

Arbejdsnotat NFA

Oversigt over Tilbage Til Arbejde (TTA) initiativer.

Ulrik Gensby og Merete Labriola



Indholdsfortegnelse

Forord	3
Sammenfatning	4
Baggrund	5
Interventionsforståelse og arbejdsfastholdelse	5
Tilbagevenden til arbejde	8
Sherbrooke-studiet i Canada	8
Gennemgang af danske TTA initiativer der er reproducerbare	10
Projekt 1: "Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem virksomheder, socialforvaltning og læger"	11
Projekt 2: "Sygefravær – Deskriptive studier og forebyggende interventioner "	12
Projekt 3: "Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet"	14
Projekt 4: "Arbejdsfastholdelse ved tidlig indsats og tværfagligt samarbejde omkring personer i risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet"	16
Projekt 5: "Hurtig klinisk udredning og arbejdsfastholdelse af borgere med subakutte ryglidelser"	17
Projekt 6: "Bedre samarbejde hurtig indsats – et projekt om arbejdsfastholdelse"	19
Projekt 7: " FAUST – Projekt Forebyggelse Af Udstødning af personer med bevægeapparatssymptomer ved hjælp af Tidlig indsats"	21
Projekt 8: "Fast i bedre Job – Et projekt om arbejdsmiljøreddegørelse og handleplaner som redskab til arbejdsfastholdelse"	23
Projekt 9: "Udvikling og afprøvning af virksomhedsrettet metode til arbejdsfastholdelse af patienter med lænderygproblemer"	25
Projekt 10: "Arbejdsfastholdelse – en kontrolleret interventionsundersøgelse af sygedagpengemodtagere og erhvervstruede i Gundsø, Greve, Solrød og Køge kommuner"	27
Projekt 11: " Forebyggelse af udstødning fra arbejdsmarkedet for arbejdsskadede personer – Et delprojekt under "På tværs af fraværet – et sønderjysk initiativ"	29
Projekt 12: " Tilbage til arbejdet - TTA Effektiv arbejdsfastholdelse efter langtidssygemelding pga en lidelse i bevægeapparatet"	31
Litteratur:.....	32

Forord

I lyset af Forebyggelsesfondens arbejde blev Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) i juni 2007 anmodet om at udarbejde et arbejdsnotat over danske initiativer i forhold til arbejdsfastholdelse og tilbagevenden til arbejde (TTA). Fælles for disse initiativer er, at de alle er rettet mod en hurtig og succesfuld tilbagevenden til arbejde

Nærværende oversigt giver indledningsvis en kort introduktion til udviklingen af interventionsforståelse ved tilbagevenden til arbejde. Karakteristisk for udviklingen er, at forståelse af både klinisk og social karakter tillægges betydning for praksisorienteringen. Specielt den sygemeldtes arbejdslivskontekst fremhæves som en vigtig arena, hvor interventioner ved tilbagevenden til arbejde bør ses i tæt forbindelse til arbejdspladsen.

Sherbrooke-studiet fremstår i kraft af sit tværfaglige fokus som et konkret eksempel på denne udvikling. I forlængelse af dette præsenteres *'Sherbrooke modellen'* og de tanker, der ligger bag. Derefter følger en gennemgang af i alt 12 danske initiativer, der bidrager med viden om fastholdelse og tilbagevenden til arbejde. De enkelte initiativer/projekter præsenteres med: tidsperiode, antal deltagere, valg af design og målgruppe samt hvordan tilbagevenden til arbejde er blevet målt. Endelig præsenteres resultaterne fra de projekter der er afsluttede.

Oversigten er udarbejdet af forskningsassistent Ulrik Gensby og forsker Merete Labriola, der har udvalgt de respektive initiativer samt indholdet af arbejdsnotatet.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA)
Den 15. August 2007

Sammenfatning

Sherbrooke-studiet har haft stor indflydelse på forskningen indenfor arbejdsfastholdelse og tilbagevenden til arbejde. Studiet viser, at langtidssyge rygpatienter, der indgik i interventioner indeholdende graduerede øvelser i tæt samspil med den sygemeldtes arbejde på arbejdspladsen, havde signifikant mindre sygefravær og signifikant færre tilbagefald end de sygemeldte, der var underlagt det sædvanlige behandlingssystem eller modtog en ren medicinsk behandling. Kombinationen af programmer for klinisk behandling med ergonomisk evaluering og jobtilpasning betegnes efterfølgende ”*Sherbrooke-modellen*”, som udgør en interventionsforståelse, der kobler individets tilbagevenden til arbejde tæt til den situationelle arbejdslivskontekst.

De 12 præsenterede initiativer lægger sig mere eller mindre op af tankerne bag Sherbrooke-studiet. Fælles for initiativerne er, et tværsektorielt perspektiv og et ønske om at udbygge og forbedre samarbejdet i forhold til den sygemeldtes ressourcer i relation til arbejdsfastholdelse og tilbagevenden til arbejde.

Alle initiativer henvender sig til sygemeldte og/eller erhvervstruede personer. Fem af initiativerne retter sig mod sygemeldte generelt. Andre fem af projekterne retter sig specifikt mod sygemeldte med bevægeapparatproblemer. Et enkelt projekt henvender sig direkte til langtidssyge udsat for psykosocial belastning, ét projekt henvender sig til sygemeldte pga. arbejdsskader. Ingen af initiativerne er målrettede mod sygemeldte med psykiatriske lidelser. Otte af de præsenterede projekter er afsluttede og resultaterne er præsenteret i oversigten. Fire studier er med i oversigten uden resultater for at give et billede af hvilke initiativer der er påbegyndt.

Mange af initiativerne er interventionsstudier, der er udført som randomiserede kontrolstudier af 2-5 års varighed med dertilhørende follow-up. Projekterne repræsenterer et bredt udsnit af branchegrupper, sygefraværsårsager samt demografisk placering.

Selve interventionerne er meget forskellige og spreder sig over; rundbordssamtaler, udbygning og forbedret samarbejde mellem de forskellige aktører, optimering af samtaler mellem den sygemeldte og arbejdsmediciner/ socialmediciner og/eller socialrådgiver, systematisk identifikation af barrierer for tilbagevenden til arbejde, udredning og handleplan for tilbagevenden til arbejde, fysiske træningsforløb, ergonomisk rådgivning og skåneforslag m.m. Fælles for initiativerne er ønsket om en hurtig afklaring via effektivering og optimering af samarbejdet mellem de forskellige aktører, samt at minimere sygefraværsperioden for den enkelte. For en uddybende gennemgang se side 11-31.

Udover forskellige professionelle systemer og aktører involverer tilbagevenden til arbejde initiativerne et særligt fokus på at skabe en interdisciplinær og interorganisatorisk dialog, der indbefatter alle ”aktører”, hvor muligheder for tilbagevenden til arbejdet analyseres i sammenhæng med betydende risikodeterminanter på arbejdspladsen.

Interventioner i forhold til tilbagevenden til arbejde, er ikke kun baseret på integration i en snæver og individuel klinisk forstand, men handler også om at kunne se ressourcer og kompetencer hos den enkelte og på baggrund af en koordineret og social inkluderende helhedstænkning at iværksætte fagligt bæredygtige indsatser tæt på den enkeltes arbejdsplads.

På baggrund af denne oversigt, er det ikke muligt at komme med et endegyldigt resultat, da flere af initiativerne ikke er afsluttede, men det tyder på, at et tværsektorielt og veldefineret samarbejde mellem aktørerne kan reducere sygefraværsperioden og styrke fastholdelsesindsatsen.

Afslutningsvis, og på baggrund af oversigten, må det konkluderes, at der stadigvæk er brug for udviklingen af metoder og handleplaner for et tidligt og sammenhængende patientforløb, herunder kommunikation og afklaring af den enkeltes ressourcer mellem praktiserende læge, arbejdsmedicinske klinikker, kommunale sagsbehandlere, den enkelte virksomhed og den sygemeldte.

Baggrund

Begrebet ”*Tilbagevenden til arbejde*” (TTA) tager udgangspunkt i arbejdspladsbaserede interventionsformer og henviser til en række definitioner af tilknytning til arbejdsmarkedet i forbindelse med sygefravær, der dækker over varigheden af sygefraværet i forhold til at arbejde. Begrebet ”TTA” henviser til en række definitioner af tilknytning til arbejdsmarkedet i forbindelse med sygefravær: tilbagevendt med eller uden økonomisk støtte, deltids tilbagevendt, tilbagevendt til samme arbejdsplads men i ny jobfunktion, tilbagevendt til arbejdsmarkedet på ny arbejdsplads, under revalidering m.m. (Krause & Lund 2004; Labriola 2006; Lund 2003).

TTA er ikke en unik biomedicinsk størrelse, men består af mange processer, som er influeret af forskellige varierende sociale, psykiske og økonomiske faktorer, som ikke nødvendigvis er specifikke i forhold til den underliggende eller fremskredne arbejdsskade eller sygdom. Formodede determinanter, der influerer på TTA er:

- faktorer i den enkeltes personlighed,
- kvaliteten af medicinsk behandling,
- sagsbehandling på virksomheden og i kommunen,
- omskoling/rehabilitering,
- fysisk og psykisk arbejdsmiljø, og
- arbejdstilpasning.

Derudover har samfundsmæssige faktorer betydning, såsom den overordnede arbejdsmarkeds- og sundhedspolitik, lokale arbejdsmarkedsforhold og visse makroøkonomiske forhold (konjunkturudsving) (Lund 2003). TTA er derfor en kompleks adfærdsmæssig forandringsproces, der involverer fysisk bedring, motivation samt interaktioner med de respektive aktører i TTA-processen (France & Krause 2002).

Interventionsforståelse og arbejdsfastholdelse

Begrebet ”*Rehabilitering*” benyttes oftere og oftere i og udenfor Danmark, når emnet på forskellig vis handler om, hvordan mennesker med langvarigt sygefravær kan vende tilbage til arbejde. I Danmark sker det ofte uden en klar definition af, hvad begrebet egentlig betyder. Debatten er desværre også ofte uden fokus på, hvad der præger indholdet af begrebet og hvordan forståelser af begrebet adskiller sig fra andre interventioner mod arbejdsfastholdelse. Netop interventions-

forståelsen udgør et essentielt vilkår for, hvordan den sygemeldtes situation accepteres og inkorporeres i strategier for tilbagevenden til arbejde.

Rehabilitering fremstår som et relativt bredt begreb, der består af tilbud, der kan karakteriseres som henholdsvis sygdomsorienterede, situations- og samfundsorienterede, men indebærer også en skelnen mellem relative risici og relative chancer. Det skal forstås på den måde, at rehabilitering for visse typer af langtidssyge, kan ses som noget negativt og af andre som noget positivt (Marklund 1997). I en svensk kontekst har man opereret med begrebet ”*Arbejdslivsindrettet Rehabilitering*” (Ekberg 2004; Hogstedt et al 2004; Marklund 1997). Arbejdslivsindrettet rehabilitering handler om, at der igangsættes indsatser, der højner motivationen for såvel den sygemeldte som for de relevante repræsentanter på arbejdspladsen og at initiativer rettet mod individet, og arbejdspladsen integreres (Ekberg 2004; Jeding et al 1999).

I Danmark anvendes oftere begreberne ”*Genoptræning*” eller ”*Revalidering*” som synonym for rehabilitering. For nogen kan rehabilitering således lede til tanken om at genoptræne funktionen i benet efter et benbrud, eller tilpasning af arbejdsevne til arbejdets indhold, for andre igen kan det betyde at beholde sine talenter/evner så længe som muligt. At modtage genoptræning eller revalidering er dog ikke ensbetydende med en helhedsorienteret, koordineret proces, men de kan indgå som del-elementer i en rehabiliterende proces ved tilbagevenden til arbejde.

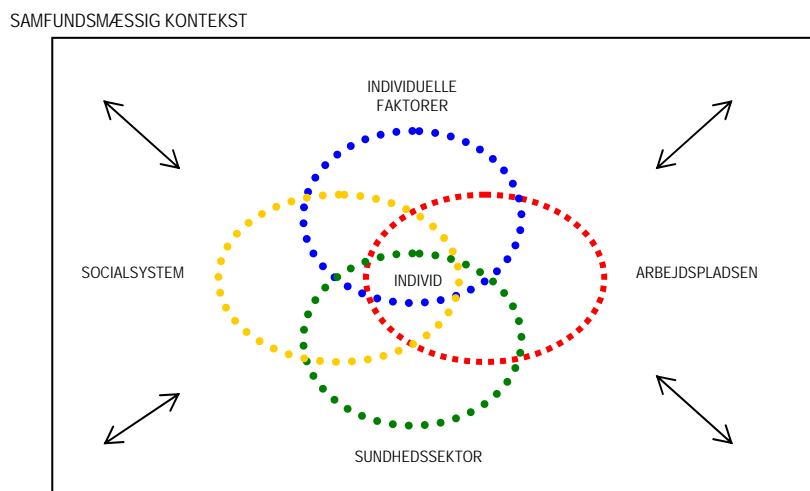
At arbejde med rehabiliteringsbegrebet er derfor ikke en entydig proces, da begrebet kan variere i forhold til de respektive aktørers indgangsvinkel i processen omkring den sygemeldtes tilbagevenden til arbejde (Kilsgaard et al 2006). Den danske praksis har i den henseende lagt et alt for ensidigt fokus på rehabilitering i klinisk forstand og derfor ikke forholdt sig klart nok til indsatsen i en social sammenhæng, da der er stor forskel på at være fysisk eller socialt rehabiliteret. I en hvidbog udgivet af Marselisborgcentret er rehabiliteringsbegrebet forsøgt indkredset og defineres som:

”En tidsbegrænset, planlagt proces med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbejder om at give nødvendig assistance til borgernes egen indsats for at opnå bedst mulig funktionsevne, selvstændighed og deltagelse i arbejdslivet og samfundet” (Marselisborgcentret 2004).

Diskussionen af rehabiliterings- og interventionsforståelsen ved sygemeldtes tilbagevenden til arbejde baner således vejen for et paradigmeskift, i det fokus flyttes fra integration i en snæver og individuel medicinsk forstand til en mere social inkluderende helhedstænkning (Friesen 2001; Loisel et al 2001; Shrey 2000).

Paradigmediskussion findes også beskrevet hos den canadiske forsker P. Loisel, der betoner vigtigheden af de påvirkninger, der kommer fra det omkringliggende miljø (prognostiske faktorer) i forhold til den sygemeldtes helbredsproblemer. Loisel fremhæver, på baggrund af indsatsen mod ryglidelser, den multidimensionelle omstændighed, som kendetegner interventionsprocessen, der ikke kun handler om karakteristika hos den sygemeldte, men også er tæt koblet til det omkringliggende miljø, såsom arbejdspladsen social- og forsikringsystemet, sundhedssektoren samt interaktionerne mellem disse ’aktører’ (Loisel et al 2001). Model 1 er et forsøg på at illustrere den multidimensionelle karakter, der kendetegner tilbagevenden til arbejde samt interaktionen mellem de respektive ’aktører’.

Model 1: "Interaktionsmodel ved tilbagevenden til arbejde"



Model 1 reflekterer overordnet individets tilbagevenden til arbejde som indlejret i en kontekst, hvor forskellige men overlappende lag af specifikke karakteristika fra social- og sundhedssystemet, individuelle faktorer, arbejdspladsen og den omkringliggende samfundsmæssige og politiske kontekst på samme tid påvirker og påvirkes af langvarigt sygemeldtes tilbagevenden til arbejde. Modellen er således med til at definere tilbagevenden til arbejde ud fra en social forståelse, hvilket adskiller sig fra en model, der ser sygefravær som et afgrænset klinisk fænomen betinget af biologiske karakteristika hos den enkelte (Labriola 2006; Loisel et al 2001; Gensby 2007).

Loisel skelner i forlængelse af dette mellem et traditionelt "*Care disease paradigm*" og et nyt forebyggende "*Disability prevention paradigm*". I det traditionelle kliniske *Care disease paradigm* fortsætter behandler- og sundhedssystemet med sekventielle interventioner i forhold til den sygemeldte, langt væk fra arbejdspladsen. Arbejde og arbejdspladsen opfattes ofte som et sted, hvor sygdomstilstanden kan forværres, og denne forestilling overføres let til den sygemeldte. Målet er at tage hånd om og frembringe specifikke diagnoser, terapi eller andre foranstaltninger, der kan kurere helbredsproblemet før autoriseret tilladelse til en tilbagevenden til arbejdet. Unødvendige test og intensiveret eller forlængende behandling kan i den sammenhæng have en symbolsk effekt med skadelige konsekvenser for den enkelte sygemeldte, der fastholdes i behandlingssystemet som patient (Loisel et al 2001).

Som modsvar til *Care disease paradigm*et introducerer Loisel *Disability prevention paradigm*et, der åbner op for at anskue individets helbreds-situation og arbejdsevne i tættere relation til arbejdspladsen. *Disability prevention paradigm*et involverer udover forskellige professionelle systemer og aktører et særligt fokus på at skabe en interdisciplinær og interorganisatorisk dialog, der indbefatter alle "*aktører*", hvor muligheder for tilbagevenden til arbejdet analyseres i sammenhæng med betydende risikodeterminanter på arbejdspladsen. I stedet for et entydigt fokus i behandler-systemet, handler det i første omgang om at bevare en så tæt tilknytning til arbejdslivet, hvor den sygemeldtes tilbagevenden til arbejde kobles tæt sammen med arbejdspladsbaserede interventioner (Loisel et al 2001; Loisel et al 2005). Sundheds- og behandler-systemerne må samtidig med, at de forholder sig til en uvanlig diagnose for sygdomstilstanden, også finde frem til den bedste måde at hjælpe den sygemeldte tilbage til arbejde, selvom der forekommer resterende

helbredsproblemer. Dette forudsætter også, at arbejdspladsen og sundheds- og behandler-systemerne er i stand til at skabe en forståelse omkring den sygemeldte, der linker deres handlinger og faciliterer tilbagevenden til arbejdet, som en proces med tilknytningen til arbejdspladsen som en vigtig faktor (Frisen 2001; Loisel et al 2001; Loisel et al 2005; Krause & Lund 2002).

Tilbagevenden til arbejde

På baggrund af ovenstående, eller måske rettere parallelt med og som en del af *Disability prevention paradigmet*, er der udviklet et koncept for den praktiske indsats som i et tertiært forebyggelsesperspektiv handler om ”*Return to work*” (RTW) (Franche & Krause 2002; Friesen 2001; Krause & Lund 2004) eller i en dansk sammenhæng ”*Tilbagevenden til arbejde*” (TTA) (Labriola 2006; Lund 2003).

Der er fra mange sider stor fokus på vigtigheden i, at individet sættes i centrum. Ofte har tilfældet dog været, at aktørerne i processen har handlet over hovedet på individet i forhold til ansvarsfordeling og udformning og indhold af indsatser, og processen kan derfor have en krænkende effekt, hvor beslutninger opfattes som uretfærdige (Baril et al 2003; Ekberg 2000). Omvendt ligger der også en fare i, at indsatser gennemføres uden, at man forholder sig til arbejdspladsens forudsætninger eller aktivt involverer arbejdsgiveren. Indsatserne risikerer dermed hovedsageligt at blive indrettet på individets helbredstilstand snarere end på individets helbredstilstand og arbejdspladsen i fællesskab (Ekberg 2004). Specielt interventionsformer, der søger at kombinere individ og arbejdspladsforhold ud fra en arbejdspladsbaseret interventionsform, er fremgangsrig (Ekberg 2004; Friesen 2001; Loisel et al 1994; Loisel et al 2001).

Interventioner i forhold til tilbagevenden til arbejde bør ikke kun baseres på integration i en snæver og individuel klinisk forstand, men også handle om at kunne se ressourcer og kompetencer hos den enkelte og på baggrund af en koordineret og social inkluderende helhedstænkning at iværksætte fagligt bæredygtige indsatser tæt på den enkelte arbejdsplads.

Udover forskellige professionelle systemer og aktører involverer tilbagevenden til arbejde derfor et særligt fokus på at skabe en interdisciplinær og interorganisatorisk dialog, der indbefatter alle ”aktører”, og hvor muligheder for tilbagevenden til arbejdet analyseres i sammenhæng med betydende risikodeterminanter på arbejdspladsen.

Sherbrooke-studiet i Canada

P. Loisel står ligeledes bag udførelsen af den såkaldte ”*Sherbrooke model*” (Loisel et al 1994; Loisel et al 1997; Loisel et al 2002). Navnet Sherbrooke refererer til, Sherbrooke Universitet i Montreal, hvor Loisel gennemførte sine studier. Sherbrooke-studiet fremstår i kraft af sit tværfaglige fokus på del-elementerne i et TTA-program for langtidssyge med rygskeer, som et ”state of the art” studie med stor indflydelse på forskningen indenfor arbejdsfastholdelse og tilbagevenden til arbejde (Lund 2003; Poulsen et al 2006).

Loisel har i Sherbrooke-studiet benyttet et randomiseret kontrolleret design med fire forskellige interventionsgrupper. Deltagerne var en tilfældigt udvalgt gruppe af arbejdspladser bestående af 105 medarbejdere med kroniske ryglidelser. De fire interventionsgrupper repræsenterer forskellige delelementer i forsøget med interventioner rettet mod tilbagevenden til arbejde. Del-elementer

består af forskellige behandlinger fordelt på: en ergonomisk evaluering og jobtilpasning, et klinisk program for behandling, en kombination af ergonomisk evaluering og jobtilpasning og tildelingen af såkaldt 'sædvanlig behandling' (Loisel et al 1994; Loisel et al 1997; Lund 2003).

En kombination af ergonomisk evaluering og jobtilpasning med et klinisk program for behandling, som et led i program for tilbagevenden til arbejde for langvarigt syge med ryglidelser, karakteriseres efterfølgende som "Sherbrooke-modellen".

I det efterfølgende år observerede forskerne signifikante forskelle i antallet af fraværsk dage mellem de fire interventionsgrupper. Forsøgspersoner der modtog intervention bestående af en kombination af ergonomisk evaluering og jobtilpasning samt et program for klinisk behandling (Sherbrooke modellen) eller den ergonomiske intervention alene, havde ca. halvt så meget fravær, som de personer der udelukkende modtog et program for klinisk behandling eller blev tildelt den sædvanlige rehabilitering og kontrol.

Efterfølgende blev der udarbejdet en sammenlignende analyse, der viste, at intervention som følge af Sherbrooke-modellen var statistisk signifikant. Resultatet var kontrolleret for alder, køn, anden sygdom og overvægt (BMI). Endvidere viste efterfølgende analyser, af del-elementerne i Sherbrooke-modellen, at den ergonomiske evaluering og jobtilpasning forklarede størstedelen af den samlede effekt, samtidig med, at der var tale om en synergieffekt, hvor den kombinerede effekt viste sig større end summen af del-elementerne. Opfølgende interview indikerer imidlertid, at den potentielle effekt af de ergonomiske evalueringer og jobtilpasninger kan være undervurderet, i det kun halvdelen af de foreslåede ergonomiske løsningsforslag blev gennemført (Loisel et al 1994; Lund 2003; Poulsen et al 2006).

Sherbrooke-studiet viser at langtidssyge rygpatienter, der indgik i interventioner indeholdende graduerede øvelser i tæt samspil med den sygemeldtes arbejde på arbejdspladsen, havde signifikant mindre sygefravær og signifikant færre tilbagefald, end de sygemeldte, der var underlagt det sædvanlige behandlingssystem eller modtog en ren medicinsk behandling.

Sherbrooke-modellen er en interventionsforståelse der kobler individets tilbagevenden til arbejde tæt til den situationelle arbejdslivskontekst. Modellen kombinerer programmer for klinisk behandling med ergonomisk evaluering og jobtilpasning og specielt det ergonomiske del-element i interventioner mod tilbagevenden til arbejde vurderes at have en positiv effekt.

Gennemgang af danske TTA initiativer der er reproducerbare

Nedenstående oversigt er en gennemgang af i alt 12 TTA initiativer/projekter. De valgte inklusions kriterier er:

1. Initiativet/projektet henvender sig til sygemeldte eller erhvervstruede
2. Formålet med projektet er tilbagevenden til arbejde/arbejdsfastholdelse
3. Der forfinedes projekt beskrivelse eller projekt protokol
4. Projektresultaterne er reproducerbare eller forventes at være det
5. Påbegyndt efter 2002

Oversigten fremstiller de enkelte projekters titler og projektmagere samt kontaktoplysninger. Derudover gives en oversigt over, hvor projekterne har fundet sted, den konkrete målgruppe, valg af design og antal deltagere samt hvor længe projekterne har været undervejs. Endelig beskrives projekterne ud fra, hvordan tilbagevenden til arbejde er blevet målt. For afsluttede projekterne præsenteres resultaterne. Det er en forenklet fremstilling af de enkelte projekter og for en mere detaljeret beskrivelse henviser vi til de enkelte projektbeskrivelser, artikler samt hjemmesider.

Projekt 1: "Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem virksomheder, socialforvaltning og læger"	
<i>Projektleder/ Kontaktoplysninger</i>	Ole Steen Mortensen, John Bang, Niels Ebbehøj Arbejdsmedicinsk klinik, Bispebjerg Hospital E-mail: BBH-Arbmed-Klinik@bbh.regionh.dk
<i>Lokation</i>	Arbejdsmedicinsk klinik samt fire socialcentre i København; Valby, Kongens Enghave, Indre Nørrebro og Indre By
<i>Målgruppe</i>	Sygedagpengemodtagere og deres lokalcentre.
<i>Hensigt/Design</i>	<p>Et ønske om at udbygge og forbedre samarbejdet mellem aktørerne gennem en grundig helbredsmæssig udredning. Projektets intervention svarer til en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring med særligt fokus på patientens ressourcer i relation til TTA.</p> <p>Der er valgt et randomiseret kontrolstudie med sygedagpengemodtagere fordelt i en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Kriterierne for vurdering var, at der forelå en anmodning om sygedagpenge. Eksklusionskriterierne var derefter en bagatelgrænse på TTA inden for 2 uger. Personer med misbrug, psykiatrisk sygdom eller alvorlige kræftlidelser blev sorteret fra.</p> <p>Derudover er der gennemført kvalitative interview for at belyse erfaringer med interventionens gennemførelse</p>
<i>Tidsperiode/ Antal deltagere</i>	Sep. 2004 til april 2006 2329 sygedagpengemodtagere blev vurderet. 1001 fordelt mellem interventions- og kontrolgruppe 3 Arbejdsmedicinere, 3 Teamchefer og 19 sagsbehandlere er efterfølgende interviewet.
<i>Hvordan blev TTA målt?</i>	Interventionseffekten blev målt ved registrering af antal sygedage i de to grupper og livskvaliteten blev vurderet ved hjælp af spørgeskema
<p>Resultater:</p> <p><i>Kvantitativ del:</i> Interventionen i form af en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring havde en markant effekt på længden af sygefravær, i det længden af fraværet var næsten 5 uger mindre i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, og hvor der i interventionsgruppen blev gennemført flere arbejdsmarkedsrelevante foranstaltninger. Effekten har især vist sig over for sygemeldte med ikke psykiske problemer. Endvidere blev der fundet tydelige forskelle mellem interventionsgruppens og kontrolgruppens egen vurdering af fremtidig arbejdsmarkedstilknytning, mens vurderingen af selvvalueret helbred var nogenlunde konstant.</p> <p><i>Kvalitativ del:</i> Lægerne ser det som en fordel at få etableret et systematisk samarbejde med forvaltningerne frem for, at den enkelte sagsbehandler selv skal foretage det opsøgende arbejde. Team-cheferne i de enkelte forvaltninger opfatter den arbejdsmedicinske klinik, som en kvalificeret medspiller, der ud fra et lægefagligt perspektiv kan give den enkelte et skub i den rigtige retning. Sagsbehandlerne oplevede, at en samtale der startede ud fra en erklæring fra Arbejdsmedicinsk klinik, startede på et bedre grundlag. Derudover hæftede de sig ved, at den lægefaglige dialog havde en motiverende effekt på borgerne i forhold til afklaring af den enkeltes situation. Det vurderes overordnet, at der er udviklet en brugbar metode og ramme for samarbejde mellem sundhedsvæsen og socialvæsen. Det vanskelige punkt i projektet vurderes dog at være logistikken omkring inklusionen af borgere i projektet.</p>	

Projekt 2: "Sygefravær – Deskriptive studier og forebyggende interventioner "	
<i>Projektleder/ Kontaktoplysninger</i>	Birgit Drews, Ph.d.-afhandling Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Århus Universitet E-mail:
<i>Lokation</i>	Sygedagpengeopfølgingsprojekt i samarbejde mellem Socialmedicinsk enhed, Folkesundhedsvidenskab Århus Universitet, Århus Amt, Arbejdsmedicinsk klinik og Århus Universitetshospital. De deltagende kommuner var Grenå, Hadsten, Hammel, Odder, Rosenholm og Skanderborg.
<i>Målgruppe</i>	Alle ny-sygemeldte med minimum 21 dages sygefravær udgjorde studiets målgruppe.
<i>Hensigt/Design</i>	<p>At undersøge, om det ud fra en veldefineret indsats er muligt at påvirke sygefraværsperioder ved at afkorte disse og øge graden af arbejdsfastholdelse</p> <p>Et kontrolleret interventionsprojekt i seks kommuner. Baseline-spørgeskema og ét-års follow-up-spørgeskema blev tilsendt målgruppen. Efterfølgende blev de sygemeldtes prognose for TTA vurderet og populationen blev inddelt herefter. På baggrund af dataindsamlingen er der foretaget fire studier.</p> <p><i>Interventionsstudie 1</i> bestod af 1256 personer med dårlig prognose for TTA, som blev delt op i to grupper afhængig af bopælskommune. To kommuner blev udvalgt til interventionskommuner og 510 sygemeldte med bopæl i disse udgjorde interventionsgruppen. 252 accepterede den tilbudte intervention. De resterende udgjorde kontrolgruppen. Interventionen bestod af en socialmedicinsk lægeundersøgelse og samtaler med socialrådgiver. Kontrolgruppen modtog den almindelige opfølgning i bopælskommunen ligesom de sygemeldte med god prognose.</p> <p><i>Deskriptivt studie 2</i> bestod af samtlige 1603 sygemeldte med en prognose for TTA. Studiet undersøgte den relative betydning af helbredsmæssige, arbejdsmæssige og livstilsfaktorerens betydning for selvforsørgelse et år efter sygemeldingens start</p> <p><i>Deskriptivt studie 3</i> deltog 1573 personer, der havde en arbejdsskadeanmeldelse af disse havde 1075 svaret follow-up-spørgeskemaet. Studiet undersøgte arbejdsskadeanmeldelsers indflydelse på sygefraværlængden og selvforsørgelse.</p> <p><i>Deskriptivt studie 4</i> undersøgte anvendeligheden af de spørgsmål, der blev brugt til at vurdere de sygemeldtes prognose.</p>
<i>Tidsperiode/ Antal deltagere</i>	Perioden jan. 2001 til marts 2004 2795 personer fik tilsendt spørgeskema, hvoraf 1603 svarede på skemaet. Et-års follow-up-spørgeskema blev besvaret af 1094.
<i>Hvordan blev TTA målt?</i>	Interventionseffekten blev målt ved registrering af længde af sygedagpengeperiode.
Resultater:	
<i>Interventionsstudie 1:</i> I alt 845 personer besvarede follow-up-spørgeskema og oplyste om deres	

aktuelle forsørgelsesgrundlag. Interventionen viste sig ikke effektiv. Der kunne således ikke påvises sikker forskel i varigheden af sygedagpengeperioden de to grupper imellem, men fraværet tenderede at være længere i interventionsgruppen. Der var heller ikke forskel i graden af selvforsørgelse dog en tendens til, at interventionsgruppen i mindre grad var selvforsørgende. Der var i undersøgelsens design inkorporeret ventetider, som der ikke var taget højde for på forhånd. Dette afstedkom et logistisk problem, hvilket kan have influeret resultatet og indsatsen blev derfor ikke så tidlig som det kunne ønskes.

Deskriptivt studie 2: Studiet viser at kvinder, flere end to sygemeldinger i året inden aktuelle sygemelding, anmeldelse af arbejdsskade, arbejdsløshed, dårligt arbejdsmiljø, dårligt selvvurderet helbred og høj risiko for somatoform lidelse syntes at virke forhindrede for selvforsørgelse. Det var de helbredsmæssige forhold, der overordnet syntes at have størst betydning for genoptagelse af arbejdet. I modsætning til det forventede var det den yngste gruppe, der i mindst grad var selvforsørgende.

Deskriptivt studie 3: Studiet viser at mænd, den yngste aldersgruppe, de faglærte og ufaglærte arbejdere, personer med nedsatte forventninger om at genoptage arbejdet, personer med bevægeapparatslidelser eller lidelser opstået ved ulykke, hyppigst anmeldte deres lidelser som arbejdsbetinget. Anmeldere var i mindre grad end ikke-anmelderne selvforsørgende. Det pointeres, at der bør tages afsæt i den enkeltes begrundelse for at anmelde lidelsen i det videre rehabiliteringsarbejde.

Deskriptivt studie 4: Studiet fandt at de sygemeldte underestimerede fraværslængden og havde generelt for positive vendinger til genoptagelse af arbejdet. Den del af populationen, der ikke var i stand til at vurdere længden af det kommende fravær, eller om arbejdet kunne genoptages, havde det længste fravær og var i mindst grad selvforsørgende.

Projekt 3: "Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet"	
<i>Projektleder/ Kontaktoplysninger</i>	Jørgen Kilsgaard, David Sherson, Ute Bültman, Jens Olsen, Jacob Pedersen, Thomas Lund
<i>Lokation</i>	Ny Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) i samarbejde med udviklingsafdelingen Vejle Amt, Arbejdsmedicinsk afdeling Vejle Sygehus, Arbejds miljøinstituttet, Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og teknologivurdering (CAST), Syddansk Universitet. De deltagende kommuner var Vejle, Kolding, Give og Egtved
<i>Målgruppe</i>	Borgere, sygemeldt i mellem 4-12 uger fra en arbejdsplads på grund af smerter fra bevægeapparatet (ryg, hofte, nakke, skuldre, arme mv.).
<i>Hensigt/Design</i>	En beskrivelse af en tværfaglig rehabiliteringsindsats samt dokumentation af effekt og omkostninger I projektet blev der anvendt et videnskabeligt design og en helhedsorienteret evalueringsmetode. Der var tale om et lodtrækningsforsøg, hvor alle sygemeldte i de deltagende kommuner blev fordelt i enten en interventionsgruppe eller en kontrolgruppe. Kontrolgruppen modtog kommunernes normale indsats for sygemeldte borgere. Den nye rehabiliteringsindsats byggede på en tidlig (efter 4-12 ugers sygefravær) systematisk identifikation af barriere for tilbagevenden til arbejde og en efterfølgende målrettet og handleorienteret rehabiliteringsindsats, som blandt andet også indeholder en indsats på den sygemeldtes arbejdsplads. Udredning og handleplan blev udført af et tværfagligt team, Team for Arbejdsfastholdelse (TAF). Teamet bestod af en arbejdsmediciner, en kiropraktor, en BST-fysioterapeut, en psykolog og en socialrådgiver. Sidstnævnte fungerede som forløbskoordinator. Klienterne visiteres til det tværfaglige team baseret på en særlig udviklet screeningstest. Indsamling af data foregik via patientspørgeskemaer og data fra diverse registre ved 3, 6 og 12 måneders opfølgning.
<i>Tidsperiode/ Antal deltagere</i>	Initieret i 2003 og afsluttet i 2006 396 sygemeldte blev inviteret til at deltage, hvoraf 183 tog imod tilbuddet. 119 blev efterfølgende randomiseret i en interventions- og en kontrolgruppe. 66 personer i interventionsgruppe og 47 i kontrolgruppen
<i>Hvordan blev TTA målt?</i>	Interventionseffekten blev målt, som reduktion af sygefravær fordelt på timer pr. sygemeldt. Omkostninger blev målt ud fra ressourcer anvendt til KIA-modellen sammenholdt med den ordinære indsats.
Resultater: KIA-modellen har efter 12 måneders opfølgning dokumenteret en gennemsnitlig statistisk signifikant reduktion af sygefraværet på 341 timer pr. sygemeldt i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen, svarende til en relativ reduktion på 34 %. Indsatsen havde bruttoomkostninger på ca. 12.000 kr. pr. forløb, mens de anslåede nettoomkostningerne var mindre, da der i indsatsgruppen blev anvendt færre ressourcer til sagsbehandling, medicin- og sundhedsudgifter i forhold til kontrolgruppen, der modtog den ordinære indsats.	

Indsatsen viste sig også at være særdeles omkostningseffektiv med en netto samfundsmæssig besparelse på omkring 55.000 kr. pr. forløb. I tillæg havde de sygemeldte i indsatsgruppen en væsentlig reduktion i selvopfattede smerter (37 %) og forbedring af funktion (41 %), samt en samlet tilfredshed med forløbet på 87 % i modsætning til 41 % i kontrolgruppen.

Projekt 4: "Arbejdsfastholdelse ved tidlig indsats og tværfagligt samarbejde omkring personer i risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet"	
<i>Projektleder/ Kontaktoplysninger</i>	Anne Grete Claudi Jensen Arbejdsmedicinsk klinik, Hillerød Sygehus E-mai:angj@fa.dk
<i>Lokation</i>	Et samarbejde mellem Arbejdsmedicinsk klinik og gruppen for Arbejdsfastholdelse i Helsingør kommunes Social- og sundhedsforvaltning.
<i>Målgruppe</i>	Specialarbejdere, servicemedarbejdere, hjemmehjælpere, sosu-hjælpere og assistenter, pædagogmedhjælpere m.fl.
<i>Hensigt/Design</i>	<p>Projektet har til hensigt at nedsætte langtidssygefravær og udstødning fra arbejdsmarkedet.</p> <p>Borgere med offentlig ansættelse samt privatansat rengøringspersonale, der pga. problemer i bevægeapparatet og/eller psykisk belastning sygemeldes over 14 dage. Endvidere skal borgeren bo i Helsingør kommune og vedkommende må ikke have gennemgået en faglig uddannelse af over ca. et års varighed.</p> <p>Interventionen iværksættes mens borgeren forsat er ansat og indledes med en afklarende undersøgelse og samtale på Arbejdsmedicinsk klinik. Herefter tilbydes borgeren ud fra egne behov; fysisk træningsforløb, undervisning ved afspændingspædagog, henvisning til reumatologisk speciallæge, deltagelse i netværksgruppe, deltagelse i personlig og faglig kompetence øgende undervisning, rundbordssamtale på arbejdspladsen.</p>
<i>Tidsperiode/ Antal deltagere</i>	Ikke angivet
<i>Hvordan blev TTA målt?</i>	Ikke angivet
Resultater: Projektet er ikke afsluttet endnu	

Projekt 5: "Hurtig klinisk udredning og arbejdsfastholdelse af borgere med subakutte ryglidelser"	
<i>Projektmaker/ Kontaktoplysninger</i>	Arbejdsmedicinsk klinik (AMK), Regionshospitalet Skive Reumatologisk afdeling Regionshospitalet Viborg Ortopædkirurgisk afdeling Regionshospitalet Viborg Fysioterapien, Regionshospitalet Skive
<i>Lokation</i>	Et samarbejde mellem Viborg Amt og Viborg Sygehus De deltagende kommuner var Viborg, Bjerringbro, Kjellerup, Møldrup, Tjele og Hvorslev, herunder 30 ud af 34 praktiserende læger i kommunerne.
<i>Målgruppe</i>	Personer med rygsmerter, der var i job, - sygemeldte eller erhvervstruede -, og hvor der ikke var umiddelbare tegn på spontan helbredelse.
<i>Hensigt/Design</i>	Hovedformålet var at sikre en hurtig udredning af rygsygdomme og arbejdsfastholdelse samt stillingtagen til fremtidig erhvervsudplacering. Sideordnet formål med projektet var også at blive bedre til et mere sammenhængende patientforløb. Den praktiske projektdrift var organiseret så henvisninger sendtes fra egen læge til sekretariatet på Arbejdsmedicinsk klinik. Førstkommende uge skulle patienten ses af en speciallæge i rykirurgi eller reumatologi. Det blev her vurderet om der supplerende skulle tilbydes fysioterapeutisk og/eller arbejdsmedicinsk rådgivning i den efterfølgende uge. Alle deltagende rygpatienter skulle besvare et spørgeskema ved start af projekt og 2-3 måneder efter første undersøgelse. Opfølgningen var især fokuseret på helbredstilstand og patienttilfredsheden med det kliniske forløb. Derudover blev der foretaget semistrukturerede interviews med et udvalg af alment praktiserende læger fra involverede kommuner. 131 indgik i spørgeskemaundersøgelsen ved første besøg, hvoraf 126 svarede tilbage. Ved patientopfølgning 2-3 mdr. efter til patienter henvist og undersøgt inden den 1. marts 2007 deltog 104 patienter. I alt 94 svarede spørgeskemaet.
<i>Tidsperiode/ Antal deltagere</i>	Juni 2006 – juli 2007 131 patienter gennem udredning. Henvisningstakten var noget ujævn hen over projektperioden. I alt 68 mænd og 63 kvinder deltog, - middel alder 41 år (17-64 år). Ventetid fra henvisning til første undersøgelse var i gennemsnit 12 dage.
<i>Hvordan blev TTA målt?</i>	Interventionseffekten blev målt som varigheden af patientforløb
Resultater: Resultatet af den indledende udredning viste, at for ca. ¼ var rygproblemet nyt, - resten havde tidligere haft rygproblemer af varierende varighed. Godt halvdelen var sygemeldte Alle brancher var stort set repræsenteret, men der var en vis overvægt fra "jern- og metalområdet" og "social- og sundhedsområdet". Det vurderes på basis af job- og brancheoplysninger, at ca. 2/3 havde manuelt, rygbelastende arbejde.	

Ved patientopfølgning 2-3 mdr. efter havde 1/3 fået det bedre, 1/3 samme niveau og 1/3 har fået det dårligere vurderet over sidste 14 dage. Der var en klar tendens til dårligere prognose, hvis patienter samtidig havde smerter i andre led. Om patienter kom fra rygbelastende arbejde havde kun lidt betydning for smertestatus. I besvarelserne var der muligheder for at tilføje bemærkninger jf. bilag. De to mest gennemgående grunde til utilfredshed var ikke overraskende dårlig kommunikation mellem lægen/fysioterapeuten og patienten og patientens skuffede forventninger.

Interview med 7 lægepraksis (på vegne af ca. 10-12 læger), gav et entydigt billede af tilfredshed med projektet og ønske om dets videreførelse. De mente alle at være bedre hjulpet i deres patienthverdag – bl.a. fordi det efterfølgende var nemmere at tale med patienterne om deres prognose og om arbejdet og mulige skånehensyn.

Samarbejdet mellem de 4 involverede sygehusafdelinger på har fungeret effektivt og hurtigt. Herved er opnået en optimering af et sammenhængende patientforløb og måske har det forebygget unødige genhenvisninger og forsinkelser i den kliniske behandling og den sociale sagsbehandling. En af de justeringer der anbefales er, at alle patienter efter første undersøgelse hos reumatologer eller ortopædkirurger får en samtale med fysioterapeut, bl.a. for at sikre at patienterne er optimalt informerede om konsekvenserne og mulighederne.

På baggrund af projektet anbefales det, at der bør etableres et fælles rygambulatorium på Viborg sygehus. Samtidig anbefales projektets model til at styre drift og logistik internt på sygehuset og mellem sygehuset, kommunerne og de praktiserende læger.

Henvi sning af rygpatienter – uanset erhvervsstatus - foregår efter princippet 'en dør ind i systemet' via egen læge 'rygsekretariatet'. Der laves en instruks til almen praksis omkring nødvendig indhold i henvisningerne. Henvisningerne visiteres på skift af ortopædkirurger og reumatologer (eks. månedsvi s). De patienter der primært er undersøgt reumatologer eller ortopædkirurger og hvor der ikke er mistanke om prolaps, skal alle videre til fysioterapeuter næstkommende uge.

Fysioterapeuter foretager udredning og øvelsesinstruktion. Alle patienter får udleveret de udfærdigede lægenotater. De patienter, der har behov for erhvervsvejledning viderehenvi ses til arbejdsmedicinere, der ser dem ugen efter 1. samtale (for de hvor der primært ikke er prolapsmistanke) og i øvrigt når MR afkræfter mistanken. For de patienter, der har gennemgået en operation tilbydes samtale med arbejdsmedicinere i forbindelse med afslutning af genoptræningsforløbet. Arbejdsmedicinerne sørger for kontakt til kommunen i de relevante sager.

Projekt 6: "Bedre samarbejde hurtig indsats – et projekt om arbejdsfastholdelse"	
<i>Projektleder/ Kontaktoplysninger</i>	Lilli Kirkeskov, Flemming Lander, Claus Friche, Arbejdsmedicinsk klinik Skive. Projektleder Helle Tornemand
<i>Lokation</i>	Grundfoss A/S samt formidlingscenter Viborg, De praktiserende læger Viborg lægekreds, LO-Viborg og Arbejdsmedicinsk klinik Skive. De deltagende kommuner var sygedagpengeafdelingerne i Viborg, Bjerringbro, Tjele, Møldrup, Fjends og Karup
<i>Målgruppe</i>	Langtidssyge udsat for psykosociale belastninger
<i>Hensigt/Design</i>	<p>At styrke fastholdelsesindsatsen og udvikle nye samarbejdsmetoder mellem aktørerne med henblik på at bedre samarbejdet og hurtigere indsats for personer, der var udsat for psykosociale belastninger. Projektet bestod af to indsatsområder:</p> <p><i>Bedre samarbejde</i>, hvortil der blev udarbejdet et skåneforslag. Attesten blev udfyldt på virksomheden, hvorefter medarbejderen bragte den med til den praktiserende læge. Herefter blev der iværksat en handlingsplan for genoptagelse af arbejde på virksomheden. Projektet var målrettet medarbejdere på Grundfoss og medarbejdere på Formidlingscenter Viborgs partnerskabsvirksomheder. Grundfoss fungerede som lokomotiv i forhold til at indsamle erfaringer med skåneforslaget, inden Formidlingscenter Viborgs partnerskabsvirksomheder skulle inddrages i projektet. Fælles for kommuner og Grundfoss var ønsket om en hurtig og koordineret indsats. Datagrundlaget har bestået af skåneforslag fra den praktiserende læge. Gennemgang af journaler for de borgere, der har været henvist til undersøgelse på Arbejdsmedicinsk klinik. Derudover er der foretaget interview med socialrådgivere på Grundfoss, virksomhedskonsulenter fra Formidlingscenter Viborg og telefon interview med Formidlingscenter Viborgs partnerskabsvirksomheder samt praktiserende læger i kommunerne.</p> <p><i>Hurtig indsats</i>, hvor borgerne med stressbetingede lidelser af deres egen læge, af deres sagsbehandler eller via virksomheden blev henvist til Arbejdsmedicinsk klinik. Her blev der foretaget en indledende samtale indenfor 14 dage og efterfølgende tilbudt et samtaleforløb hos en arbejdspsykolog og ved behov samtale med en læge. Projektet var målrettet medarbejdere på Grundfoss og borgere bosiddende i de deltagende kommuner. Indsamling af baggrundsdata blev foretaget gennem en gennemgang aktive sygedagpengesager i Viborg kommune. Derudover gennem henvisninger og sygehusjournaler. Ved tre mdr. opfølgning blev der udsendt spørgeskemaer til de afsluttede patienter. Endvidere blev der gennemført interview med to nøglepersoner på Grundfoss, virksomhedskonsulenter fra Formidlingscenter Viborg og lavet telefoninterview med praktiserende læger, der har henvist patienter til udrednings- og samtaleforløb hos arbejdspsykolog.</p>
<i>Tidsperiode/</i>	1.maj 2005 til 30. april 2007

<i>Antal deltagere</i>	28 personer modtog skåneforslag i projekt ' <i>Bedre samarbejde</i> ' 166 personer påbegyndt behandling i projekt ' <i>Hurtig Indsats</i> '
<i>Hvordan blev TTA målt?</i>	Interventionseffekten blev målt som varighed af klientforløb og afsluttet afklaring af helt eller delvist genoptagelse af arbejde.
<p>Resultater:</p> <p><i>Indsatsområde 1 - Bedre samarbejde:</i> Skåneforslaget blev anvendt 28 gange, og fra de praktiserende læger og Grundfoss var der stor tilfredshed med anvendelsen af skåneforslaget som dialogredskab. Parterne oplevede, at attesten skabte klarhed over aktørernes interesse for samarbejde, indeholdt høj grad af videndeling, og betød en hurtigere afklaring af grundlaget for helt eller delvis genoptagelse af arbejdet. 27 patienter blev henvist til Arbejdsmedicinsk klinik, for denne gruppe skete der ligeledes hurtigere afklaring af fastholdelsesperspektivet. For begge grupper var resultatet, at 75 % af de afsluttede forløb er fastholdt på arbejdspladsen. For de personer, der ikke blev fastholdt, betød den foreløbige afklaring en hurtigere sagsbehandling i kommunernes sygedagpengeafdeling.</p> <p><i>Indsatsområde 2 - Hurtig indsats:</i> Der blev henvist 166 personer til udredning og samtaleforløb hos arbejdspsykolog på Arbejdsmedicinsk klinik. Der var d. 31 jan 2007 afsluttet 101 klientforløb, hvor behandlingen i gennemsnit havde været 20 uger. Der havde i gennemsnit været afholdt 4 samtaler. Ved afslutning af forløbet var 65 % af de henviste klienter raskmeldte og fastholdt. De personer der stadig var sygemeldte, havde forud for henvisningen haft et længerevarende sygefravær. Fra praktiserende læger, de kommunale sagsbehandlere og de henviste borgere har der været udtrykt generel tilfredshed med behandlingstilbuddet. Der peges på, at det hurtige og arbejdsmarkedsfokuserede behandlingsforløb, samt kommunikationen i form af skriftlige tilbagemeldinger til læger og kommunale sagbehandlere og psykologens deltagelse i rundbordsamtaler, har haft en positiv effekt. Der er ved begge indsatser udviklet guides, dels til den praktiserende læge, dels til den kommunale sagsbehandler samt udviklet en telefonisk og e-post baseret hotline.</p>	

Projekt 7: " FAUST – Projekt Forebyggelse Af Udstødning af personer med bevægeapparatssymptomer ved hjælp af Tidlig indsats"	
<i>Projektmanager/ Kontaktoplysninger</i>	Jens Peder Haahr, og Johan Hviid Andersen Arbejdsmedicinsk Klinik, Herning Sygehus, Gl. Landevej 61, 7400 Herning Poul Frost Arbejdsmedicinsk Klinik, Aarhus Universitetshospital, Nørre Brogade 44, 8000 Aarhus C
<i>Lokation</i>	Virksomheder i Ringkøbing AMT
<i>Målgruppe</i>	Studiet tager udgangspunkt i en gruppe af arbejdende mennesker ansat i et bredt udsnit af virksomheder med hjemsted i det Midt- og Vestjyske område. Udgangspunktet for undersøgelsen har været 291 virksomheder tilmeldt Vestjysk BST-center i Tarm og BST-Midtjylland i Herning eller i alt knap 24.000 ansatte
<i>Hensigt/Design</i>	Formålet med dette projekt var at vurdere effekten af to populationsbaserede interventionsstrategier til forebyggelse af udstødning. Projektet blev udført som et interventionsprojekt i Ringkøbing AMT af medarbejdere ved Arbejdsmedicinsk Klinik, Herning Sygehus i samarbejde med en række virksomheder i produktions- og service sektoren i det Midt- og Vestjyske område samt de lokale bedriftssundhedstjenester. Undersøgelsen blev gennemført som et randomiseret kontrolleret design med to års opfølgning af ansatte. Virksomhederne og dermed de ansatte blev placeret i tre forskellige grupper – en gruppe af kontrolvirksomheder og to grupper af interventionsvirksomheder. Projektet opererede derudover med en højrisikogruppe der udgjorde ca. en 1/3 af deltagerne. Interventionerne bestod dels i en informationspjece til ansatte med henblik på mindskelse af sygdomsfrygt, og dels af information suppleret med indsats ved bedriftssundhedstjenesten og SiO rettet mod det fysiske arbejdsmiljø og aflastningsordninger. Ved den indledende spørgerunde blandt de ansatte indhentes oplysninger om den enkeltes arbejdsforhold og individuelle forhold om helbred, herunder forekomst af gener og besvær i kroppen på grund af smerter. Samtlige virksomheder inklusive kontrolvirksomheder, modtog tilbagemelding vedrørende egne arbejdsforhold før start på de to interventioner. I de næste 8 kvartaler (24 måneder) indberettede virksomhederne medarbejdernes fravær kvartalsvist, og gennem 6 kvartaler blev det sygdomsspecifikke fravær, dvs. fravær på grund af smerter i kroppen belyst ved spørgeskema til den enkelte deltager. Efter 2 års opfølgning blev erhvervsstatus inklusive ophør i ansættelsen på grund af smerter i kroppen, ikke smertebetinget jobskifte, udvikling i alvorligere smertebetinget besvær og modtagen støtte fra virksomhederne mv. belyst ved spørgeskema. Virksomhederne udfyldte kort spørgeskema om deres sociale engagement og støtte til sygdomsramte. Den

	<p>statistiske behandling omfattede deskriptiv og multivariat analyseteknik, hvor der bl. a. analyseredes udfald relateret til indsatsgruppe og gruppen med særligt meget besvær og gener grundet smerter i én eller flere kropsregioner – højriskogruppen.</p> <p>Efter undersøgelsens afslutning, og uden for den oprindelige protokol, blev der endvidere med henblik på at foretage en bedre bortfaldsanalyse også indhentet data fra Beskæftigelsesministeriets database DREAM.</p>
<i>Tidsperiode/ Antal deltagere</i>	<p>medio 2000 – juli 2006</p> <p>Projektet havde deltagelse af 39 arbejdspladser og 5604 ansatte i et bredt udsnit af Midt- og Vestjyske virksomheder inden for produktion og service</p>
<i>Hvordan blev TTA målt?</i>	<p>Interventionseffekten blev målt som virksomhedsrapporteret fravær i forbindelse med sygdom. Derefter varighed af sygemelding hos deltagerne. Ved opfølgning efter 2 år gennem aktuel erhvervsstatus.</p>
<p>Resultater:</p> <p>71.4% deltog i første og 81.8% (3276) i anden spørgerunde efter 2 år. Smerte gener var meget udbredt blandt samtlige deltagere. Kun 7.7% havde slet ikke haft besvær på grund af smerter i mindst ét af fire kropsområder inden for det seneste år, mens 33.3% tilhørte højriskogruppen med en hel del, meget eller særdeles meget besvær. Ved afslutning af opfølgningen var der virksomhedsrapporteret fravær for 94% af de ansatte. 3818 indgik i fravørsanalyserne. 26% havde haft virksomhedsrapporteret fravær af mindst 14 dages varighed i løbet af 24 måneder, og 5.5% smertebettinget fravær af mindst 7 dages varighed inden for 18 måneder.</p> <p>Højriskogruppen havde markant øget risiko for fravær og udstødning, idet risikoen for smertebettinget jobophør var 5 gange så stor, og risikoen for smerteforværring under opfølgningen var 2 - 3 gange så stor. Mere end ¼ af deltagerne havde modtaget støtte i forbindelse med smerter i kroppen, og højriskogruppen havde modtaget støtte 2 – 3 gange hyppige end andre ansatte. Væsentlige prædiktorer herfor var kort skoleuddannelse, og manglende faglig uddannelse og udgjorde en barriere mod ikke smertebettinget jobskifte. Tidligere længerevarende sygefravær indebar dobbelt så stor risikoøgning for smertebettinget ophør. Oplysning fra 2/3 af virksomhederne tyder på at FAUST virksomhederne lå over middel for danske virksomheder med hensyn til socialt engagement.</p> <p>Intervention med information udsendt i mini-bogformat om, hvordan man bedst håndterer smerter i kroppen var ledsaget af et øget fravær. Tidligere rapporteret effekt af information til uselekterede grupper har dermed ikke kunnet eftervises. Udstødning målt ved jobophør relateret til besvær på grund af smerter i kroppen ændredes ikke af hverken information eller arbejdspladsbesøg med aflastningsordninger, men arbejdspladsbesøg var ledsaget af hyppigere skift til andet arbejde. En stor del af de ansatte havde modtaget støtte uafhængig af interventionsgruppe, og støtten blev fortrinsvist givet til ansatte med smerteproblemer. Fysiske og psykiske arbejdsforhold synes at have mindre eller ingen indflydelse på fravær og jobophør relateret til smerter i kroppen, sammenholdt med sociale forhold. Undersøgelsen har påvist en pågående multifaktoriel udstødningsproces, og at de stærkeste prædiktorer herfor også er de vanskeligst påvirkelige.</p>	

Projekt 8: "Fast i bedre Job – Et projekt om arbejdsmiljøredegørelse og handleplaner som redskab til arbejdsfastholdelse"	
<i>Projekt/mager/ Kontaktoplysninger</i>	Marianne Raasthøj, Anne Kathrine Ørnstrup Clausen, Leif Rothmann, Jens Peder Haahr, Jesper Bælum CRECEA A/S (BST Fyn) og Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital
<i>Lokation</i>	Et samarbejde mellem Arbejdsmedicinsk klinik Odense og Crecea (BST Fyn) samt 12 kommuner i Nord-, ØST-, Høj- og Midtfynske område.
<i>Målgruppe</i>	Målgruppen var afgrænset til personer med bevægeapparatbesvær og i risiko for at miste deres arbejde
<i>Hensigt/Design</i>	<p>Projektet har to mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> - At udvikle en samarbejdsmodel med praktiserende læger og BST, hvor lægen hos BST kan rekvirere en professionel beskrivelse og vurdering af arbejdsforholdene. - At afklare om en tidlig indsats med et tilbud om arbejdspladsgennemgang med arbejdsmiljøredegørelse og handleplaner som redskaber bidrager til at øge fastholdelse og TTA. <p>Projektet blev udført som et randomiseret kontrolleret studie med 1½ opfølgning til vurdering af effekten af indsatsen.</p> <p>Vurderede den praktiserende læge at, at bevægeapparatbesværet indebar risiko for ikke længere at kunne fortsætte det pågældende arbejde og opfyldte patienterne kriterier om sygemelding eller behandling kunne de deltage i projektet. Deltagerne blev fordelt ved lodtrækning til to grupper. En interventionsgruppe der modtog rådgivning via BST og en kontrolgruppe der modtog sædvanlig kommunal opfølgning. Interventionsgruppen bestod af 34 deltagere og kontrolgruppen af 47 deltagere. Gennemsnitsalderen var 41 år, 56 % af deltagerne var kvinder og godt halvdelen havde problemer relateret til nakke, skuldre, arm eller hånd. 25 % havde problemer relateret til ryggen.</p> <p>Efterfølgende er der udarbejdet en kvalitativ undersøgelse med interviews af et udvalg af de deltagende praktiserende læger og socialrådgivere. Endvidere er de deltagende virksomheder kontaktet.</p>
<i>Tidsperiode/ Antal deltagere</i>	Nov. 2001 til jan. 2004 På basis af 34 læger i 12 fynske kommuner deltog 81 deltagere.
<i>Hvordan blev TTA målt?</i>	Interventionseffekten blev målt som BST-interventionens effekt på fastholdelse.
<p>Resultater:</p> <p>I projektperioden udviklede og systematiserede BST interventionsdelen, så det i alle tilfælde blev afklaret, hvilke arbejdsfunktioner der var belastende i forhold til helbredsproblemet. Det blev vurderet og nedfældet i arbejdsmiljøredegørelsen, hvorvidt belastningen kunne reduceres, herunder omplacering, jobmodifikation eller anden tilrettelæggelse af arbejdet. Til arbejdsmiljøredegørelsen tilknyttedes en handleplan med angivelse af specifikke konkrete tiltag, en plan for gennemførelse samt opfølgning efter 2 mdr. Ud af 34 personer, der blev inkluderet til BST-interventionen, fik 19 udfærdiget arbejdsmiljøredegørelse og handleplan. For 11 var det ikke muligt at få virksomhedens aktive deltagelse, og de modtog derfor individuel rådgivning fra BST. Blandt de 19 blev 10</p>	

fastholdt i det samme job, 2 blev fastholdt i andet job, 1 fik fleksjob, 1 kom på erhvervstræningsskole og blev ikke fastholdt. Ved projektets afslutning manglede oplysninger fra 1 person. Problemerne skyldtes i 6 tilfælde lidelse i nakke og skuldre, hos 5 personer var det lidelse i arm og hånd, og hos 6 var det lidelse i lænderyggen.

Af samtaler med såvel de deltagende læger, de inkluderende patienter, samt patienter der ikke valgte at deltage, fremgår det, at der er en række barrierer mod tidlig intervention med involvering af arbejdspladsen. Det kan nævnes at lægerne ofte har travlt, dårlig tid og begrænset erfaring med arbejdspladskontakt. Patienterne er jævnlige ængstelige ved konsekvenserne for deres videre ansættelse. Situationen var for mange kompleks, og det har stillet store krav til kommunikationen og samarbejde hos såvel deltagerne, virksomhederne og BST-konsulenterne.

BST har med projektet opnået større erfaring med konkret vurdering og rådgivning til ansatte med helbredsmæssige arbejdsbegrænsninger. Den systematiske fremgangsmåde har bidraget til at der er kommet større fokus på sammenhænge mellem konkrete arbejdsfunktionernes belastninger og medarbejdernes symptomer, ligesom det har bidraget med konkrete løsningsforslag.

På grund af antallet af deltagere er undersøgelsens anden del ikke afrapporteret.

Projekt 9: "Udvikling og afprøvning af virksomhedsrettet metode til arbejdsfastholdelse af patienter med lænderygproblemer"	
<i>Projektmager/ Kontaktoplysninger</i>	Lone Donbæk Jensen, Finn Hjort Madsen Arbejdsmedicinsk klinik Århus Sygehus Kontaktperson sekretær Kirsten Bendixen 89494289
<i>Lokation</i>	Undersøgelsen udgår fra Arbejdsmedicinsk Klinik i samarbejde med relevante afdelinger på Århus Sygehus
<i>Målgruppe</i>	Rygpatienter, der ikke på egen hånd kan vende tilbage i arbejde
<i>Hensigt/Design</i>	<p>Formålet med dette projekt er at afprøve effekten af en arbejdsfastholdelsesmodel - Det medicinske arbejdspladsbesøg -, der bygger på fuld lægelig afklaring af rygproblematikken, arbejdspladsbesøg med arbejdsmedicinsk læge og opstilling af konkret 3 måneders plan for arbejde og fritid. Indhold og logistik i modellen er afprøvet i en pilotfase foråret 2005, hvorefter mindre korrektioner er indarbejdet.</p> <p>En randomiseret kontrolleret undersøgelse ift effekt af interventionen på sygefravær og arbejdsfastholdelse - det medicinske arbejdspladsbesøg blandt patienter med rygbesvær - kombineret med kvalitativ undersøgelse af modtagelse indarbejdning og fastholdelse af aktiviteten på virksomhederne. Kontrolgruppe består af patienter, som ikke modtager tilbud om arbejdspladsintervention, men gennemgår sygehusets tilbud om udredning og behandling.</p> <p>Det projekteres med, at der inkluderes 300 patienter til undersøgelsen i løbet af to år (10 procent af samtlige patienter i centeret); 150 randomiseres til henholdsvis interventionsgruppe og 150 til en kontrolgruppe.</p> <p>Det medicinske arbejdspladsbesøg tilbydes patienter, hvor det efter en række screenings spørgsmål fremgår, at patienten har tilknytning til en arbejdsplads, er motiveret til at vende tilbage til arbejdspladsen, er indforstået med at arbejdspladsen inddrages og ikke ved egen hjælp kan komme i arbejde igen. Før patienten overgår til arbejdsplads intervention skal rygproblematikken være er fuldt oplyst gennem rheumatologisk speciallæge undersøgelse</p> <p>Fokus for interventionen er både patienten og virksomheden: For rygpatienten vil undersøgelsen fokusere på tilbagevenden til arbejdet enten på normale eller modificerede vilkår, smertehåndtering, prognose og dagligt funktionsniveau. Et vigtigt element i arbejdspladsbesøget er vurdering af patientens arbejdsevne i det sædvanlige arbejde. Sammen med patienten vurderes behovet for midlertidig modificeret arbejde eller genoptagelse af det sædvanlige arbejde. Der aftales både ift. patient og arbejdsgiver en 3 måneders plan og opfølgning på denne.</p> <p>På virksomheden skal undersøgelsen klarlægge, hvorvidt den eksisterende virksomhedskultur og organisation omkring sygefraværsområdet har en</p>

	<p>betydning for arbejdsfastholdelse og længde af sygedagpengeperioden. Derudover om interventionen medfører ændringer i virksomhedskulturen og om dette både aktuelt og på længere sigt forbedrer mulighederne for arbejdsfastholdelse ud fra de principper undersøgelsen introducerer på arbejdspladsen.</p> <p>Ændring i virksomhedskultur og organisation ift sygefraværpotik belyses ved interviews med dels repræsentant fra ledelse og dels gruppe interview med 6 tilfældig udtrukne medarbejdere fra afdelinger hvor der har været interventions patienter</p>
<i>Tidsperiode/ Antal deltagere</i>	<p>2007- Studiepopulationen rekrutteres blandt de 1500 patienter, som årligt bliver udredt i regi af Århus Sygehus. De inkluderede patienter vil forventeligt komme fra alle typer af arbejdspladser fra optageområdet Århus amt, altså store mellemstore og små arbejdspladser fra både det offentlige og private arbejdsmarked.</p>
<i>Hvordan blev TTA målt?</i>	<p>De primære effektmål er erhvervsstatus ved 3 og 12 måneders opfølgning og længde af sygefraværperiode fra inklusion til genoptagelse af regulær beskæftigelse, samt det akkumulerede sygefravær i opfølgningsperioden på grund af lænderygproblemer</p> <p>Ændring i virksomheden håndtering af sygefravær registreres gennem strukturerede interviews af kontaktpersonen til ledelsen og et udvalg af ansatte fra virksomheden efter 12 måneder.</p>
<p>Resultater: Projektet er endnu ikke afsluttet.</p>	

Projekt 10: "Arbejdsfastholdelse – en kontrolleret interventionsundersøgelse af sygedagpengemodtagere og erhvervstruede i Gundsø, Greve, Solrød og Køge kommuner"	
<i>Projektmaker/ Kontaktoplysninger</i>	Arbejdsmedicinsk afdeling, Roskilde Amts Sygehus Køge
<i>Lokation</i>	Undersøgelsen er udført i fire forsøgskommuner, Greve, Gundsø, Solrød og Køge samt to kontrolkommuner, Roskilde og Skovbo.
<i>Målgruppe</i>	Sygedagpengemodtagere og erhvervstruede i Gundsø, Greve, Solrød og Køge kommuner
<i>Hensigt/Design</i>	<p>Hovedformålet med projektet er at vurdere om en tidlig fælles forebyggende indsats fra kommuner og Arbejdsmedicinsk afdeling overfor langvarigt sygemeldte og erhvervstruede kan reducere sygeperiodens længde og mindske udstødningen fra arbejdsmarkedet. Arbejdsmedicinsk afdeling vil med udgangspunkt i en social- og arbejdsmedicinsk undersøgelse af borgeren understøtte kommunens socialfaglige afklaring af borgerens fremtidige erhvervssituation. Projektet afprøver således en tværsektoriel metode til identifikation af sager, hvor det vil være gavnligt at følge tidligt op.</p> <p>Projektet er en kontrolleret, ikke-randomiseret interventionsundersøgelse. Materialet udgøres af borgere fra såvel private som offentlige arbejdsgivere, der har en aktuel sag i en af de deltagende kommuners "opfølgingsgruppe". Der er tale om borgere, der enten har været sygemeldte i mindst to uger eller som af anden grund af kommunen vurderes at kunne være erhvervstruede.</p> <p>Interventionsgruppen består af sygemeldte og erhvervstruede, der sendes til undersøgelse på Arbejdsmedicinsk klinik. Inklusion til intervention er foretaget via en fælles visitering fra socialforvaltningens opfølgingsgruppe i de fire forsøgskommuner. Deltagerne modtager derudover den sædvanlige sagsbehandling. De resterende personer fra forsøgskommunernes opfølgingsgrupper og kontrolkommunernes opfølgingsgrupper behandles kun efter de sædvanlige retningslinjer og sagsbehandling.</p> <p>Der har ikke været begrænsninger i, hvilke diagnoser, der indgik i undersøgelsen, idet enhver opfølgningssag i kommunen blev inkluderet.</p>
<i>Tidsperiode/ Antal deltagere</i>	<p>Projektet har været i gang som pilotprojekt fra juni 2001. I 2003 blev projektets hovedaktiviteter igangsat.</p> <p>Interventionsgruppen forventes at udgøre 300 personer over to år fra de fire forsøgskommuner. Materialet forventes alt i alt over to år at udgøre 5000 personer.</p>
<i>Hvordan blev TTA målt?</i>	Mindskelse af den gennemsnitlige sygeperiodes længde, mindskelse af antallet af meget langvarigt sygemeldte samt forhindring af permanent udstødning.
<p>Resultater: I 2002 har der været 102 interventioner, i 2003 har der været 140 interventioner, i 2004 har der været 163 interventioner. Ved opfølgning to år efter på de første patientundersøgelser indikeres det, at interventionen nytter. Tre ud af fire af de sygemeldte og/eller erhvervstruede bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet. Desuden var fire ud af fem sygemeldte før interventionen</p>	

sygemeldt, mens det to år efter kun er 1/5, der er sygemeldt. Resultaterne er uden kontrolgruppe. Det betyder, at selvom man kan se, hvordan de er gået for borgerne, kan man på nuværende tidspunkt ikke med sikkerhed konkludere om indsatsen reelt har betydet en forskel. Den endelige afrapportering af de forskningsmæssige resultater er endnu ikke afsluttet.

Projekt 11: " Forebyggelse af udstødning fra arbejdsmarkedet for arbejdsskadede personer – Et delprojekt under "På tværs af fraværet – et sønderjysk initiativ"	
<i>Projektmager/ Kontaktoplysninger</i>	Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik Simmerstedvej 1-3, 6100 Haderslev Projektcenter Sønderjylland ved Udviklingsafdelingen, Sønderjyllands Amt
<i>Lokation</i>	Projektet gennemføres på Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik i samarbejde med 7 kommuner – Gram, Vojens, Nørre-Rangstrup, Rødekro, Aabenraa, Lundtoft og Tinglev.
<i>Målgruppe</i>	Målgruppen er de arbejdsskadede, som tidligere undersøgelser har vist er særligt erhvervstruede og har brug for en særlig indsats for at undgå udstødning
<i>Hensigt/Design</i>	<p>Projekt "Forebyggelse af udstødning fra arbejdsmarkedet for arbejdsskadede personer" indgår som et delprojekt under det overordnede projekt "På tværs af fraværet – et sønderjysk initiativ". Aktuelt har styregruppen prioriteret 5 delprojekter. Projektet vil gennem en målrettet og koordineret indsats for arbejdsskadede er formålet med dette projekt at lette de arbejdsskadedes vej tilbage til arbejdsmarkedet og på den måde hindre udstødning og langvarigt sygefravær.</p> <p>Projektet består af en intervention og en systematisk evaluering af interventionens effekt. Interventionsgruppen består af erhvervstruede patienter henvist til Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik fra de 7 deltagende kommuner i Sønderjyllands Amt. Kontrolgruppen består af de erhvervstruede henviste patienter, der kommer fra de øvrige sønderjyske kommuner. De deltagende erhvervstruede patienter indgår i en intervention- og kontrolgruppe uanset den lægelige eller psykologiske problemstilling. Interventionen består primært af en hurtig og grundig socialmedicinsk afklaring og opfølgning. Patienterne er som led i henvisningen til Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik på forhånd grundigt lægeligt eller psykologisk undersøgt. Ved at drage nytte af arbejdsmedicinske lægers og psykologers ekspertise med hensyn til vurdering af skånebehov og muligheder på arbejdsmarkedet forventes det, at der rimeligt hurtigt kan foretages en afklaring af mulighederne for at tilrettelægge den fremtidige rolle på arbejdsmarkedet for deltagerne i interventionsgruppen</p> <p>Effekten af interventionen opgøres et år efter patientens første undersøgelse på Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik. Interventionsgruppen interviewes struktureret om deres tilknytning til arbejdsmarkedet, sygdomsforløb, indkomst, forløb af arbejdsskadesag mv. og semistruktureret om deres oplevelse af forløbet, og den indsats der er gjort for arbejdspladsfastholdelse, revalidering, eller hvilke andre foranstaltninger der har været anvendt. Erhvervsevnen hos interventions- og kontrolgruppen undersøges ved hjælp af den af Arbejds miljøinstituttets model til fremme af arbejdsevne, så forløbene i de to grupper kan sammenlignes. Der gennemføres også interview med patienterne i referencegruppen.</p>

<i>Tidsperiode/ Antal deltagere</i>	2002 til udgangen af 2006 Det estimeres, at der på baggrund af tidligere undersøgelser 2002/2003 vil indgå ca. 100 personer i interventionsgruppen. Kontrolgruppen forventes at bestå af det dobbelte.
<i>Hvordan blev TTA målt?</i>	Interventionseffekten måles et år efter den arbejdsmedicinske undersøgelse, som kortere sygedagpengeperioder og dermed hurtigere iværksættelse af særlige foranstaltninger. Derudover om flere personer i interventionsgruppen end kontrolgruppen fastholdes i arbejde og har kortere sygefravær.
Resultater: Den endelige afrapportering af de forskningsmæssige resultater foreligger ikke på nuværende tidspunkt. Hovedrapporten var forventet færdig dec. 2006.	

Projekt 12: " Tilbage til arbejdet - TTA Effektiv arbejdsfastholdelse efter langtidssygemelding pga en lidelse i bevægeapparatet"	
<i>Projektmanager/ Kontaktoplysninger</i>	Merete Labriola Det Nationale center for arbejdsmiljøforskning E-mail mla@arbejdsmiljoforskning.dk 39165214 Niels Ebbehøj Arbejdsmedicinsk klinik, Bispebjerg Hospital E-mail: BBH-Arbmed-Klinik@bbh.regionh.dk
<i>Lokation</i>	Det Nationale Center for arbejdsmiljøforskning, Arbejdsmedicinsk klinik samt Bispebjerg hospital, Ballerup og Københavns Kommune socialforvaltning. Samt Revacentret i København.
<i>Målgruppe</i>	Sygedagpengemodtagere med job og med bevægeapparatsproblemer.
<i>Hensigt/Design</i>	Et ønske om at udbygge og forbedre samarbejdet mellem aktørerne gennem en grundig helbredsmæssig udredning. Projektets intervention svarer til en arbejdsmedicinsk speciallægeerklæring med særligt fokus på patientens ressourcer i relation til TTA. TTA- gennem en særlig rehabiliteringsindsats, der integrerer 3 elementer: <ul style="list-style-type: none"> • Arbejdsmedicinsk visitation og rådgivning. • Kognitiv adfærdspsykologisk rådgivning for at reducere personens ”sygeliggørelse” og frygt for, at arbejdet vil forværre smertetilstanden. • Tilpasning af jobindhold og arbejdstid i forhold til personens faktiske arbejdsformåen i en gradvis tilbagevenden til arbejdet. Der er valgt et randomiseret kontrol design med sygedagpengemodtagere fordelt i en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Kriterierne for vurdering var, at der forelå en anmodning om sygedagpenge.
<i>Tidsperiode/ Antal deltagere</i>	Januar 2007 til juni 2009 400 deltager
<i>Hvordan blev TTA målt?</i>	Måling af TTA opnås ved at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse – såvel i interventionsgruppen som i kontrolgruppen – dette giver endvidere information om, hvordan de har oplevet deres rehabiliteringsforløb, samt om, hvordan deres selvvaluerede mentale og fysiske helbred har udviklet sig i perioden. Disse oplysninger suppleres med faktuelle oplysninger om sygefraværsperiodens længde samt om de konkrete tiltag, der er blevet gennemført. Oplysninger om sygefraværsperiodens længde opnås dels gennem spørgeskemaet dels via DREAM registret. Spørgeskemaundersøgelsen suppleres med kvalitative
Resultater: Afrapportering af de forskningsmæssige resultater forventes færdig i slutningen af 2009.	

Litteratur:

- Arbejdsmedicinsk klinik Haderslev: *Forebyggelse af udstødning fra arbejdsmarkedet for arbejdsskadede personer*. Et delprojekt under "På tværs af fraværet – et sønderjysk initiativ", Arbejdsmedicinsk klinik Haderslev, Projektcenter Sønderjylland ved Udviklingsafdelingen, Sønderjyllands Amt (2004)
- Arbejdsmedicinsk klinik Køge: *Arbejdsfastholdelse – et kontrolleret interventionsprojekt over for sygedagpengemodtagere og erhvervstruede i Gundsø, Greve, Solrød og Køge kommuner*, Tre delrapporter, Arbejdsmedicinsk klinik Roskilde Amts Sygehus Køge (2005)
- Arbejdsmedicinsk klinik Skive Regionshospital, Reumatologisk afdeling Viborg Hospital, Ortopædkirurgisk afdeling Viborg Hospital, Fysioterapien Skive Regionshospital *Evaluering af rygprojektet: Hurtig klinisk udredning og arbejdsfastholdelse af borgere med subakutte rygsygdomme*. Viborg (2007)
- 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 and Medicine 2003; 57, (2101-2114)
- Drews B: *Sygefravær – Deskriptive studier og forebyggende interventioner*. Ph.d. Sundhedsvidenskabeligt Fakultet, Århus Universitet (2006)
- Ekberg K: *Arbetslivsinriktad rehabilitering – synsätt och utvecklingsbehov*. Socialmedicinsk tidsskrift nr.5 (2000)
- Ekberg K: *Arbetslivsinriktad rehabilitering*. Gustafsson RÅ, Lundberg I: Arbetsliv och Hälsa. Arbetslivsinstitutet, Stockholm (2004)
- Franché RL, Krause N: *Readiness for Return to Work following injury or illness: Conceptualizing the interpersonal impact of Health Care, Workplace and Insurance factors*. Journal of Occupational Rehabilitation 2002;12, (233-256)
- Friesen MN: *Return-to-work: The importance of human interactions and organizational structures*. Work 2001;17, (11-22)
- Gensby U: *Tilbagevenden til arbejde – et samspilfenomen på arbejdspladsen?*. Speciale, Forvaltningsuddannelsen - Institut for Samfund og Globalisering, RUC (2007)
- Hogstedt C, Theorell T, Marklund M: *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm (2004)
- Haahr, JP., Frost P., Hviid Andersen J: *Forebyggelse af udstødning af personer med bevægeapparatssymptomer ved hjælp af tidlig indsats (FAUST)*. Rapport til Arbejdstilsynet (2006)
- Jeding K, Hägg G, Marklund S, Theorell T: *Et friskt arbetsliv*, Arbete och Hälsa – Vetenskaplig Skriftserie:2 (1999)
- Jensen AG C: *Arbejdsfastholdelse ved tidlig indsats og tværfagligt samarbejde omkring personer i risiko for udstødning fra arbejdsmarkedet*. Arbejdsmedicinsk klinik Hillerød (2007)

- Jensen LD, Madsen FH: *Udvikling og afprøvning af virksomhedsrettet metode til arbejdsfastholdelse af patienter med lænderygproblemer*. Arbejdsmedicinsk klinik Århus Sygehus (2007)
- Kirkeskov L, Lander F, Frische C, Tornemand H: *Bedre samarbejde – Hurtig indsats. Et projekt om arbejdsfastholdelse*. Arbejdsmedicinsk klinik Skive (2007)
- Kilsgaard J, Sherson D, Bültman U, Olsen J, Pedersen J, Lund T: *Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smertegener fra bevægeapparatet*. AMI, Syddansk Universitet, Vejle AMT (2006)
- Krause N, Lund T: *Return to work in Barling, J (eds.) The psychology of workplace safety*. Washington DC: American Psychological Association (2002)
- Labriola M: *Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work*. Ph.d. National Institute of Occupational Health, Copenhagen (2006)
- Loisel P, Durand MJ, Abenhaim L, Gosselin L, Simard R, Turcotte T, Esdaile JM: *Management of occupational back pain: The Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study*. Occupational and Environmental Medicine 1994;51: 597-602
- Loisel P, Abenhaim L, Durand JM, Esdaile S, Suissa L, Gosselin L, Simard R, Turcotte T, Lemaire J: *A population-based, randomized clinical trial on backpain management*. Spine 1997: 22:2911-8.
- Loisel P, Durand MJ, Vézina N, Baril R, Gagnon D, Lariviere C, Tremblay C: *Disability prevention – New paradigm for the management of occupational back pain*, Disease Management & Health Outcomes 2001;9 (351-360)
- Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S, Diallo B, Tremblay C: *Cost-benefits 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: 807-815
- Loisel P, Durand MJ, Baril R: *Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team*. Journal of Occupational Rehabilitation 2005;15:581-90
- Lund T: *Tilbagevenden til arbejde*. AMI-rapport, København (2003)
- Marklund S: (red.) *Risk-frisk faktorer – Sjukskrivning och rehabilitering i Sverige*. Riksforsäkringsverket, Stockholm (1997)
- Marselisborgcentret: *Rehabilitering i Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Århus (2004)
- Mortensen OS, Bang J, Ebbenhøj N: *Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem virksomheder, socialforvaltning og læger*. Arbejdsmedicinsk klinik Bispebjerg Hospital, København (2007)
- Poulsen OM, Borg V, Fallentin N, Lund T, Nørregaard C: *Arbejdsbetingelser og fastholdelse af seniorer – status over den eksisterende viden*. AMI rapport, København (2006)

Raasthøj M, Clausen AKØ, Rothmann L, Haahr JP, Bælum J: *Projekt Fast i Bedre Job – Om arbejdsmiljøredegørelse og handleplaner ved BST som redskab til arbejdsfastholdelse.* Rapport til Arbejdstilsynet, Crecea og Arbejdsmedicinsk klinik Odense (2005)

Shrey DE: *Worksite disability management model for effective return-to-work planning.* Occupational medicine 2000:15:4