor der blev foretaget arbejdspladsvurdering og deltog i møder med sundhedsvæsenet. Der blev foretaget en bio-psyko-social bedømmelse af den skadede inkluderende såvel fysisk, psykisk som kognitiv funktionsevne. Der blev iværksat uddannelse af såvel arbejdsgiver som den skadede om muligheder på arbejdsmarkedet og om

arbejdsskadesystemet; den rehabiliterende plan blev tilrettelagt herefter.

TTA koordinatoren havde positiv effekt på TTA vurderet 3 måneder efter skaden.

Shaw, 2014 (56)

Shaw, 2014, er et Canadisk case studie af en virksomhed med fokus på TTA efter skulderskader. Der indgår 184 medarbejdere der er sygemeldte med skulderlidelser. Indsatsen er arbejdspladsmodifikation med 4 trin 1) tilpasset jobrotation, 2) begrænsning fra visse arbejdsopgaver, 3) byrdereducering eller skift til lettere opgaver (eks. computerarbejde eller 4) fuldstændigt skift til fysisk lette arbejdsopgaver. Undersøgelsen viser at 56% af medarbejderne der deltog i et tidligt TTA-program, kom tilbage i arbejde inden for en måned. Samlet set vendte 87,8% af medarbejderne med rotator cuff skader tilbage til samme arbejde som de havde før skaden. Resultaterne har dog begrænset værdi da det er et case studie som desuden mangler en del i afrapporteringen.

Peppers, 2017 (57)

Amerikansk studie, der retrospektivt gennemgår journaler fra 27 veteraner, der har søgt behandling grundet kroniske moderate MSK smerter. Man sammenligner den kliniske vurdering af funktionsevne/kapacitet med en egentlig standardiseret måling af funktionsevne/kapacitet. Der findes divergens mellem de to metoder, og dette har betydning for rådgivningen af den syge. Den kliniske vurdering er mindre præcis end den standardiserede måling, dette øger risikoen for at bedømmelsen af kapacitet til at imødegå arbejdsmæssige belastninger bliver upræcis. Derfor risiko både for at der gives grønt lys til for belastende arbejdsopgaver og der bliver sagt nej til opgaver der godt kunne løses.

Dunstan, 2014 (58)

Participants' evaluation of a brief intervention for pain-related work disability Debra A. Dunstan.

Dunstan, 2014, baserer sig på spørgeskema feedback fra 33 deltagere i et 6-ugers CBT program for smerte og arbejdsevne. Undersøgelsen er lille og designet er svagt, men fremhæver en interessant problemstilling, nemlig at vedvarende lidelser, smerter, problemer kan bliver undervurderet i et system der har primær fokus på TTA fremfor de individuelle helbredsproblemer.

Williams, 1991 (59)

Ældre amerikansk kvalitativt studie, der adspurgte 33 personer, som alle havde været ude for en arbejdsulykke og som inden for de seneste måneder havde deltaget i en hurtig tilbagevendingsproces med arbejdsmodifikation. De 33 personer kom fra forskellige arbejdspladser og 3 overordnede forskellige industrier.

2/3 af de adspurgte havde et positivt syn på TTA-programmet, mens for 1/3 blev programmet vurderet til at være negativt og mindre frugtbart.

Dem der oplevede programmet som negativt og mindre frugtbart var ofte mindre tilfredse med deres normale job inden ulykken, havde været sygemeldt mere end 4 uger inden TTA, oplevede følelsesmæssigt stress, forlænget periode med funktionsnedsættelse, oplevede lille grad af støtte fra arbejdet og forværring mens de var i det tilpassede job og i overgangen til deres normale job.

Derudover beskrives der generelle opmærksomheder, når der skal udformes et tilbagevendingsprogram, herunder at mange oplevede deres modificerede job som kedeligt og meningsløst. Kun få oplevede deres leder som oprigtig bekymret for dem.

Shaw, 2007 (60)

Canadisk-amerikansk review fra 2007, som undersøgte TTA-koordinatorernes rolle. Der var tale om både kvantitative (20) og kvalitative undersøgelser (2), i alt gennemgang af 51 artikler, dækkende 22 studier, som identificerede 29 koordinator-aktiviteter indenfor 6 områder: Ergonomi og arbejdspladsvurdering, optagelse af historie/interview, social problemløsning, kommunikation/mægling på arbejdspladsen, juridiske- og arbejdsmarkeds-mæssige aspekter og kendskab til medicinske tilstande. Ikke alle artikler, havde med arbejdsulykker at gøre.

20 ud af 22 studier fandt moderat til høj effekt på TTA efter intervention.

Dette review finder samlet set, at TTA-koordinering kan bestå af mange forskellige aktiviteter, og at der kan være store forskelle i koordinatorernes baggrund, træning og metoder. Man finder at TTA-rollen fortsat udvikler sig og at det tyder på, at specifikke kompetencer herunder ergonomisk arbejdsmodifikation samt interpersonelle - og kommunikationskompetencer (fx konfliktløsning) kan være de mest afgørende for succesfuld TTA-koordinering.

Bohatko-Nissmith, 2014 (61)

Bohatko-Nissmith, 2014, er et Australsk kvalitativt studie med fokus gruppe interviews blandt 25 TTA koordinatorer. Undersøgelsen tyder på at TTA koordinatorer generelt godt kan uddannes bedre til opgaven. Overordnet er der mangel i forhold til både personlige og organisatoriske faktorer. Der peges specielt på at de skal blive bedre til at kommunikere både med de enkelte medarbejdere og arbejdspladserne, herunder dokumentation og øvrig korrespondence med aktørerne. TTA koordinatorerne efterspørger selv mere viden og kendskab til symptomer og disses betydning for forløbet for den enkelte medarbejder. Af positive faktorer der er nødvendige for at udfylder rollen peges på evnen til forhandling og konfliktløsning.

James, 2013 (62)

James, 2013, er en kvalitativ undersøgelse med fokusgruppe interviews af 25 TTA koordinatorer for sygeplejersker med skader (ikke specificeret om det er arbejdsbetinget) om motiver og barrierer set fra TTA koordinatorens perspektiv. Undersøgelsen konkluderer at TTA er en vigtig ressource og innovative i deres tilgang for at finde løsninger for de enkelte arbejdspladser og sygeplejersker. Selvom undersøgelsens konklusioner støttes af andre undersøgelser er den begrænset af designet i den konkrete undersøgelse. Analysen viser dog tydeligt at TTA koordinatorer reflekter over mange facetter af deres arbejde og efter eget udsagn spiller en rigtig vigtig rolle i TTA.

Joyce, 2016 (64)

Systematisk meta-review der undersøger effekten af interventioner, der som minimum har en arbejdsrelateret komponent (on-site eller faciliteret af arbejdspladsen), for medarbejdere med depression og/eller angst på sygefravær, ift. presenteeism, TTA, symptomreduktion og produktivitet. Reviewet inkluderer 481 originale studier baseret på 20 moderat- til høj-kvalitets undersøgelser. Reviewet finder positiv effekt i forhold til primær forebyggelse af interventioner med øget kontrol i arbejdet og fysisk aktivitet. Positiv effekt af sekundær forebyggelse i form af CBT stress-håndtering, samt negativ effekt af debriefing efter traume. Der er desuden fundet positiv effekt af tertiære interventioner i forhold til symptomreduktion og arbejdsrelaterede outcomes af arbejdsfokuseret eksponeringsterapi og

-CBT, og problem-fokuseret TTA programmer. Det skal nævnes at studiet er fra 2016, og dermed forholdsvis opdateret i forhold til tilgængelig viden, og at det er det første meta-review på området som håndterer den givne problemstilling. Da undersøgelsen er baseret på 481 artikler, indgår der både sygdomme der skyldes og ikke skyldes arbejdet.

Stergiopoulos, 2011 (65)

Systematisk review inkluderende 7 studier omkring effektiviteten af arbejdsrelaterede indsatser på TTA blandt arbejdstagere med arbejdsrelateret PTSD. Studiet foreslår at arbejdsrelaterede indsatser kan være effektive i at fremme TTA blandt arbejdstagere med arbejdsrelateret PTSD.

Specifikt undersøgte studiet effektiviteten af EMDR, kognitive adfærdsteknikker og en integreret terapi tilgang kaldet kort eklektisk psykoterapi.

Zolnierczyk-Zreda, 2016 (66)

Polsk RCT-studie, der undersøger effekten af Mindfulness-baseret stress reduktion hos 144 mellemledere. Et meget interessant og velgennemført studie, der finder at MBSR medfører fald i selvoplevet arbejdsrelateret stress, fald i negativ affekt, fald i intensiteten af somatiske klager og fald i sygefravær. Der findes øget selv-værd og øget positiv affekt. Ingen forskel i frekvensen af somatiske klager

Grossi, 2009 (68)

Et Svensk quasi eksperimentelt studie inkluderende 24 offentligt ansatte kvinder med langtidssygefravær som følge af arbejdsrelaterede psykiske problemer. Alle deltagerne i studiet tilbydes standard individuel behandling for stress, og halvdelen tilbydes en gruppe intervention oveni den vanlige behandling. Behandlingen har effekt på de stress relaterede symptomer, men har ingen effekt på TTA rater..Begrænset værdi grundet Quasi eksperimentelt studiedesign med kun 24 deltager

Andersen, 2012 (72)

Metaanalyse af 8 kvalitative studier vedrørende ansatte med mentale helbredsproblemer. Metaanalysen viser at TTA processen skal være sammenhængende og koordineret. Det findes vanskeligt at få implementeret TTA løsninger på arbejdspladsen. Social støtte på arbejdspladsen er et vigtigt element til at understøtte TTA pro-

cessen. Arbejdspladsen finder det vanskeligt at vurdere hvornår den sygemeldte er klar til TTA. Der bør være bedre samarbejde mellem rehabiliteringssystemerne og det sociale system. Udover disse barrierer for TTA-processen pegede de kvalitative studier også på ”biologiske” barrierer hos den sygdomsramte selv, nemlig udmattelse og kognitive gener, samt psykologiske barrierer ift. perfektionisme, lavt selvværd og (overdreven) ansvarsfølelse.

De kvalitative studier tydede desuden på, at den sygdomsramtes forforståelse af sygdom og arbejde, og deres forventninger til TTA-processen, havde betydning for TTA-forløbet.

Kosny, 2006 (74)

Retrospektivt telefoninterview af patienter med arbejdsbet. Ulykke, ca. 1 måned efter ulykken, med TTA som udfald.

Positiv effekt (i multivariat analyse med fin cond.kontrol) af, at læge/behandler rådgav om tidspunkt for TTA, om forholdsregler ved TTA for at undgå forværring (og i nærsignifikant grad også af, at læge/behandler kontaktede arbejdspladsen mhp at facilitere TTA-processen). Der anbefales derfor at læge/behandler har en proaktiv tilgang både ift arbejdsplads og ift patienten selv.

Howe, 1996 (76)

Editorial skrevet af en medical director fra en workers compensation fund, med overvejelser om arbejdsfastholdelse af personer med fysiske arbejds-skader. Der drøftes paradigmiske perspektiver på holdning til TTA (1996) og udfordringer ved at få implementeret TTA-programmer i virksomheder. Der beskrives centrale opgaver og udfordringer for arbejdsmedicinske sygeplejersker ift. at sikre arbejdsfastholdelse.

Af gode pointer kan nævnes: 1: Perspektiver på implementeringsproblemer, fx arbejdsgiver bekymringer/manglende viden/start up problemer etc. 2: At det er en fejl at tro at alle injured medarbejdere kan vende tilbage under recovery.

Overvejelser om retraining, hvis den skadede medarbejder ikke kan vende tilbage til samme stilling.

Fenner, 2013 (77)

Editorial med guidende principper for indledende vurdering og tidlig rehabilitering af skadede arbejdstagere med fokus på TTA.

Konkl.: Effektiv rehabilitering indebærer god indledende vurdering, effektiv tidlig behandling, tidlig mobilisering og god kommunikation mellem alle parter. Læger har en vigtig rolle at spille i at lette denne proces.

Kosny, 2013 (78)

Canadisk kvalitativt studie med gruppe interview af arbejdsskadede elektrikere og fagforeningsfolk, samt enkelt interview af kollegaer til de arbejdsskadede. (Der er ingen indsats i dette studie).

Resultater: Strukturen i arbejdet for elektrikere kan modvirke støtte fra kollegaer og gøre den skadede arbejdstagers oplevelser besværlige. Ledelsen kan spille en vigtig rolle i at sætte et eksempel for hvordan skadede arbejdere betragtes og behandles.

Sullivan, 2005 (86)

Lidt bedaget, men grundigt narrativt review som afdækker et kort ”road map” for den fremtidige forskning i psykosocial intervention mhp at forebygge muskelskeletbesvær. Der diskuteres især sekundær forebyggelse, men også de andre typer.

Reviewet diskuterer, at mens der er en vis viden om, at personlige psykologiske/psykosociale faktorer (såkaldt type 1 psykosociale faktorer) kan være facilitatorer eller hæmmere for TTA, er der beskeden viden om såkaldt type 2 psykosociale faktorer (altså arbejdspladsbaserede eller organisatoriske psykosociale faktorer), som der bør forskes mere i. Det kan nævnes, at Type 2 risikofaktorer, herunder supervisors forudfattede holdning og kollega-støtte har betydning for TTA. Der peges også på, at de arbejdsrelaterede/arbejdsnære interventioner øger sandsynligheden for TTA.

Der er en fin liste af forskningsrekommendationer på p. 481, som måske kunne bruges i rapporten.

De har en god formulering om at TTA-indsatsen er en tidsafhængig dosis-respons sammenhæng, således at

forstå, at jo tidligere man hjælper den syge, jo mindre midler skal der til (p. 484).

Stikeleather, 2004 (87)

Et amerikansk kvalitativt studie med 4 informanter, der interviewes om hvilke faktorer der påvirker deres beslutning om at presse på for at komme i arbejde eller vælge ”at passe på sig selv” Der fandtes især 3 faktorer, der afgjorde dette. Økonomi, bekymring om helbredet samt flexibilitet i arbejdet herunder arbejdsgiver støtte

Strunin, (89)

Kvalitativt studie, hvor 204 arbejdere (i forskellige brancher og forskellige etniciteter og køn) interviewes med etnografisk metode om deres oplevelse af (forsøg på) TTA. En "velkommen tilbage" attitude på arbejdspladsen vurderes at være vigtig for TTA, i modsætning til en "du er ude!" attitude.

Det skal noteres at nogle af de ikke-hvide og nogle af kvinderne følte, at der var en vis grad af diskriminering fra arbejdspladsens side.

Bergstrøm, 2017 (90)

Study protokol for Clusterrandomiseret undersøgelse, hvor de deltagende arbejdsmedicinske speciallæger randomiseres til enten at levere problemløsende intervention eller vanlig behandling til patienter med stressrelaterede og affektive symptomer. (Kan indgå som baggrund og diskussion. Har gode referencer, især reference 11 og 14).

Bender, 2016 (91)

Mixed methods studie med 141 deltagere, der meget grundigt udvikler en best practice intervention overfor ansatte i offentlig transport, der har udviklet PTSD. Indsatsen består af uddannelses programmer, der skal sikre at de eksponerede arbejdere screener sig selv for symptomer og opsøger hjælp. Der igangsættes et multidisciplinært behandlingsprogram, der både indeholder CBT og medicinsk behandling. I programmet er tilknyttet Ergo- og fysioterapeuter, psykiatere, psykologer samt TTA koordinatore. Tilbagevenden til arbejdet igangsættes i overensstemmelse med principperne i "Stages of changes" modellen. Det lykkes at skabe større opmærksomhed på den psykiske symptomer med deraf følgende behandling. Programmet medfører forlænget tid inden TTA.

I øvrigt et meget velgennemført kvalitetsstudie.

Spector, 2017 (92)

Et amerikansk RCT-studie rettet mod 81 ledere i en hospital-setting. Interventionen består af en 15-20 minutters audiovisuel træning online. Der viste sig at interventionen havde en positiv effekt på viden om - og indsigt i TTA processen for lederne - særligt lige efter interventionen. Der synes at være en tendens til at efter tre måneder, så er der fortsat en positiv effekt af interventionen, men denne udtyndes og er således ikke længere signifikant.

Thompson, 2016 (93)

Canadisk undersøgelse inkluderende 3146 arbejdere, der modtager økonomisk kompensation grundet sygefravær. Gennemført som kohorteundersøgelse, hvor den første

kohorte gennemførte oprindelige indsats, anden kohorte blev udsat for ny koordinationsmodel. I denne nye model blev helbredsindsatser og TTA indsatser koordineret med henblik på at optimere TTA forslag. Den udvidede indsats medførte en besparelse i udgifterne til sygedagpenge. Dette tog man som et proxy mål for forbedret TTA, om end det ikke blev egentligt målt. Undersøgelsen omhandlede IKKE arbejdsskadede

Yang, 2015 (94)

Effects of Co-Worker and Supervisor Support on Job Stress and Presenteeism in an Aging Workforce:

A Structural Equation Modelling Approach

Nærværende studie er et kohortestudie, som beskæftiger sig med jobstress (ikke som tilstand, men som oplevet stress på arbejdet. Studiet beskæftiger sig således med sygenærvær og ikke sygefravær og dermed heller ikke arbejdsskader. Studiet er ikke anvendeligt.

Johnston, 2015 (95)

Supervisors (29) fra fem australske industrier deltog i fokusgrupper for at afdække viden, færdigheder og personlige karakteristika, som kræves for at støtte tilbagevenden til arbejde for sygemeldte, herunder med fokus på psykiske lidelser og muskulo-skeletale lidelser. Analyse af fokusgruppedata identificerede generiske kompetencer i grupper/kategorier (i alt 94), og der blev efterfølgende sendt et spørgeskema til andre 334 supervisors og rehabiliterings-professionelle, som ratede de nævnte kategorier efter deres subjektive opfattelse af kategoriernes vigtighed og relevans. Supervisorerne ratede i 50% af tilfældene 90 af de 94 kategorier som relevante.

De højeste ratings var for kompetencer vedrørende personlige egenskaber, kendskab til TTA-processer og empatisk støtte til den ansatte.

Konklusion: Supervisors og rehabiliteringspersonale har den opfattelse, at god support ift. TTA kræver, at de har tilstrækkeligt kendskab til området, personlige færdigheder og - karakteristika.

Verhagen, 2013 (96)

Verhagen, 2013, er et Cochrane review der inkluderer RCT af mange typer interventioner som træningsøvelser, ergonomiske tilpasninger på arbejdspladsen, massage og manuel terapi. Disse interventioner har til formål at mindsker smerte og forbedre funktionen. Cochrane reviewet inkluderer kun RCT hvor der specifikt var skrevet at sygsommen, lidelsen eller skaden var arbejdsrelateret. I alt indgik der 44 studier, der omfattede

6,580 personer. 21 studier evaluerede træningsøvelser, 13 evaluerede ergonomiske arbejdspladsjusteringer og 9 adfærdsændringer. Cochrane reviewet finder ikke en konsekvent virkning af nogen behandling på smerte, recovery, disability eller sygefravær. Ergonomiske interventioner reducerede smerte på lang sigt, men ikke på kort sigt i flere undersøgelser. 9 RCT'er var af høj kvalitet, men resultaterne var inkonsistente. Som mange andre Cochrane reviews konkluderes endvidere at der kræves bedre studier, der er større, har en klarere diagnose af "arbejdsrelateret" og overholder retningslinjer for design, gennemførelse og afrapportering af RCT studier.

Schaafsma, 2013 (97)

Schaafsma, 2013, er et Cochrane review omhandlende fysisk træning som del af en multifaktoriel TTA strategi for at reducere sygefravær hos medarbejdere med kroniske rygsmerter. Det er ikke et kriterie at rygsmerterne skal være forårsaget af arbejdet, selvom det kan være tilfældet. Resultaterne viste, at få fysiske træningspas (< 5 sessioner) ikke har nogen virkning på sygdomsvarighed for arbejdstagere med subakut eller kronisk rygsmerter. Det var modstridende resultater for længerevarende fysisk træning (mere end 5 sessioner) i forbindelse med subakutte rygsmerter. Det tyder på at længerevarende fysisk træning som en del af en arbejdspladsnær indsats har positiv, om end lille, effekt på at mindske sygefravær ved 12 måneders opfølgning i forhold til usual care af medarbejdere med kroniske rygsmerter.

Roelof, 2010 (98)

Hjemmehjælpere med lænderygsmerter blev randomiseret til enten 1) normal beh + lændekorset (n = 183) eller 2) normal beh. (n = 177), og der blev fulgt op 12 måneder efter.

Deltagere som brugte korset havde færre dage med rygsmerter, De direkte økonomiske udgifter hos korset-brugere (dvs. besøg hos læge, korsettet selv, medicin o lign, men ikke medregnet udgifter ifm sygemeldingerne) var lavere end hos ikke-korset brugere, derimod ikke sikker forskel i antal sygedage.

Karlson, 2010 (99)

Et Svensk interventionsstudie, der inkluderede 148 personer sygemeldt grundet burnout. Man havde egentlig planlagt et RCT, men grundet meget lav tilslutning måtte man benytte personer, der ikke ønskede at deltage i intervention som kontroller. Efter spørgeskemabaseret vurdering af events der ledte op til sygemeldingen og

efter interview med nærmeste leder blev kerne interventionen igangsat. Kerne interventionen var et "convergence dialogue meeting" der havde til formål at igangsætte en dialog mellem nærmeste leder og den sygemeldte, der i fællesskab skulle finde løsninger til at lette TTA. Derudover blev der iværksat behandling ved behov. Nogle uger senere blev der afholdt gruppemøder med 4-6 patienter med undervisning i stresshåndtering og deling af erfaringer.

Patienter, der fik indsatsen havde højere grad af TTA i en 1,5 års follow periode. Der var en konstant stigning i TTA graden over hele perioden, hvorimod det flader ud for kontrollerne tidligere. Spændende studie, der dog er hæmmet af en betydelig selektionsbias

Dembe, 2007 (100)

Et amerikansk retrospektivt kohortestudie, som analyserede sammenhængen mellem atypiske arbejdsplaner (fx skiftevagter og lange arbejdsdage) og oplevede problemer i tilbagevenden til arbejde for personer med arbejdsskader/lidelser.

Man fandt at tilbagevenden til arbejde efter arbejdsskade/lidelse er sværere for ansatte der vender tilbage til atypiske arbejdsplaner, fx skifteholdsarbejde eller vagter med overarbejde og på mere end 12 timer. De arbejdsmæssige konsekvenser var ikke ensartede på tværs af de atypiske arbejdsplaner, og fx havde arbejdsplaner med overtid og lange arbejdsdage større arbejdsmæssige konsekvenser end skifteholdsarbejde.

Ikke interventionsstudie, men vigtig pointe, når der planlægges tilbagevendingsplaner for ansatte med arbejdsskader og atypiske arbejdsplaner.

Li, 2006 (101)

Cohortestudie som inkluderede 6 døve arbejdsløse kinesiske arbejdere med arbejdsbetinget døvhed, som gennemgik et rådgivningsforløb mhp. At øge selvpfattelse, mestring og hermed motivationen for at søge arbejde. Der var tale om en stærkt selekteret gruppe, idet der initielt blev indbudt mere end 2000 personer med døvhed. 2 af de 6 havde efter et års opfølgning fået ansættelse.

McGuirck, 2007 (102)

Retrospektivt cohortestudie som undersøger effekten af evidensbaseret behandling/rådgivning fra bedriftslæge versus almindelig behandling (normalt egen læge) af personale på sygehus i forskellige ansættelser/stillinger/faggrupper, som havde akut arbejdsbetingede lænderygsmerter.

Der blev rekrutteret 253 ansatte, men det fremgår ikke i hvilket omfang de ansatte, som valgte almindelig behandling, fulgte behandlingen. Det er et meget alvorligt kvalitetsproblem, at studiet ikke randomiserer til interventionerne, men at deltagerne selv vælger interventionen. Eks. at de, som vælger interventionen, er mere veluddannede, ligesom der var kønsforskelle. Resultater er derfor højst sandsynligt påvirket af bias.

Resultatet var, at de ansatte, som valgte interventionen, hurtigere vendte tilbage til arbejde og i højere grad til samme funktion, og desuden havde kortere tid med modificeret arbejde.

Ramos, 2006 (103)

Cohortestudie. Nyt "case management program", som via bedriftsundhedstjenestens sygeplejerske implementeres og gennemføres mhp. at påvirke sygefraværet. Der forelå opgørelse for et specifikt år for det samlede sygefravær for en given virksomhed (231 ansatte), hvorefter programmet implementeres. Sygefraværet på samme arbejdsplads blev opgjort det efterfølgende år, og da var der et fald i sygefraværet.

Der forelå ikke oplysninger om indholdet af det tidligere program eller hvilke ændringer, der var gjort ift. indsatsen i virksomheden. Programmet indeholdt indsatser, som var relateret til sundhedsfaglig behandling, forhold på arbejdsplads, sociale faktorer m.v.

Lemstra, 2002 (104)

I studiet sammenlignes effekten af en virksomhedsbaseret indsats, en tidlig indsats og et standard tilbud, i to store virksomheder inden for "køndindustrien", for personer med arbejdsbetinget ryg – over overekstremitetslidelser, (kombineret retrospektivt og prospektivt kohortestudie).

Outcome er incidenser for anmeldelser samt det totale antal sygedage og de samlede udgifter hertil pr. år.

På den virksomhed (A), hvor man gik fra "standard care" til "occupational management", faldt frekvensen af anmeldelser og det totale antal sygedage og udgifterne til dette. Sammenlignede man standard tilbuddet (A) med tidlig intervention, som var det varige tilbud på den anden virksomhed (B), klarede dette tilbud sig dårligere, end standard tilbuddet. En forklaring på dette kan bl.a. være at tidlig og øget fysioterapi til alle er med til at forlænge TTA, bl.a. grundet fx work hardening programmer, som skal færdiggøres.

"Occupational management" indeholdt dog også primær forebyggelse, så effekten kan også skyldes denne alene.

Quinn, 2002 (105)

diskuterer forskellige aspekter af TTA. Der er ingen konkrete resultater af interventioner. Artiklen fremhæver dog, med reference til en artikel fra 1996 i Spine, at de fleste tilfælde af sygemeldte med akutte rygsmærter hurtigt kommer tilbage i arbejde, halvdelen indenfor den første måned, men at der er en lille rest af kroniske tilfælde (<10%) der stadig er sygemeldte efter 1 år.

Perry, 1996 (106)

Amerikansk studie, der beskriver særligt program kaldet REACH, der prøver at iværksætte tidlig TTA til modificerede jobs. Tilsyneladende med effekt på omkostninger.

Aarås, 1994 (107)

Norsk studie blandt kvinder i telefon produktions industrien med arbejdsrelateret MSD der opsummerer effekterne af en ergonomisk indsats (på baggrund af flere studier) på forekomsten af MSD og sygdom. Den ergonomiske indsats havde til formål at reducere statiske belastninger og derved øge variation i kropssposition og bevægelse gennem: justering af arbejdsstationer, give tilstrækkelig plads til benene, vinkeljustering af bord, nyt håndværktøj, bedre arm-støtte.

Resultaterne viste at sygefravær på grund af MSD blev reduceret fra 5.3% til 3.1% og turnover blev reduceret fra 30.1% til 7.6%. En økonomisk evaluering af programmet viste en investering på 350.000 NOK og en besparelse på 3.200.000 NOK.

Williams, 1993 (108)

Candisk oversigtsartikel omkring epidemiologien, etiologien og behandlingen af arbejdsrelateret "cumulative trauma disorders (CTD)" (specifikt overbelastningsskader af overekstremiteten). (IKKE indsats)

Artiklen fremhæver at en pædagogisk tilgang til korrekt brug af hånd, håndled, albue og skulder under arbejde er afgørende for at forebygge, mindske eller eliminere risikoen for arbejdsrelateret CTD' i overekstremiteten.

Bilag 4: Tabel over interventioner, resultater og kvalitetsscore af de artikler, hvor det var muligt at score.

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetinget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effects	IWH
Ammendolia 2009	NA	Design af TTA program	Overview of literature	Ikke defineret	Low back Pain	Ja	Nej	NA	NA	0
Bender, 2016	Multi-domain	Undervisning, udredning, behandling (terapeutisk og/eller medicinsk), TTA strategi	Cohort	Ansatte i en offentlig transport virksomhed	PTSD/PTSD symptomer	Ja	Ja	141	Negativ effekt af intervention ift. TTA, positiv effekt af intervention ift. indsigt i symptomer og værdien af screeninger, PTSD-symptomer fortog sig over tid for både kontrol og interventionsgruppe,	65
Bergstrøm, 2017	NA	Protokolartikel	RCT	Arbejdsmedicinske speciallæger	Stress og affektive lidelser	Ja	Nej	150	NA	0
Bernacki, 2000	Multi-domain	multifaktoriel med inddragelse af læger, sikkerhedsfolk, den skadede/sygemeldte medarbejder og dennes leder, samt en person der har ekspertise i ergologi	Time-series	Sygemeldte	MSB	ja	Ja	fra 16,000 i 1989 til 28,000 i 1999	Sygefraværet falder til under halvdelen efter indførelsen af programmet. Evidensniveauet er dog lavt, da undersøgelsen ikke er randomiseret, men styrkes dog ved at der er sygefraværet har ligget stabilt i en periode på 4 år op til indførelsen af programmet, og falder efter indførelsen og bliver på et stabilt lavt niveau de efterfølgende 6-7 år	0
Blonk, 2006	Health focused	Stressmanagement, gave advice on workload reduction og graded activity, CBT with work-related assignments	RCT	Selvstændige	Psykiske problemer (angst, depression, udbrændthed)	ja	Nej	98	Dem der modtog et kombineret tilbud givet af en "labour expert" med kort CBT/stresshåndtering og fokus på graded activity og arbejdspladsen kom hurtigere tilbage på arbejde end dem, der modtog CBT med mindre grad af arbejdspladsfokus eller dem i kontrolgruppen.	71
Bohatko-Nissmith, 2014	NA	NA	Kvalitativ	TTA koordinatorer	NA	Ja	Ja	25	NA	0

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetiaget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effects	IWH
Bronner, 2003	Multi-domain	Primær forebyggelse ved helbredscheck, teknik øvelser, cross-træning og behandling af mindre skader, sekundær forebyggelse bestående af triage, behandling og rehabilitering. Case management bestående monitorering af MSB problemer, visitation til rette forsikringskasse, koordinator mellem behandlere og forsikring, facilitering af arbejdsmodifikation, koordination mellem sygemeldte og arbejdspladsen, dataanalyse	Cohort	Professionelle danskere	MSB	Ja	Ja	42	Reduktion af skadesfrekvens, færre fraværs dage	0
Casey, 2014	NA	NA	Cohort	personer henvist til TTA indsats	alvorlige skader der har medført erstatningskrav	Ja	Nej	9262 cases	NA	0
Cheng, 2007	Multi-domain	Klinik baseret work hardening og arbejdspladsbaseret work hardening	RCT	Sygemeldte	Rotator cuff lidelse	Ja	Nej	103	efter 4 uger er TTA højere blandt dem der har fået den arbejdspladsrettede indsats	83
Dembe, 2007	NA	NA	Retrospektiv kohorte	Personer i en kohorte der mellem 1988-2000 havde en hændelse på et job, der ledte til en skade eller sygdom. Alle mellem 22-43 år.	forskellige; fx muskelskelet problemer, brud, forbrændinger, perifære nerverelidelser etc.	Ja	Ja	5313	Tilbagevenden til arbejde efter arbejds-skade er sværere for ansatte der vender tilbage til atypiske vagttyper/ arbejdssteder, fx skiftearbejde eller vagter med overarbejde og på mere end 12 timer.	0

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetinget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effects	IWH
Dunning, 2008	Multi-domain	Transitional Work Grant (TWG) program, som bestod af flere komponenter, herunder jobanalyse, uddannelse, kommunikation og gradvis tilbagevenden til normale arbejdsopgaver (transitional work)	Quasi eksperimental	Virksomheder	NA	Ja	Ja	1922 virksomheder	Positive effekter på antal claims med tabt arbejdstid (sygefravær)	40
Dunstan, 2007	Multi-domain	multidisciplinært arbejdsrelateret aktivitetsprogram implementeret af psykolog, fysioterapeut (i samarbejde med rehabiliterings medarbejdere på arbejdspladsen og praktiserende læge) bestående af CBT, smertehåndtering, fysisk træning, stress håndtering, sociale færdigheder, målsetting for TTA	Pilot studie	Arbejdstagere	erstatningsberettiget MSD skade - kronisk arbejdsrelateret smerte (63% havde skade ryggen)	Ja	Nej	30	Programmet havde effekt på smerte intensitet, fysisk og psykologisk funktionsevne, mens der ingen ændring var i TTA ved 6 måneders follow-up.	0
Fore, 2015	Multi-domain	Fysisk træning baseret på fysisk kapacitets vurdering, skadesundervisning, individuel rådgivning, gruppeterapi, bio feedback, stress håndtering, genindtræden på arbejdet	Cohort	Patienter med kroniske (af mindst 4 måneders varighed) muskelskelet problemer	MSB kronisk	Ja	Nej	354	FCE forbedres, Physical demand level prædikerer TTA og fastholdelse	25
Green-McKenzie, 2002	Multi-domain	TTA-koordination, job modifikation - men også et element af primær forebyggelse.	Cohort	Ansatte på et stort hospital	Helt bredt (arbejdsbet + arbejdsulykker)	Ja	Ja	Ca. 6500	Da virksomheden fuldt havde implementeret et multimodalt "health care management initiative" hvor TTA-koordinering spillede en afgørende rolle, faldt antallet af anmeldte arbejdsrelat. sygdomme med sygefravær, samt den totale mængde sygefravær og de samlede udgifter desårsag.	0

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetinget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effects	IWH
Kosny 2006	NA	NA	Cross-sectional	Arbejdstagere med arbejdsskader, som har betydet sygdommedling	”Skader”/injuries i ryg, nakke og OE	Ja	Nej	187	Positivt effekt af, at læge/behandler rådgav om tidspunkt for TTA, om forholdsregler ved TTA for at undgå forværring (og i nærsignifikt grad også af, at læge/behandler kontaktede arbejdspladsen mhp at facilitere TTA-processen).	0
Kosny 2013	NA	NA	Kvalitativ	35 deltagere: 8 skadede arbejdere (elektrikere), 17 koleger til de skadede arbejdere, 10 fagforeningsrepræsentanter	Uklart, men primært injury af knæ, ryg, hand/håndled	Ja	Nej	35	NA	0
Lederer, 2012	NA	counseling and education, medical reassurance and worksite	Cohort	Patienter der modtager kompensation grundet arbejdsrelateret MSB af mindst 2 månederes varighed	Langvarig MSB Ryg/nakke/skulder/OE	Ja	Nej	455	linked diagnostic representations to self-management strategies in a functional manner.	0
Lemstra 2003	Multi-domain	Primær forebyggelse samt tidlig intervention, work hardening, øvelser, ”psykosocial intervention”	Cohort	Ansatte på to virksomheder indenfor kødindustrien	Ryglidelse + upper ekstremitets lidelser	Ja	Ej oplyst	Ikke angivet (2 store virksomheder)	På den virksomhed, hvor man gik fra ”standard care” til ”occupational management”, faldt frekvensen af anmeldte (injury claims) og det totale antal sygedage grundet dette, mens den virksomhed, der hele tiden havde haft ”tidlig intervention” forblev på et højt niveau for disse udfald.	0
stra, 2004	Multi-domain	Occupational management	Cohort	Arbejdstagere der søger erstatning	Ryg og OE	Ja	Nej	NA	Betydelig reduktion i antallet af udbetalinger i arbejdsskadeerstatning og længden af fravær ved ”occupational management” sammenlignet med Tidlig intervention ved fys. terap.	0

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetinget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effects	IWH
Kosny 2006	NA	NA	Cross-sectional	Arbejdsgivere med arbejdsskader, som har betydning sygemelding	"Skader"/injuries i ryg, nakke og OE	Ja	Nej	187	Positivt effekt af, at læge/behandler rådgav om tidspunkt for TTA, om forholdsregler ved TTA for at undgå forværring (og i nærsignifikant grad også af, at læge/behandler kontaktede arbejdspladsen mhp at facilitere TTA-processen).	0
Kosny 2013	NA	NA	Kvalitativ	35 deltagere: 8 skadede arbejdere (elektrikere), 17 kollegaer til de skadede arbejdere, 10 fagforeningsrepræsentanter	Uklart, men primært injury af knæ, ryg, hånd/håndled	Ja	Nej	35	NA	0
Lederer, 2012	NA	counseling and education, medical reassurance and worksite	Cohort	Patienter der modtager kompensation grundet arbejdsrelateret MSB af mindst 2 måneders varighed	Langvarig MSB Ryg/nakke/skulder/OE	Ja	Nej	455	linked diagnostic representations to self-management strategies in a functional manner.	0
Lemstra 2003	Multi-domain	Primær forebyggelse samt tidlig intervention, work hardening, øvelser, "psykosocial intervention"	Cohort	Ansatte på virksomheder indenfor kødindustrien	Rygtidelse + upper ekstremitets lidelser	Ja	Ej oplyst	Ikke angivet (2 store virksomheder)	På den virksomhed, hvor man gik fra "standard care" til "occupational management", faldt frekvensen af anmeldelser (injury claims) og det totale antal sygedage grundet dette, mens den virksomhed, der hele tiden havde haft "tidlig intervention" forblev på et højt niveau for disse udfald.	0
stra, 2004	Multi-domain	Occupational management	Cohort	Arbejdsgivere der søger erstatning	Ryg og OE	Ja	Nej	NA	Betydelig reduktion i antallet af udbetalinger i arbejdsskadeerstatning og længden af fravær ved "occupational management" sammenlignet med Tidlig intervention ved fys.terapi.	0

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetinget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effects	IWH
Li 2006	NA	NA	Cohort	Ledige med arbejdsbet. døvhed som ønskede hjælp til at få job	Døvhed, arbejdsbetinget	Ja	Nej	7	(2 - 3 af dem fik job)	0
Loisel, 2002	Multi-domain	TTA-koordination, job modifikation, klinisk undersøgelse, rygske, tværfaglig intervention m. bl.a. psykolog (Sherbrooke model)	Cohort	Populationsbaseret - alle medarbejdere fra virksomheder i Sherbrooke-området (Ca. 20.000)	Ryglidelser	Ja	Ej oplyst	104	For medarbejdere, der havde gennemgået både arbejdsplads-intervention samt klinisk intervention (i.e., den fulde Sherbrooke model) var der en (ikke signifikant) tendens til højere cost-benefit end de 3 andre "arme" (standard care, udelukkende klinisk intervention, udelukkende arbejdsplads-intervention). Cost-benefit defineres som de totale udgifter til interventionen fratrukket de totale udgifter, som ryglidelse udløste (hvor forsikringens dækning af tabt arbejdsindkomst var de væsentligste post). De samme insigifikante tendens sås for cost-effektiviteten, defineret som antallet af sygedage pga. ryglidelse sat i forhold til de totale udgifter til interventionen.	79
McGuirk 2007	Multi-domain	Rådgivning (ang. skadens karakter, beroligelse etc.) af bedriftslæge samt kommunikation med (evt. besøg på) arbejdspladen mhp. jobmodifikation, ergonomisk forberdning etc.	Retrospektiv kohorte	Hospitalsansatte i forskellige stillinger, eks. sygeplejersker, kontoransatte med akutte lændesmerter	Nedre ryg-smerter	Ja	Ja	253	De, som blev rådgivet af bedriftslæge, var tilbøjelig til at vende til bage til arbejdet hurtigere med samme arbejdsfunktion og med mindre fravær.	50
Netterstrøm, 2013	Multi-domain	Stress indsats: ident. af relevante stress-faktorer, andre coping-strategier, justering af arbejdsbelastning og opgaver, forbedre dialogen på arbejdspladsen, mindfulness-baseret stress reduktion	RCT	Deltdis eller fuldtids sygemeldte arbejdsstagere	Symptomer på vedvarende arbejdsrelateret stress	Ja	Nej	198	Stress-rehabiliterings-program, bestående af arbejdsplads fokuseret psykoterapi og mindfulness, reducerede stress symptomer og øgede TTA raten sammenlignet med usual-care og en kontrolgruppe	80

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetiaget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effects	IWH
Nioles, 2010	Multi-domain	Arbejdspladsbesøg/vurdering, ændring af arbejdspladsdesign, så der opstod øget skærmming fra stoffet, koordinering med leder	Case study	En typograf/trykker	Allergisk kontakt-eksem	Ja	Nej	1	Med den øgede "skærmming" fra stoffet, blev det muligt for den ansatte at fortsætte på arbejdet og den pågældende vendte ikke tilbage med gener	0
Noonan, 2010	Fleire af ovenstående (review)	Fleire komponenter beskrevet:	Overview of literature	Personer med smerte og disability	Arbejdsrelateret MSD	Ja	Nej	NA	Det foreslås at indsatser skal være biopsykosociale for derved at imødekomme det komplekse og multifaktorielte sygdomsforløb i forhold til arbejdsrelateret MSB.	0
O'Hagan 2013	Health focused	The program is focused on restoring the patient's capacity to TTA through activation, development of coping strategies, supported TTA and barrier reduction and includes exercise, work simulation, counseling and education, medical reassurance and worksite intervention	Kvalitativ	convenience sample of injured workers	range of chronic physical impairments	Ja	Nej	16	participants expanded their scope of injury representations and appraisal to include neurobiological aspects of chronic pain and dimensions of psychosocial well-being, and linked diagnostic representations to self-management strategies in a functional manner.	0
Russo, 2002	Multi-domain	4 komponenter målrettet efter behov: ergoterapi, fysioterapi, psykologisk behandling, rådgivning om rehabilitering	Case series	Sygemeldte der er berettiget til kompensasjon	MSB, mentale, frakturer, eller kombinationer af flere	ja	ja	172	Arbejdspladsrettet rehabilitering tilpasset til medarbejderen fik 83% tilbage i arbejde indenfor en gennemsnitlig periode på ca. et halvt år.	31

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetinget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effects	IWH
Schene, 2007	Multi-domain	usual care (psykiatrisk behandling på klinik) og OT (occupational therapy) implementeret af 2 arbejds-terapeuter bestående af 3 faser: diagnose fase (herunder videoobservationer i simuleret job-situation, kontakt med occupational physician fra patientens arbejdsgiver, plan for re-integrering på arbejdet), terapeutisk fase (herunder forberedelse på TTA, kontakt med arbejdspladsen, analyse af sammenhængen mellem arbejde og depression), opfølgingsfase (individuelle besøg af projekt terapeut).	RCT	Arbejdtagere med minimum 50% reduktion i ugentlig arbejdstid grundet depression	Major depressive disorder	Ja	Nej	62	Tilføjelse af OT til usual care forbedrede ikke depressions symptomer, resulterede i en reduktion i arbejdstabsdage i de første 18 måneder af studiet, øgede ikke arbejdsstress, og havde en sandsynlighed på 75,5% for at være mere kost-effektiv end usual care alene.	83
Schultz, 2008	Multi-domain	Multimodal early intervention	Pilot studie	arbejdsskadede med høj og mellem risiko for langvarigt sygefravær	Ryglidelser	Ja	Nej	72	Beskednen men signifikant effekt af tidlig intervention efter 6 måneder hos høj risiko populationen. Ingen andre signifikante effekter.	0
Shaw, 2008	Work modification	1) tilpasset jobrotation, 2) begrænsning fra visse arbejdsopgaver, 3) byrdereducering eller skift til lettere opgaver (eks. computerarbejde) eller 4) fuldstændigt skift til fysisk lette arbejdsopgaver	Case study	Sygemeldte	Skulderlidelser	Ja	Nej	184	56% af medarbejderne der deltog i et tidligt TTA-program, kom tilbage i arbejde inden for en måned. Samlet set vendte 87,8% af medarbejderne med rotator cuff skader tilbage til samme arbejde som de havde før skaden.	0
Shi, 2013	Flere af ovenstående (review)	Flere komponenter inkluderet	Systematisk review	Sygemeldte	Traumatiske håndskader	Ja	Ja	8 prognostiske studier	Der var lav til moderat evidens for, at personer med mere alvorlige skader og lavere indkomstniveau var mindre tilbøjelige til at komme tilbage til arbejde. Der var desuden lav til moderat evidens for, at alder, køn og uddannelsesniveau ikke havde nogen indflydelse på TTA.	0

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetinget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effects	IWH
Spector, 2017	Service coordination	Kort audiovisuel ledertæning i TTA processen	RCT	Ledere fra et hospital	NA	Ja	Ja	81 supervisors	Tegn på at interventionen skaber forbedret viden om og indsigt i TTA processen - særligt lige efter interventionen. Der synes at være en tendens til at efter tre måneder, så er der fortsat en positiv effekt af interventionen, men denne udtyndes og således ikke længere signifikant.	83
Steriopoulou, 2011	Flere af ovenstående (review)	Flere komponenter beskrevet	Systematisk review	Arbejdsgivere	PTSD	Ja	Nej	7 studier	Forfatterne foreslår, at arbejdsrelaterede indsatser kan være effektive i at fremme TTA blandt arbejdstagere med arbejdsrelateret PTSD	0
Stikeleather, 2004	NA	NA	Kvalitativ	Ældre arbejdere med arbejdsbetinget MSB	Ryg, knæ og skulder	Ja	Ja	4	NA	0
Strunin 2000	NA	NA	Kvalitativ	Arbejdere (forsk. grupper) med arb. bet. ryglidelse	Ryglidelse	Ja	Ja	204	NA	0
Verhagen, 2013	Flere af ovenstående (review)	træningsøvelser, ergonomiske tilpasninger på arbejdspladsen, massage og manuel terapi	Systematisk review	Mange forskellige	MSB arm, nakke, og/ eller skulder	Ja	Ikke et kriterie	44 studier, der omfattede 6,580 personer	21 studier evaluerede træningsøvelser, 13 evaluerede ergonomiske arbejdspladsjusteringer og 9 adfærdsskift. Cochrane reviewet finder ikke en konsekvent virkning af nogen behandling på smerte, recovery, disability eller sygefravær. Ergonomiske interventioner reducerede smerte på lang sigt, men ikke på kort sigt i flere undersøgelser. 9 RCT'er var af høj kvalitet, men resultaterne var inkonsistente. Som mange andre Cochrane reviews konkluderes endvidere at der kræves bedre studier, der er større, har en klarere diagnose af "arbejdsrelateret" og overholder retningslinjer for design, gennemførelse og rapportering af RCT studier.	0

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetinget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effect	IWH
Williams, 2009	Multi-domain	Flere komponenter beskrevet	Systematisk review	Skadede arbejdstagere med ryg-smerte	Lænderygssmerter der er arbejdsrelaterede	Ja	Nej	15 artikler der beskriver 10 studier	Der var bedst evidens for klinisk indsats sammen med arbejdsplads indsats for at få skadede arbejdstagere hurtigere tilbage til regulært arbejde samt at reducere smerte og øge funktionsevne. Indsatsen vedrørende at vende tidlig tilbage til arbejde/tilpasset arbejde viste sig effektive i at reducere raten af ryg-skader, reducere tabt arbejdstid grundet ryg-skader, samt at reducere smerte og øge funktionsevne. Desuden viste ergonomiske indsatser (fx partipatorisk ergonomi) samt arbejdsplads tilpasning, tilpasning af jobopgaver, og tilpasning af arbejdstiden sig at være effektive til at få skadede arbejdstagere tilbage på arbejde.	0
Aarås, 1994	Work modification	Ergonomisk indsats med formål at reducere statiske belastninger og derved øge variation i kroppsposition og bevægelse gennem: justering af arbejdsstationer, tilstrækkelig plads til benene, vinkeljustering af bord, nyt håndværktøj	Summary of several papers	Kvindelige arbejdstagere (produktion af telefon-dele)	arbejdsrelateret MSD	Ja	Nej	Ikke klart oplyst	Sygefravær på grund af MSD blev reduceret fra 5.3% til 3.1% og turnover blev reduceret fra 30.1% til 7.6%. Udgifterne til programmet viste en investering på 350.000 NOK og en besparelse på 3.200.000 NOK.	0

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetinget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effects	IWH
Williams, 2009	Multi-domain	Fleere komponenter beskrevet	Systematisk review	Skadede arbejdstagere med ryg-smerte	Lænderygssmerter der er arbejdsrelaterede	Ja	Nej	15 artikler der beskriver 10 studier	Der var bedst evidens for klinisk indsats sammen med arbejdsplads indsats for at få skadede arbejdstagere hurtigere tilbage til regulært arbejde samt at reducere smerte og øge funktionsevne. Indsatsen vedrørende at vende tidlig tilbage til arbejde/tilpasset arbejde viste sig effektive i at reducere raten af ryg-skader, reducere tabt arbejdstid grundet ryg-skader, samt at reducere smerte og øge funktionsevne. Desuden viste ergonomiske indsatser (fx participatorisk ergonomi) samt arbejdsplads tilpasning, tilpasning af jobopgaver, og tilpasning af arbejdsstiden sig at være effektive til at få skadede arbejdstagere tilbage på arbejde.	0
Aarås, 1994	Work modification	Ergonomisk indsats med formål at reducere statiske belastninger og derved øge variation i kroppsposition og bevægelse gennem: justering af arbejdsstationer, tilstrækkelig plads til benene, vinkeljustering af bord, nyt håndværktøj	Summary of several papers	Kvindelige arbejdstagere (produktion af telefon-dele)	arbejdsrelateret MSD	Ja	Nej	Ikke klart oplyst	Sygefravær på grund af MSD blev reduceret fra 5,3% til 3,1% og tumover blev reduceret fra 30,1% til 7,6%. Udgifterne til programmet viste en investering på 350.000 NOK og en besparelse på 3.200.000 NOK.	0

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetinget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effects	IWH
Aas, 2008	Multi-domain	Participatorisk ergonomi, arbejdsmodifikation, case management, inddragelse af såvel arbejdstager som arbejdsgiver. Gradvis tilbagevenden	Editorial	Sygemeldte	Non specific LBP	Ja	Nej	196	Signifikant hurtigere TTA i interventionsgruppen. Ingen yderligere effekt af gradvis tilbagevenden.	0
Dowd, 2010	Multi-domain	Arbejdsgiveropfordring til at ansatte opsøger læge. Rådgivning fra læge nedfældes i aktivitetsplan med beskrivelse af begrænsninger med kopi til arbejdsgiver. Uddannelse af læger i forebyggelse af varig funktionsnedsættelse, Arbejdspladsimplementering af arbejdsmodifikation og sagshåndtering for alle tilstaaende - både arbejdsrelaterede og ikke arbejdsrelaterede.	Quasi eksperimental	Ansatte med gener	Ikke angivet	Ja, men ikke et kriterie	Ja, men ikke et kriterie	7 virksomheder/100292 ansatte/15 klmikter	At et forebyggelsesprogram for ansatte med gener, hvor der opfordres til kontakt til læge og hvor der koordineres mellem læge og arbejdsgiver, med jobmodifikation til følge, giver reducerede udgifter (for arbejdsgiver?)	0
Westmorland, 2002	NA	NA	Kvalitativ	selvforsikrede virksomheder med mellem 100-3500 ansatte	NA	Ja, men ikke et kriterie	3	29	NA	
Joyce, 2016	Fle af ovenstående (review)	Fle komponenter fordelt på forskellige artikler, herunder terapeutisk intervention, tilpasning af arbejde, fysisk aktivitet og medicinering	Systematisk review	Personer i arbejde (både forebyggelse, håndtering og rehabilitering af depression og/eller angst)	Depression og/eller angst	Måske (review)	Ja	20 mod- to high-quality reviews (481 artikler)	Positiv effekt af kontrol i arbejdet og fysisk tvivlet (primær forebyggelse). Pos. effekt af CBT stress-håndtering. Neg. effekt af debriefing efter trauma (sek. forebyggelse). Pos. effekt på symptomer og arbejdsrelaterede outcomes af arbejdsfokuseret eksponeringsterapi og -CBT, og problem-fokuseret TTA programmer (tertiær).	0
Lacroix, 1995	Multi-domain	Arbejdsimulation og workhardening, rygskole inkl. stressmanagement, kontakt til arbejdsgiver og TTA	Quasi eksperimental	Sygemeldte senest 4 uger efter ulykke (sub-acute back injured)	smerte i nedre ryg	Nej	Ja	80	87% ud af 80 vendte tilbage til arbejde efter 12 uger. TTA var mulig efter 6 uger for 58%. I 15% af tilfældene var arbejdsgiver ikke interesseret i at give medarbejderne midlertidige opgaver. 4 ud af 80 vendte ikke tilbage. 2 "relapsede".	0

Study Author (year)	Intervention category	Intervention Component	Study design	Population	Diagnosis	Arbejdsbetinget	Arbejdsulykke	Sample size	Intervention Effects	IWH
Lai, 2007	Multi-domain	TTA-koordinator-aktiviteter/rolle	Quasi eksperimental	Sygemeldte ansatte i rengøringfirma	skader ifm. med arbejdet, forstuvninger, blå mærker, forbrændinger m.m.	Nej	Ja	433 (296+137)	Udvidet koordinatorfunktion/program gav færre sygedage, men over tid, sammenlignet med kontrolgruppen var der ingen TTA-effekt	0
Tan, 2015	Service coordination	kontakt mellem behandlingssteder og arbejdsplads, ergonomisk rådgivning på arbejdspladsen, Return to work coordinator	RCT	Hospitals ansatte	ukendt, følger efter arbejdsulykke	Nej	Ja	153	Ja, hurtigere TTA, flere job modifikationer	73
Williams, 1991	Work modification	Early TTA and work modification	Kvalitativ	Ansatte der havde fået en skade ifm. arbejde og gennemført et "early TTA program" indenfor de seneste måneder og at programmet ikke varede længere end 6 mdr.	Ikke angivet	Nej	Ja	33	Støtledelen, men ikke alle oplever at hurtig TTA med arbejdsmodifikation fungerer. Ansatte med særlige risikofaktorer, skal hjælpes yderligere. Det anbefales at der fra TTA-planlæggeres side er opmærksomhed på om det modificerede arbejde er for meningsløst/kedeligt og at medarbejderen oplever sig støttet fra arbejdsplads.	0
Shaw, 2007	Flere af ovenstående (review)	TTA-koordinator-aktiviteter/rolle, herunder bl.a. ergonomi og arbejdspladsvurdering, planlægning og facilitering af kommunikation mellem interessenter.	Review	Sygemeldte ansatte	MSD og arbejds-skader	Uvist	Ja, men ikke et kriterie	51 artikler, som repræsenterede 22 studier (intervention overfor adskillige tusinde sygemeldte)	Moderat til høj effekt af TTA-koordinering på TTA. Det beskrives at specifikke kompetencer herunder ergonomisk arbejdsmodifikation samt interpersonelle og kommunikationskompetencer (fx konfliktløsning) kan være de mest afgørende for succesfuld TTA-koordinering.	0

Bilag 5: IWH kvalitetscore

Study/Author (year)	IWH SCORE	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26
Zolnierczyk-Zreda, 2016	77.1	2	0	3	3	0	2	2	0	0	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	3	2	2	2	1	2	3
Tan, 2015	72.9	2	1	3	3	1	2	0	0	0	2	2	0	0	2	0	2	0	0	0	3	2	2	2	1	2	3
Bender, 2016	64.6	2	1	3	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	3	2	2	2	1	2	3
Spector, 2017	83.3	2	1	3	3	1	2	2	0	0	2	2	2	0	2	0	2	0	0	1	3	2	2	2	1	2	3
Fore, 2015	25.0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	2	1	0	0
Netterstrøm, 2013	80.0	2	0	3	3	1	2	2	1	1	0	2	0	0	2	2	2	1	0	0	3	2	0	2	1	2	3
Karlson 2010	54.2	2	1	3	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3	2	2	0	1	2	3
Stenlund, 2009	77.1	2	1	3	3	1	2	2	1	0	2	0	0	2	2	2	0	0	1	0	3	2	0	2	1	2	3
Dunning, 2008	39.6	2	1	3	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	3	0	2	0	0	2	0
Cheng, 2007	83.3	2	0	3	3	0	2	2	1	1	2	2	2	0	2	2	2	1	0	0	3	2	2	2	1	0	3
Schene, 2007	83.3	2	1	3	3	1	2	0	0	0	2	2	2	0	2	2	0	1	1	1	3	2	2	2	1	2	3
McGuirk 2007	50.0	2	1	3	0	0	0	2	1	0	0	2	2	2	0	0	0	1	0	0	3	0	2	0	0	0	3
Loisel, 2002	79.2	2	1	3	3	0	0	2	1	1	0	2	2	2	2	0	2	1	1	0	3	2	2	0	1	2	3
Russo, 2002	31.3	2	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Blonk, 2006	70.8	2	0	3	3	0	0	2	1	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	0	3	2	2	2	1	2	3



Holbæk Sygehus

Social- og arbejdsmedicinsk afdeling
Smedelundsgade 60
4300 Holbæk

Mail: Hol-arbmed@regionsjaelland.dk
Hol-socmed@regionsjaelland.dk

Tlf.: 59489850

ISBN 978-87-970654-0-2