

Oda Eikenes Røsker  
Hanna Dyrud Tingvold

# Faktorer som påvirker effekten av arbeidsplassintervensjoner for personer med muskel- og skjelettlidelser - Hvordan brukes ergoterapeuters kompetanse?

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Evastina Björk  
Mai 2019



Oda Eikenes Røsker  
Hanna Dyrud Tingvold

# **Faktorer som påvirker effekten av arbeidsplassintervensjoner for personer med muskel- og skjelettlidelser – Hvordan brukes ergoterapeuters kompetanse?**

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Evastina Björk  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



## SAMMENDRAG

Tittel:	Faktorer som påvirker effekten av arbeidsplassintervensjoner for personer med muskel- og skjelettlidelser – Hvordan brukes ergoterapeuters kompetanse?	Dato:	06.05.19
Deltakere:	<u>Oda Eikenes Røsaker</u> <u>Hanna Dyrud Tingvold</u>		
Veileder:	<u>Evastina Björk, Førsteamanuensis NTNU i Gjøvik</u>		
Stikkord/ nøkkelord:	Arbeidshelse, påvirkningsfaktorer, intervensjoner, ergoterapi og muskel- og skjelettlidelser.		
Antall ord: 11570	Antall vedlegg: 11	Publiseringsavtale inngått: Ja	
<p><b>Innledning:</b> Mellom 20-33% av verdens befolkning lever med muskel- og skjelettlidelser, det forventes en økning av forekomst og virkning av dette på verdensbasis. Muskel- og skjelettlidelser kan påvirke et individs situasjon tilknytter arbeid, og det kan føre til et høyt sykefravær eller at individet faller ut av arbeidslivet. I forbindelse med den nye IA- avtalen i Norge og World Health Organizations (WHO) globale arbeidsplan, er disse type lidelser et stort fokus. Fordi arbeid er en så stor del av individets liv, og ergoterapeuters kjernekompetanse omhandler å sette individet i stand til å mestre egen hverdag kan dermed ergoterapeuten være en viktig ressurs i dette arbeidet.</p> <p><b>Hensikt:</b> Studiens hensikt er å identifisere påvirkende faktorer tilknyttet arbeidsplassintervensjoner for personer med muskel- og skjelettlidelser, og hvordan ergoterapeuter kompetanse brukes.</p> <p><b>Metode:</b> Systematisk litteraturstudie har blitt benyttet for å besvare problemstillingen. Det er inkludert 9 av 1002 artikler, hvor innholdsanalyse er benyttet.</p> <p><b>Resultat:</b> Det er identifisert at effekten av intervensjoner tilknyttet arbeidsplassen varierer, dette kan være på grunn av personens egne mål og forventninger, omgivelsens og aktivitetens krav. For økt effekt ses hensiktsmessig å se flere intervensjoner i sammenheng, i motsetning til en intervensjon isolert. Det fremkommer av resultatene at bevisstgjøring av påvirkende faktorer er essensielt i implementeringen av intervensjoner, for å få et helhetlig bilde av arbeidstaker og dens situasjon.</p>			

## ABSTRACT

Title:	Factors affecting the effect of workplace interventions for people with musculoskeletal disorders - How is occupational therapist's expertise used?	Date:	06.05.19
Participants:	<u>Oda Eikenes Røsaker</u> <u>Hanna Dyrud Tingvold</u>		
Supervisor:	<u>Evastina Björk, Førsteamanuensis NTNU i Gjøvik</u>		
Keywords:	Occupational health, influencing factors, interventions, occupational therapy, musculoskeletal disorders.		
Number of words: 11570	Number of appendix: 11	Availability: Open	
<p><b>Introduction:</b> Between 20-33% of the world's population lives with musculoskeletal disorders, an increase of the occurrence and effect of this is expected worldwide. Musculoskeletal disorders can affect an individual's work-related situation, and this can lead to a high rate of sick leave or work disability. In connection with the new IA agreement in Norway and the World Health Organization's (WHO) global work plan, these types of disorders are a major focus. Because work is such a large part of the individual's life, and the occupational therapists' competence is to enable the individual to cope with their own everyday lives, the occupational therapist can thus be an important resource in this work.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of the study is to identify influencing factors associated with workplace interventions for people with musculoskeletal disorders, and how occupational therapists competence is used.</p> <p><b>Method:</b> A systematic literature review has been conducted to identify influencing factors. It is included 9 out of 1002 articles, where content analysis is used.</p> <p><b>Result:</b> It has been identified that the effect of interventions related to the workplace varies, this may be due to the person's own goals and expectations, the requirements of the environment and the activity. For increased effect, it is considered appropriate to see more interventions in context, as opposed to an intervention isolated. It emerges from the results that raising awareness of influencing factors is essential in the implementation of interventions, in order to get an overall picture of the employee and its situation.</p>			

## **Førord**

Prosessen med bachelorskriving har vært svært lærerik og spennende, vi har tilegnet oss mye kunnskap vi tar med oss videre. Vi er stolte av å kunne presentere vårt ferdige resultat, og se tilbake på en fin tid.

Vi ønsker å takke Førsteamanuensis Evastina Björk for god veiledning gjennom hele perioden, og en stor takk til andre ergoterapeuter for innspill omkring vårt tema.

Vi vil gi en stor takk til hverandre for godt samarbeid, og takk til andre som har støttet oss under denne spennende perioden.

Vi håper at dere finner resultatene fra denne studien interessante og nyttige.

Gjøvik 06.05.2019

Oda Eikenes Røsaker og Hanna Dyrud Tingvold

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning og bakgrunn</b>	6
<b>1.1 Begrepsavklaring</b>	8
<b>1.2 Teoretisk rammeverk</b>	9
<b>1.3 Tidligere forskning</b>	10
<b>2.0 Problemstilling</b>	11
<b>3.0 Metode</b>	11
<b>3.1 Litteraturstudie som metode</b>	11
3.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode	12
3.1.2 Primær- og sekundærdata	12
<b>3.2 Søkeprosess</b>	12
3.2.1 Databaser	12
3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.2.3 Søkeord og gjennomgang	13
<b>3.3 Kildekritikk og analysering av data</b>	16
<b>3.4 Forskningsetikk</b>	16
<b>3.5 Metodekritikk</b>	16
<b>4.0 Resultat</b>	17
<b>4.1 Intervensjoner</b>	25
4.1.1 Kommunikasjon og relasjoner	25
4.1.2 Fysisk og mental trening	26
4.1.3 Ergonomi og tilpasning	26
4.1.4 Arbeidsforhold og struktur	26
<b>4.2 Faktorer</b>	26
4.2.1 Økonomi og ledelse	27
4.2.2 Kommunikasjon	27
4.2.3 Personlige faktorer	27
4.2.4 Arbeidsmiljø	27
4.2.5 Helsepersonell	28
4.2.6 Struktur av intervensjonen	28
<b>4.3 Arbeidstakers barrierer</b>	28
<b>5.0 Diskusjon</b>	29
<b>5.1 Metodediskusjon</b>	30



<b>5.2 Resultatdiskusjon</b>	31
5.2.1 Kommunikasjon og relasjoner	31
5.2.2 Arbeidsmiljø og ergonomi	32
5.2.3 Økonomi og ledelse	32
5.2.4 Personlige faktorer	33
5.2.5 Helsepersonell og intervensjoner	34
<b>5.3 Implementering i praksis</b>	35
<b>5.4 MAO - modellen</b>	35
5.4.1 Mennesket	36
5.4.2 Aktivitet	36
5.4.3 Omgivelser	37
<b>5.5 Ergoterapeuters kompetanse</b>	38
<b>6.0 Konklusjon</b>	41
<b>7.0 Referanseliste</b>	42
<b>Vedlegg 1 PICO - skjema</b>	48
<b>Vedlegg 2 Søkeordstabell</b>	49
<b>Vedlegg 3 Artikkel 1</b>	50
<b>Vedlegg 4 Artikkel 2</b>	51
<b>Vedlegg 5 Artikkel 3</b>	52
<b>Vedlegg 6 Artikkel 4</b>	53
<b>Vedlegg 7 Artikkel 5</b>	54
<b>Vedlegg 8 Artikkel 6</b>	55
<b>Vedlegg 9 Artikkel 7</b>	56
<b>Vedlegg 10 Artikkel 8</b>	57
<b>Vedlegg 11 Artikkel 9</b>	58

## 1.0 Innledning og bakgrunn

Forekomsten av muskel- og skjelettlidelser er aktuelle gjennom hele livsløpet. World Health Organization (WHO) (2018) presenterer et dokument der det forventes en økning av forekomst og virkning på verdensbasis. Mellom 20-33 % av verdens befolkning lever med denne type lidelser som er smertefulle og kan lede til funksjonsnedsettelse, kort eller langvarig. I tillegg ser man tendens til tidlig avgang i arbeidslivet fra 55-årsalderen. I WHO's globale arbeidsplan blir behovet for håndtering av funksjonsnedsettelse i muskel- og skjelettlidelser identifisert, for å kunne forbedre folks ytelse (WHO, 2018). I den forbindelse legges det vekt på muligheter og arbeidsevne for at det skal bli lettere å bevare tilknytningen til arbeidslivet, til tross for sykdom og skade. Tilknytningen til arbeidslivet er viktig for å styrke den enkeltes uavhengighet og deres deltakelse i samfunnet (Meld. St. 19 (2014-2015)).

Januar 2019 la den norske Regjeringen (2018) frem den nye "Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv" (IA-avtalen), som har mål om å legge til rette for at enkeltindivider skal kunne jobbe så lenge som mulig, uavhengig av skade og sykdom. Avtalen setter arbeidsplassen i sentrum hvor blant annet forebyggende arbeidsmiljø, tidlig intervensjoner og innsats for kompetanseheving skal legge til rette for inkludering i arbeidslivet. Virkemiddelet "HelseIArbeid" (Helsedirektoratet, 2018) som er en del av IA-avtalen, har fokus på individets ressurser fremfor begrensninger. Dette er en satsning på helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling, samt rask tilgang på klientsentrert, tverrfaglig kartlegging som skal fremme økt arbeidsdeltakelse (Regjeringen, 2018). Målgruppen for "HelseIArbeid" er grupper som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, som personer med muskel- og skjelettlidelser og/ eller psykiske plager. Inkluderende arbeidsliv, reduksjon av sykefravær og uførhet har i de siste årene fått et økt politisk fokus, spesielt i forhold til personer med muskel- og skjelettlidelser (Helsedirektoratet, 2018). For å imøtekomme den politiske satsingen vil fremmende faktorer for å øke arbeidsdeltakelsen og inkluderende arbeidsliv være viktige.

Ergoterapeutene (2017) stadfester at ergoterapeuters kjernekompetanse handler om evnen til å bidra til å løse samfunnets helse- og velferdsutfordringer. Utfordringene utdypes i fem kategorier, deriblant andre ikke-smittsomme sykdommer, livsstilssykdommer og arbeidsdeltakelse, der muskel- og skjelettlidelser er i fokus. Gruppen er en av de største som rammer flest i befolkningen, samt at muskel- og skjelettlidelser er den vanligste grunnen til uførhet og sykefravær både i Norge og internasjonalt (NAV, 2015). Personer rammet av

muskel- og skjelettlidelser står i større fare for å falle utenfor arbeidslivet (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2014).

Et av menneskers grunnleggende behov er å kunne være i aktivitet og arbeid, og det kan ses en sammenheng mellom aktivitet, arbeid og helse (Wilcock, 1999). I følge Kennedy-Jones, Cooper og Fossey (2005) er arbeid en viktig del av menneskets liv, og kan gi en følelse av velvære uavhengig av helsestatus. Videre sier Borg, Runge og Tjørnov (2003) at arbeid kan påvirke menneskets status, identitet og rolle i forhold til familie og samfunnet da arbeid kan gi en følelse av kontroll og kompetanse. Gjennom arbeid imøtekommes behovet for sosial kontakt og struktur i hverdagen. Dersom muligheten til å arbeide faller bort, kan dette påvirke menneskers livssituasjon. Ved langtids sykefravær vises det å være vanskelig å komme tilbake til arbeidslivet (Haugset, 2008; Hernes, Heum og Haavorsen, 2010). Da forskning viser at arbeid blir sett på som en meningsfull aktivitet, kan dermed fravær av dette ha negativ påvirkning på menneskers helse (Yerxa, 1998).

Ifølge Ergoterapeutene (2017, s.11) vil “Ergoterapeuter bidra til faglig omstilling og ressursutløsning ved å bringe metoder for mestring, kompenserende teknikker og velferdsteknologi inn i tjenestene.” På bakgrunn av prevalensen, utfordringene og fokuset fra større organisasjoner tilknyttet muskel- og skjelettlidelsene, er dette et viktig område og ha fokus på for å møte samfunnets krav. Ifølge Wilcock (1999) og Yerxa (1998), sett i sammenheng med ergoterapeuters kjernekompetanse, har ergoterapeuter en betydelig rolle i arbeid med å sette enkeltindivider istand til å imøtekomme utfordringer tilknyttet arbeidsplassen. Samtidig må utforming av arbeidsplassen imøtekomme arbeidstakerens behov. Yerxa (1998), Wilcock (1999) og Ergoterapeutene (2017) fremmer viktigheten av arbeid for enkeltindivider og ergoterapeuters rolle innen dette.

På grunn av det internasjonale og nasjonale satsningsområdet, er temaet for denne studien faktorer som påvirker effekten av arbeidsplassintervensjoner for personer med muskel- og skjelettlidelser, og hvordan ergoterapeutens kompetanse brukes innenfor feltet. Denne studien fokuserer på de mer vedvarende og smertefulle formene av muskel- og skjelettlidelser som blant annet nakke- og ryggsmarter, slitasjegikt og inflammatoriske lidelser, da relevant forskning viser at dette kan ha store konsekvenser for arbeidslivet (Morken og Torp, 2003).

## 1.1 Begrepsavklaring

Arbeidshelse:

Arbeidshelse defineres ut ifra WHO (2014) sin definisjon på helse, der helse ikke bare er fravær av sykdom, men en tilstand av velvære basert på mentale, fysiske og sosiale faktorer. Arbeidshelse vil derfor være å opprettholde tilstanden av velvære for arbeidere uavhengig av yrke, dette ved å hindre avganger på grunn av helse, kontrollere risikofaktorer og tilpasninger av arbeidsplassen for arbeidstaker (International Labour Organization, 1985).

Ergoterapeuters kjernekompetanse:

Ergoterapeuters kjernekompetanse vil blant annet si å legge til rette for aktivitet og deltakelse for den enkelte i samfunnet, sikre inkludering i arbeidslivet, fremme individets ressurser og støtte menneskets mestring og utvikling. Arbeidet gjøres gjennom kunnskapsbasert praksis, altså kartlegging, forskningsbasert og klientsentrert praksis (brukermedvirkning) (World Federation of Occupational Therapists, 2012; Ergoterapeutene, 2017; Helsebiblioteket, u.å.b).

Muskel- og skjelettlidelser:

Muskel- og skjelettlidelser er en slags paraplybetegnelse som omfatter rundt 150 diagnoser som påvirker menneskets lokomotoriske system, som vil si at muskler, bein, ledd, leddbånd og sener kan bli påvirket i ulik grad. Det er flere årsaker til muskel- og skjelettplager, som i hovedsak omhandler livsstil, miljø og gener (Folkehelseinstituttet, 2018). Lidelsene kan være kort- eller langvarige, som kan medfører smerte og funksjonshemming. Muskel- og skjelettlidelser karakteriseres ved varige smerter og begrensninger i mobilitet, funksjonell evne, samt at den reduserer personers evne til å jobbe og delta i sosiale roller. De vanligste typene er: rygg- og nakkesmerter, slitasjegikt og inflammatoriske diagnoser som revmatoid artritt (World Health Organization, 2018). Personer rammet av disse type lidelser vil kunne oppleve redusert livskvalitet, vansker med å fungere tilfredsstillende i arbeidslivet og varierende kapasitet (Morken og Torp, 2003).

Arbeidsplassintervensjoner:

Arbeidsplassintervensjoner defineres som intervensjoner eller tiltak utført på arbeidsplassen, som blant annet tilpasninger av det fysiske arbeidsmiljøet, justeringer av arbeidsdager og arbeidsoppgaver, tilpasning av arbeidsforhold og relasjoner (Kennedy *et al.* 2009; van Vilsteren *et al.* 2015; Van Eerd *et al.* 2015).

## 1.2 Teoretisk rammeverk

I denne studien tas det utgangspunkt i det transformativt verdensbildet da oppgaven bygger på kvalitative og kvantitative studier, hvor brukermedvirkning og deltakelse under intervensjonene er særdeles viktig. Verdensbildet tar derfor utgangspunkt i en marginalisert gruppe av befolkningen (Creswell, 2009). Ut ifra det transformativt verdensbildet er aktivitetsvitenskap valgt som teoretisk rammeverk, da samspillet mellom personers helse og aktiviteter, samt personers evne til å delta i arbeidslivet er i fokus (Whiteford og Hocking, 2012; Pierce, 2014; Kristensen, Schou og Mærsk, 2017). I tillegg ses det sammenheng med ergoterapeuters kjernekompetanse og Antonovskys salutogenese (2005), som fokuserer på hva som fremmer god helse, motsatt av patogenese som fokuserer på sykdom og utvikling (Antonovsky, 2005).

I diskusjonsdelen vil resultatene ses i sammenheng med Person – Environment - Occupation modellen (PEO) som vist ved figur 1 (Law *et al.* 1996), som også er i tråd med det transformativt verdensbildet og aktivitetsvitenskapens fokus. Videre trekkes det frem at ergoterapifaget bygger på denne modellen, da det fokuseres på aktiviteter og faktorene som påvirker helse, samfunnsdeltakelse og livskvalitet. På norsk omtales denne modellen som MAO: Mennesket, Aktivitet og Omgivelser. Videre i denne studien vil MAO derfor bli brukt som begrep. MAO - modellen bygger på relasjonen og samspillet mellom tre faktorer: mennesket, aktivitet og omgivelser, som utgjør en persons aktivitetsutøvelse. Aktivitetsutøvelsen er derfor et resultat av det dynamiske forholdet mellom mennesker, deres roller og aktiviteter, og miljøet de lever, arbeider og leker i (Law *et al.* 1996).



Figur 1: MAO - modellen

Mennesket blir definert som et unikt vesen som inntar forskjellige roller samtidig, rollene er dynamiske og varierer i tid og sammenheng i forhold til viktighet, varighet og betydning. Omgivelser omtales som konteksten aktiviteten utføres i, og kan foregå i ulike dimensjoner

som: fysiske, sosiale, kulturelle, institusjonelle og tidsmessige dimensjoner. Aktivitet omhandler alt en person foretar seg av meningsfulle aktiviteter og oppgaver, gjennom en hverdag og livsløp (Law *et al.* 1996).

### 1.3 Tidligere forskning

Forskning rundt ergoterapi og arbeidshelse ble funnet gjennom et innledende søk i Cinahl, Cochrane library, Embase, Medline og OTseeker. Innledende søk resulterte i aktuelle artikler rundt rehabiliteringer og tiltak på arbeidsplassen tilknyttet mennesker med muskel- og skjelettlidelser. Sjöström *et al.* (2011) omhandler sykmeldte personers erfaringer om å ikke returnere til arbeid. Det kommer frem at de sykmeldte mente de hadde gjenværende arbeidskapasitet, hvis en tilpasset arbeidsoppgavene etter deres kapasitet og funksjonsnivå. Barrierer og muligheter ble også identifisert tilknyttet muligheten til å komme tilbake i arbeid. Denne studien fremmer en tanke om at denne gruppen ofte har arbeidskapasitet til tross for diagnose. Dersom arbeidsplassen tilrettelegges, muliggjøres arbeidsdeltakelse og fremmer at denne gruppen fremdeles kan være en ressurs på arbeidsplassen.

Videre viser tidligere forskning at intervensjoner på arbeidsplassen kan ha positiv effekt eller liten effekt, for personer med muskel- og skjelettplager. Variasjonene kommer frem i blant annet Palmer *et al.* (2011) som undersøker effekten av intervensjoner av arenaer i samfunnet og arbeidsplassen, ment for å redusere sykefravær og tap av arbeid for denne gruppen i befolkningen. Coole *et al.* (2013a) fremstiller et annet perspektiv om at kommunikasjon mellom ergoterapeut, arbeidstaker og arbeidsgiver har stor betydning for arbeidstakerens situasjon, spesielt med tanke på råd og veiledning for tilpasning av arbeidsplass og arbeidsoppgaver.

Tidligere forskning viser til ulike tiltak tilknyttet personer med muskel- og skjelettlidelser, da noen tiltak fungerer mens andre ikke. Det finnes forskning på tiltak som kan føre til en bedre arbeidshverdag for den enkelte, men det mangler fortsatt noe forskning som undersøker hvorfor disse tiltakene fungerer. Da tidligere forskning viser til begrenset evidens/ liten effekt for noen intervensjoner, vil det derfor være hensiktsmessig å identifisere faktorer som kan påvirke effekten av intervensjonene. Francine *et al.* (2016) omhandler arbeidstakeres personlige barrierer og utfordringer tilknyttet arbeidssituasjonen. Studien sier blant annet at arbeidstakerne har vanskeligheter med å se på seg selv som en dyktig arbeidstaker til tross for

sykdom og skade, og at andre arbeidskollegaer ikke tror på deres smerte. Identifisering av barrierer og personlige utfordringer er viktig i arbeidet om ulike intervensjoner til rett tid, for å bedre den enkeltes hverdag.

Ved referansesøk i Palmer *et al.* (2011) ble det funnet flere forskningsartikler fra Norden i tidsperioden 1997- 2006, men ikke av stor betydning for denne studien. Referansesøket viser at det er gjennomført forskning innenfor vårt tema i Norden, men på grunn av eksklusjonskriteriene er det valgt å ekskludere disse.

## **2.0 Problemstilling**

Formålet med denne studien er å identifisere og diskutere faktorer som kan påvirke arbeidsplassintervensjoner og situasjonen for personer med muskel- og skjelettlidelser. Videre er formålet å styrke ergoterapeuters bevisstgjøring av faktorer og deres kompetanse tilknyttet oppgaver for å forebygge at personer med denne type lidelser faller ut av arbeidslivet. For å kunne avdekke faktorer vil også forebyggende tiltak bli presentert i resultatdelen.

Problemstillingen for denne studien er derfor: Faktorer som påvirker effekten av arbeidsplassintervensjoner for personer med muskel- og skjelettlidelser - Hvordan brukes ergoterapeuters kompetanse?

Ut ifra problemstillingen har det kommet frem to forskningsspørsmål:

- Hvilke tiltak kan være med på å forebygge at personer med muskel- og skjelettlidelser faller ut av arbeidslivet?
- Hvilke faktorer påvirker effekten av ulike tiltak?

## **3.0 Metode**

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

For å besvare problemstillingen ble det benyttet systematisk litteraturstudie som metode, som betyr en grundig studie av artikler og avhandlinger av høy kvalitet innenfor et tema (Malterud, 2017). Kriterier som må følges i en slik studie er:

- Oppgitt søkestrategi
- Inklusjons- og eksklusjonskriterier
- Oversikt over brukte søkeord, databaser og antall treff
- Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

- Metode for analyse og bearbeiding av data (Forsberg og Wengström, 2015).

### **3.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode**

En systematisk litteraturstudie kan benytte både kvalitative og kvantitative studier. I følge Aveyard (2014) er kvalitativ metode innhenting av data hvor informasjonen hentes fra informanter da hensikten er å gå i dybden på et tema. Kvantitativ metode vil derfor være innhenting av data hvor informasjonen hentes fra et representativt utvalg, der hensikten er å gå i bredden av et tema (Aveyard, 2014). I denne studien ble det benyttet kvantitative og kvalitative studier, for å få bredde og dybde i forhold til tiltak som kan være forebyggende og faktorer som kan påvirke disse tiltakene.

### **3.1.2 Primær- og sekundærdata**

Jacobsen (2015) anbefaler å benytte både primær- og sekundærdata i litteraturstudier. Primærdata vil si at forfatteren har innsamlet data direkte fra informanter, mens sekundærdata vil si å benytte data innsamlet av andre (Jacobsen, 2015). Denne studien inkluderte både primær- og sekundærdata for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene.

## **3.2 Søkeprosess**

Innledende søk og strukturert søk ble foretatt i Cinahl, Embase, Medline og OTseeker, hvor formålet var å finne forskning tilknyttet ergoterapi og arbeidshelse. Søkeprosessen ble avgrenset fra 11.02.19 til 22.03.19, på grunn av en begrenset tidsperiode til gjennomføring av studien. Stortingsmelding, internasjonale organisasjoner og andre faglige artikler ble også brukt. Videre følger en kort presentasjon av databasene, samt stegene i søkeprosessen.

### **3.2.1 Databaser**

*Chinal:* Inneholder tidsskriftsartikler, avhandlinger, konferanserapporter, bøker og bokkapitler relevant for sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og ernæring (Forsberg og Wengström, 2015).

*Embase:* Inneholder vitenskapelige tidsskriftsartikler innenfor medisin, folkehelse og farmakologi (Forsberg og Wengström, 2015).

*Medline:* Innhold av hovedsakelig vitenskapelige tidsskrifter innenfor medisin, sykepleie og ontologi (Forsberg og Wengström, 2015).

*OTseeker:* Inneholder kvalitetsvurderte studier og systematiske oversikter innen behandling og forebygging relevant for ergoterapi (Helsebiblioteket, u.å.a).



Under søkeprosessen, ble det oppdaget utfordringer tilknyttet tilgang på fulltekst på databasene OTseeker og Embase. De aktuelle artiklene ble dermed funnet i fulltekst i Oria.

### 3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Da det innledende søket gav et vidt spekter av studier innen temaet, ble det utarbeidet et PICO - skjema for å innsnevre tema og søkeord (Helsebiblioteket, 2016a) (vedlegg 1). Det er valgt å utelukke kolonnen “alternativer”, da denne studien ikke har som hensikt å sammenlikne tiltak. Etter utarbeidingen med PICO- skjemaet er det kommet frem til disse inklusjons- og eksklusjonskriteriene:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagfellevurderte artikler/studier.</li> <li>- Personer i yrkesaktiv alder.</li> <li>- Artikler fra Europa, Australia, USA og Canada.</li> <li>- Artikler fra 2009 og nyere.</li> <li>- Kvantitativ forskning og litteraturstudier som inkluderer kvalitative data.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artikler/studier fra ikke- sammenlignbare land.</li> <li>- Fremmedspråklige artikler (foruten norsk, engelsk, svensk og dansk).</li> <li>- Artikler som omhandler rehabilitering utenfor arbeidsplassen.</li> <li>- Tiltak som omhandler psykisk helse.</li> <li>- Artikler som innehar et økonomisk perspektiv på intervensjoner.</li> </ul>

En forutsetning for å kunne gjennomføre en systematisk litteraturstudie er at det finnes nok data av høy kvalitet innenfor temaet. Et innledende søk viste flere studier om rehabilitering for personer med muskel- og skjelettlidelser og effekten av dette. Da denne studien er ute etter faktorer som kan påvirke tiltak på arbeidsplassen og brukerens arbeidssituasjon, førte det til et avgrenset søk rundt temaet.

### 3.2.3 Søkeord og gjennomgang

Videre følger en presentasjon av søkeordene som resulterte i aktuelle artikler:

*Occupational therapy, musculoskeletal disorder (disease), workplace, musculoskeletal, intervention, factors influencing, workplace interventions, rehabilitation og factors.*

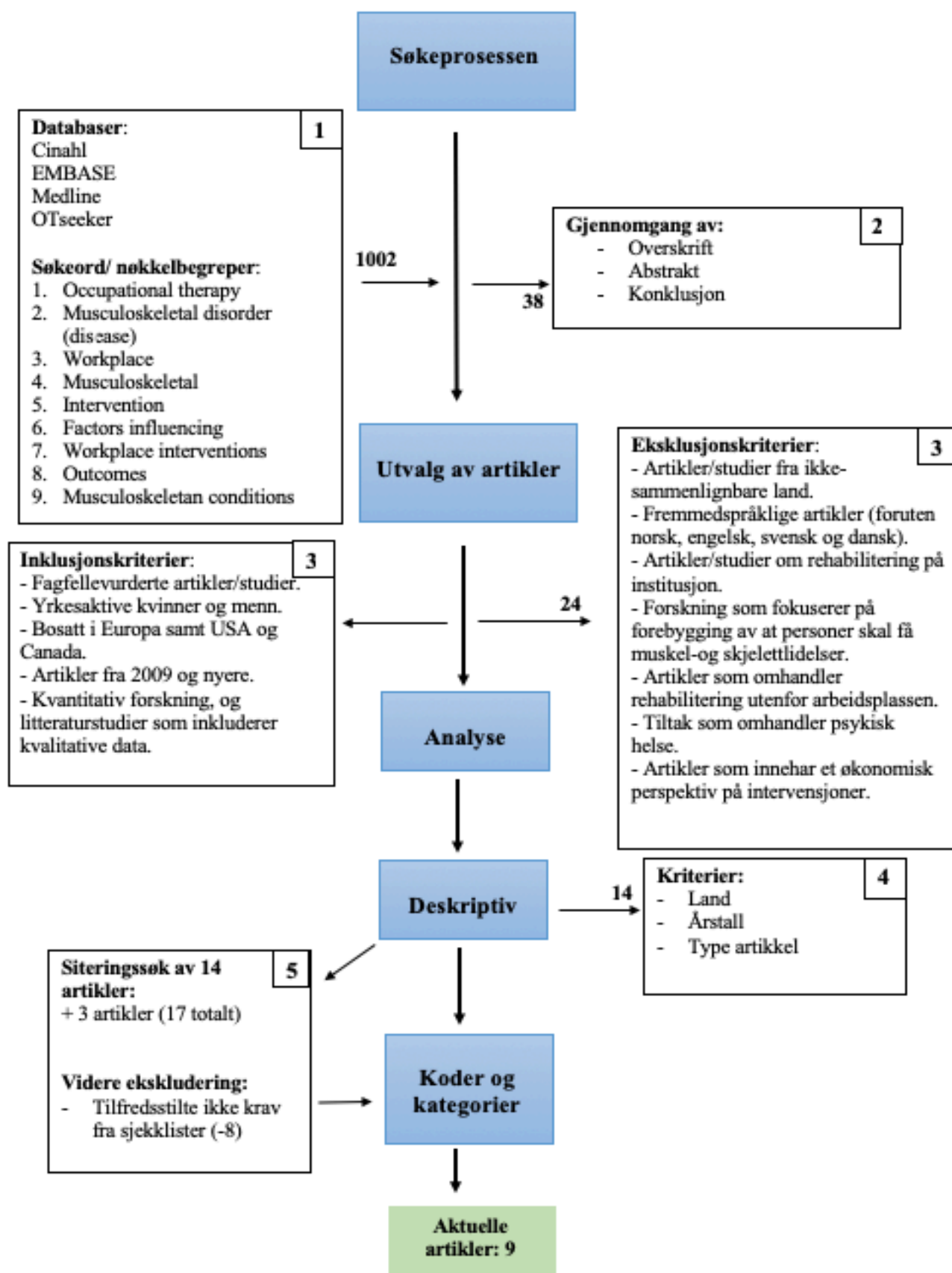
Søkehistorikken (vedlegg 2) viser oversikt over søkeord, databaser, antall treff og dato for søkene. Søkeprosessen resulterte i 24 aktuelle artikler ved bruk av disse søkeordene. I tillegg

har det tilkommet fagstoff fra eksperter på området innen arbeidshelse og ergoterapi, samt veiledning av bibliotekar om søkeord og databaser.

Søkeprosessen og valg av artikler er fremstilt gjennom et FLYT- skjema (figur 2) (Aveyard, 2014), inspirert av Nastasia, Coutu og Tcaciuc (2014), der søk i databaser og søkeordene resulterte i 1002 artikler (figur 2). Videre er antall artikler redusert til 38 ved gjennomgang av titler, abstrakt og konklusjon, før antall artikler ble redusert til 24 gjennom inklusjons- og eksklusjonskriterier. Etter funn av aktuelle artikler ble abstrakt, metode, resultat og konklusjon lest, for å kvalitetssikre relevans. Utvelgelsen resulterte i 14 artikler som omhandlet både kvalitative og kvantitative studier. Videre ble siterings- og referansesøk foretatt, som resulterte i 3 artikler. Artiklene ble valgt etter nyeste utgivelsesår og høyest relevans.

Oria er brukt for å undersøke om tidsskriftsartiklene er fagfellevurdert. Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (2019a) er brukt for å undersøke hvilket fagfellenivå tidsskriftene har. Nivå 1 tilsier vitenskapelig publiseringskanal, nivå 2 tilsier vitenskapelig publiseringskanal av særlig høy prestisje (NSD, 2019b).

Figur 2: Søkeprosessen presentert gjennom et FLYT-skjema.



### **3.3 Kildekritikk og analysering av data**

For å kritisk vurdere de aktuelle artiklene blir sjekklister fra Helsebiblioteket (2016b) og Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (2013) benyttet, for å evaluere formålet, utvalget av grupper og validiteten av resultatene. CASP (2013) er en engelsk nettside med sjekklister for analyse av ulike metoder. Disse sjekklister ble brukt for å forhindre mistolkninger av fagbegreper som kan forekomme under oversettelser. Etter bruk av sjekklister ble antall artikler redusert til 9. Videre ble artiklene analysert etter kriteriene for innholdsanalyse, som vil si å kategorisere resultatene etter relevante kodeord (Aveyard, 2014; Forsberg og Wengström, 2015; Dalland, 2017). Stegene i analyseprosessen er:

- Oppsummere hver enkelt artikkel
- Identifisere kodeord
- Systematisere kodeordene til kategorier
- Diskutere styrker og svakheter ved studiene
- Kategorisere og sammenligne temaer

### **3.4 Forskningsetikk**

Utvalget av forskningsartiklene ble vurdert i henhold til samfunnets normer og verdier. Studien ble vurdert kontinuerlig, fra planlegging og valg av problemstilling til valg av metode. I tillegg ble resultatene vurdert etter hvordan de kan anvendes i praksis, og hvilke mulige utfall som kan forekomme. For unngåelse av plagiering og feilsitering fulgte refereringen retningslinjene til Harvard (Dalland, 2017).

Publiseringsskjevhet vil si å kun inkludere studier som understøtter egen hypotese, og ekskludere studier som viser det motsatte, dette vil kunne føre til en misvisende fremstilling av hva dagens forskning viser. For unngåelse av publiseringsskjevhet i oppgaven ble det inkludert forskning som fremstiller positive gevinster, samt forskning som viser ingen eller liten gevinst. Ved tolkning av resultat vil disse faktorene trekkes frem (Forsberg og Wengström, 2015).

### **3.5 Metodekritikk**

Ved temaet arbeidshelse ble det vurdert kvalitativ metode for å få innblikk i ergoterapeuters praksis og arbeidsplassintervensjoner. På grunn av liten tilgang på informanter innenfor feltet, begrenset tidsperiode og konkretisering av problemstilling ble det besluttet å gjennomføre

litteraturstudie. Som nevnt er det benyttet både primær- og sekundærdata. Sekundærdata ble inkludert ved bruk av litteraturstudier for å få et bredere perspektiv av ulike intervensjoner, og variasjon av målt effekt. Primærdata ble benyttet for å få dybde i arbeidstakerens utfordringer og barrierer.

Ved analysing av artiklene er det brukt en deduktiv tilnærming, som vil si å starte med en hypotese eller teori, for deretter å finne forskning som enten underbygger eller avkrefter hypotesen. Denne tilnærmingen er det motsatte av induktiv tilnærming, da teori og hypotese dannes ut i fra hva forskningen sier (Kvale og Brinkmann, 2017).

Det er inkludert 2 studier som beskriver barrierer for arbeidstaker som står i arbeid til tross for sykdom, i tillegg beskriver 7 av de inkluderte artiklene intervensjoner. Videre beskriver 5 av 9 studier faktorer som påvirker. For å få bredde og dybde i denne studien ble det valgt å inkludere artiklene om barrierer da dette kan påvirke effekten av intervensjoner. Videre ble det sett hensiktsmessig å inkludere studier som fremstilte intervensjoner og variasjonen av effekten, da denne oppgaven har som fokus å identifisere påvirkningsfaktorer som utgjør variasjonene av effekt.

De Vries *et al.* (2011) (artikkelnr. 9) presenterer 83 faktorer som assosieres både positivt og negativt med arbeidssituasjonen. Videre beskriver artikkelen et begrenset utvalg av disse i resultatdelen. I denne studien er det derfor tatt utgangspunkt i faktorene beskrevet i artikkel 9 og deres resultat, derfor er ikke alle 83 faktorene presentert i tabell 2. Da flere like faktorer og intervensjoner går igjen i flere av de inkluderte artiklene, er disse kun nevnt én gang i tabell 1 og 2.

## **4.0 Resultat**

Gjennom søk i databasene Cinahl, Embase, Medline og OTseeker, ble 1002 artikler identifisert. Etter inklusjons- og eksklusjonskriterier og bruk av sjekklister ble 9 av 1002 artikler inkludert i denne studien, derav 8 kvantitative studier (7 litteraturstudier og 1 spørreundersøkelse) og 1 kvalitativ studie med bruk av semistrukturert intervju. Videre vil en kort oppsummering av hver artikkel presenteres med hovedfokus på hensikt og resultat. For flere detaljer se artikkelmatriser, vedlegg 3-11. Det er valgt å dele inn resultatene fra artiklene inn i tre deler som vist i tabell 1-3, da noen artikler inneholder intervensjoner og få faktorer

mens andre artikler identifiserer kun faktorer. Videre er samlet resultat i denne studien delt inn etter hovedkategoriene fremkommet av kodeordene. Intervensjoner: *kommunikasjon og relasjoner, fysisk og mental trening, ergonomi og tilpasning og arbeidsforhold og struktur*. Faktorer: *økonomi, kommunikasjon, personlige faktorer, arbeidsmiljø, helsepersonell, arbeidsgiver og ledelse og struktur av intervensjonen*. Da det ikke er definert i alle artikler hvilke faggrupper som er involvert i implementeringen av intervensjoner, ses det likevel likhetstrekk med ergoterapeuters arbeid, derfor omtales involverte fagarbeidere som helsepersonell.

De inkluderte studiene presenterer effekten av intervensjoner gjennom lav, moderat og høy evidens. Med lav evidens menes at det er lite bevis eller vanskelig å dokumentere, for å kunne konkludere effekt av intervensjoner. Ved moderat evidens menes noe begrenset kvalitet og tilgang på dokumentasjon, og ved høy evidens menes sterke bevis/god dokumentasjon, for å konkludere effekten av intervensjoner. Det er valgt å inkludere grad av effekt (tabell 3), for å tydeliggjøre variasjonen, da effekten er påvirket av ulike faktorer. Artikkene beskriver ikke direkte hva effekten vil si, i noen av artiklene er positiv effekt ansett som reduisering av sykefraværperiode, bedring av funksjonsstatus og reduisering av smerter. Alle artiklene viser til at ingen intervensjoner hadde negativ effekt, som kan tolkes som at arbeidstaker ikke opplevde noen form for endring av situasjonen i negativ retning.

**Artikkel nummer 1:** *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*, Kennedy et al. (2009).

**Hensikt:** Undersøke om arbeidshelse og sikkerhetsintervensjoner har en effekt for muskel- og skjelettsymptomer i øvre ekstremiteter, tegn, lidelser, skader og tapt tid.

**Resultat:** Litteraturstudien inkluderte 36 studier fra henholdsvis USA og Europa. Et blandet bevis ble funnet for arbeidshelse og sikkerhetsintervensjoner, blant annet moderat evidens for positive effekter for armstøtte, begrenset evidens for ergonomisk trening og arbeidsplassstilpasninger som tilpasset stol og pauser. Ingen effekt ble funnet med stor evidens for arbeidsplassstilpasninger alene, moderat evidens for biofeedback trening og jobbrelatert stresshåndtering. Begrenset effekt for kognitiv atferdstrening. Ingen intervensjoner hadde negativ effekt, men det er vanskelig å gi sterke evidensbaserte tiltak eller anbefalinger om hva terapeuter kan gjøre for å forebygge denne type lidelser. Det vises å være større effekt ved flere intervensjoner sammen enn én intervensjon isolert.

**Artikkel nummer 2:** *Communicating with employers: experiences of occupational therapist treating people with musculoskeletal conditions*, Coole et al. (2013b).

**Hensikt:** Denne artikkelen inneholder ergoterapeuters erfaringer med å kommunisere med brukerens arbeidsgiver.

**Resultat:** Studien ble gjennomført med en spørreundersøkelse, som resulterte i 649 kommentarer fra 143 ergoterapeuter i England. Det blir trukket frem at kommunikasjonen mellom disse to partene blir påvirket av flere faktorer, inkludert de som er utenfor terapeutens kontroll. Faktorene deles inn i kategorier: pasientavhengige faktorer, arbeidsgiveravhengige faktorer, terapeutavhengige faktorer, utvendige faktorer og metoder for kommunikasjon.

**Artikkel nummer 3:** *Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave (review)*, van Vilsteren et al. (2015).

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å avgjøre effekten av arbeidsplassintervensjoner ment for å forebygge utfordringer tilknyttet evnen til arbeid, blant sykmeldte personer, sammenlignet med vanlig behandling eller kliniske intervensjoner.

**Resultat:** Studien ble gjennomført med litteraturstudie som metode i Nederland, inkluderte 14 randomiserte kontrollerte studier der meta-analyse ble foretatt. Studiene involverte ca. 1900 arbeidstakere. Artikkelen fant høykvalitetsevidens for at effekten av arbeidsplassintervensjoner førte til reduksjon av varigheten på sykefraværet. Samt moderat kvalitetsevidens for arbeidsplassintervensjoner reduserte tiden for veien tilbake til arbeid, bedret funksjonell status og smerte, mer enn vanlig behandling

**Artikkel nummer 4:** *Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs): a systematic, comprehensive literature review*, Nastasia, Coutu og Tcaciuc (2014).

**Hensikt:** Hensikten med studien er å få en oversikt over suksessfulle ikke- kliniske intervensjoner for utfordringer tilknyttet arbeid, for personer med muskel- og skjelettlidelser i et langtidsperspektiv.

**Resultat:** Litteraturstudien inkluderte 212 studier på engelsk og fransk. Studien viser at det gjenstår mye forskning for å utvikle tiltak som kan forhindre uførhet. For at tiltak skal ha en positiv effekt viser forskning at god kartlegging, brukermedvirkning og kommunikasjon mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og terapeut er viktig.

**Artikkel nummer 5:** *Effectiveness of workplace interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal disorders and symptoms: an update of the evidence*, Van Eerd et al. (2015).

**Hensikt:** Hensikten var å oppdatere forskningen rundt arbeidsplassintervensjoner for å forhindre og beherske muskel- og skjelettlidelser med symptomer i øvre ekstremiteter.

**Resultat:** Litteraturstudien inkluderte 61 studier fra ulike land. Intervensjonene ble delt inn i 30 kategorier. Det ble funnet sterke bevis for at arbeidsplassbasert motstandstreningprogram kan begrense symptomene og moderate bevis for 3 intervensjoner: tøyningsøvelser (program), vibrasjonstilbakemeldinger ved bruk av statisk datamus og underarmsstøtte. Moderat til lite bevis for 3 intervensjoner: Stressmestringsprogram, arbeidsplassjusteringer alene og biofeedback trening, og ingen bevis for resterende intervensjoner.

**Artikkel nummer 6:** *A Systematic review on workplace interventions to manage chronic musculoskeletal conditions*, Skamagki et al. (2018).

**Hensikt:** Denne artikkelen er en litteraturstudie med hensikt i å undersøke om det er effektive arbeidsplassintervensjoner for å takle kroniske muskel- og skjelettplager.

**Resultat:** Litteraturstudien inkluderte 12 artikler fra i hovedsak Danmark, Finland, Nederland og USA. Studien analyserte flere intervensjoner og fant ut av at ingen intervensjoner var spesielt bedre enn noen andre av de inkluderte. Studien trekker frem at implementering av to eller flere intervensjoner er en viktig tilnærming innenfor arbeidshelse, for å ta hensyn til arbeidskapasiteten. Denne tilnærmingen vil både arbeidsgiver og arbeidstaker ha nytte av.

**Artikkel nummer 7:** *Factors influencing workplace health promotion intervention: a qualitative systematic review*, Rojatz, Merchant og Nitsch (2016).

**Hensikt:** Litteraturstudie som har til hensikt å identifisere faktorer som påvirker faser av helsefremmende arbeidsplassintervensjoner.

**Resultat:** Det ble inkludert og analysert 54 artikler, i hovedsak fra Europa, Nord - Amerika, Asia og Australia. Her kommer det frem faktorer som kan virke påvirkende for intervensjoner. En ser på faktorer i ulike faser under implementeringen; planleggingsfasen, implementeringsfasen og evalueringsfasen. Det trekkes frem at kun fokus på selve intervensjonen kan være hemmende, derfor må terapeuten også fokusere på de utvendige faktorene som omgir en intervensjon.



**Artikkel nummer 8:** *What concerns workers with low back pain? Findings of a qualitative study of patients referred for rehabilitation*, Coole et al. (2010).

**Hensikt:** Å undersøke pasientenes opplevelser og oppfatninger rundt bekymringene for deres evne til å jobbe på grunn av vedvarende eller tilbakevendende smerter i korsryggen.

**Resultat:** Studien ble gjennomført med semistrukturert intervju som metode, som inkluderte 25 deltakere i England. Datainnsamlingen resulterte i 5 hovedtemaer: “Rettferdiggjøre ryggproblemer på arbeidsplassen”, “Bekymret for evnene til å kunne fremdeles stå i arbeid i fremtiden”, “Vanskeligheter med å håndtere tilbakefall”, “Motvilje til bruk av medisiner” og “Bekymringer rundt sykefravær”.

**Artikkel nummer 9:** *Factors promoting staying at work on people with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a systematic review*, de Vries et al (2011).

**Hensikt:** Å identifisere faktorer for at personer med kroniske, uspesifiserte muskel- og skjelettsmerter fremdeles kan stå i arbeid.

**Resultat:** Litteraturstudien inkluderte 7 studier fra USA og Europa. Resultatene viser ulike faktorer som er med på å påvirke arbeidstakerens arbeidssituasjon: Helsestatus (mentalt, sosialt, fysisk, egen oppfatning av helse), kroppsfunksjon og struktur (smerter), aktivitet og deltagelse (pauser, hvile), personlige faktorer (holdninger, tenkemåte), personlige arbeidsrelaterte faktorer (oppfattelse av krav o.l.) og miljø- og arbeidsmessige faktorer (antall timer, tilpasninger).

Gjennom innholdsanalysen (Forsberg og Wengström, 2015) ble 49 kodeord for faktorer og 30 kodeord for intervensjoner identifisert. Deretter ble kodeordene kategorisert, som resulterte i 8 hovedkategorier for faktorer og 4 hovedkategorier for intervensjoner. Resultatet er delt inn i 3 temaer: intervensjoner, faktorer og effekt. Tabell 1-2 viser strukturering av kodeord og kategorier. Tabell 3 viser hvilke artikler som presenterer variasjoner av effekt og evidens intervensjonene resulterer i.

Tabell 1, venstre kolonne fremstiller totalt antall intervensjoner presentert i artiklene. Høyre kolonne fremstiller samsvarende kodeord, som utgjør hovedkategoriene: *kommunikasjon og relasjoner, fysisk og mental trening, ergonomi og tilpasning, og arbeidsforhold og struktur*.

Tabell 2, venstre kolonne, fremstiller totalt antall faktorer presentert i artiklene. Kodeord av samme betydning ble slått sammen, som blant annet “mulighet for justering av arbeidstider” og “færre arbeidstimer”. Høyre kolonne fremstiller samsvarende kodeord, som utgjør

hovedkategoriene: *økonomi, kommunikasjon, personlige faktorer, arbeidsmiljø, helsepersonell, arbeidsgiver og ledelse, påvirkningsfaktorer for evidens, og struktur av intervensjoner*. Tabell 3 fremstiller artikler som viser effekt av intervensjoner. Venstre kolonne i tabellen viser hovedkategoriene fra tabell 2. Tallene i tabellen representerer artikkelnumrene brukt i artikkelmatrisene (vedlegg 3-11). Det fremkommer variasjon av effekt i tabellen, blant annet at artikkel 1 viser til liten effekt av kommunikasjon og relasjon, mens artikkel 4 viser til moderat effekt av den samme hovedkategorien for intervensjonen. Variasjonen av effekt, og sammenhengen mellom faktorer og intervensjoner drøftes i diskusjonsdelen.

### Tabell 1 - Intervensjoner

Tabellen viser alle intervensjonene identifisert i artiklene.

Alle kodeord for intervensjoner	Hovedkategorier
Kommunikasjon mellom ergoterapeut og arbeidsgivere	Kommunikasjon og relasjoner
Aktiv involvering av nøkkelpersoner	
Endringer i relasjoner	
Motstands- og stabiliseringstrening	Fysisk og mental trening
Motstandstrening med vekter	
Biofeedback trening	
Styrketrening med ulike tidsperioder for treningen	
Styrketrening på arbeidsplassen	
Styrketrening med kettlebell	
Generell styrketrening	
Tøyeøvelser	
Aerobic trening	
Nevromuskulær trening	
Time hos fysioterapeut	
Kognitiv trening	
Stressmestringstrening	
Anbefalinger om ergonomi	Ergonomi og tilpasning
Arbeidsplassvurdering - ergonomi	
Tilpasning av stol	

Tilpasning av datamus	
Tilpasning av bord	
Tilpasning av tastatur	
Tilpasning av redskaper	
Selvledet program (e-lærings moduler, manualer og brosjyrer)	
Endringer i arbeidsoppgaver/design.	Arbeidsforhold og struktur
Endringer i arbeidsforhold	
Endringer i arbeidsmiljø	
Endringer av arbeidstider	
Anbefalinger om pauser	

## Tabell 2 - Faktorer

Tabellen viser alle faktorene identifisert i artiklene.

Alle faktorer	Hovedkategorier
Økonomi og ressurser	Økonomi
Økonomi - mulighet til å delta i forundersøkelse som skal skape retningslinjer for intervensjonen	
Kommunikasjon	Kommunikasjon
Oppfattelse av viktigheten med kommunikasjon	
Arbeidstakers villighet til å involvere arbeidsgiver	
Arbeidsgivers tidsskjema - kommunikasjon	
Samtykke til kommunikasjon fra arbeidstaker	
Alder	Personlige faktorer
Stress	
Angst	
Depresjon	
Sivilstatus	
Skyld	
Frykt for å bli omplassert	
Forventninger til arbeidet i fremtiden	
Frykt for tilbakefall	
Om de lot andre få vite om smertene sine eller ikke	

Grad av smerte	
Grad av kontroll	
Medisinbruk	
Fysisk, mental og sosial helse	
Smerteterskel	
Deltakerens motivasjon, kjennetegn og forpliktelse	
Deltakernes helseproblemer / privatliv	
Sosial støtte på arbeidsplass	Arbeidsmiljø
Mulighet for arbeidsplassjusteringer	
Arbeidsforhold	
Fysiske jobbkrav	
Mulighet for tilpasning av arbeidsoppgaver	
Mulighet for justering av arbeidstider	
Mulighet for pauser	
Toleranse blant kollegaer	Helsepersonell
Ergoterapeuters kompetanse og kunnskap	
Ergoterapeutens arbeidsholdning	
Informasjon gitt til arbeidstaker om deres helse	Arbeidsgiver og ledelse
Arbeidsgivers og arbeidstakers anerkjennelse av deres rolle	
Holdninger til arbeidsgiver	
Arbeidsgivers kunnskap og forståelse for tilstanden/ prosessen	
Oppfattet nytteverdi	
Tidligere erfaringer med intervensjoner	
Støtte fra arbeidsgiver/ ledelse	
Programmer utformet av ledere istedenfor helsepersonell	Struktur av intervensjonen
Timing av intervensjonen	
Brukervennlighet av intervensjonen	
Om intervensjonen er tilpasset arbeidsplassen	

### Tabell 3 - Fremstilling av effekt

Tabellen viser artiklenes dokumenterte effekt av de ulike tiltakskategoriene fra ingen til høy effekt.

Effekt → Tiltakskategorier ↓	Ingen	Liten	Moderat	Høy
Kommunikasjon og relasjoner		1	4	
Fysisk og mental trening		1	4,5,6	
Ergonomi og tilpasning		5, 6	1,3	
Arbeidsforhold og struktur			1,3,5	
Flere tiltak			6	

Under presenteres hovedfunnene i alle artikler, hvor intervensjoner, faktorer og utfordringer er identifisert.

## 4.1 Intervensjoner

Under er resultatene av ulike intervensjoner presentert under kategoriene fra tabell 1. Flere intervensjoner er identifisert i de ulike artiklene, hvor evidens og effekt varierer innenfor en type intervensjon.

### 4.1.1 Kommunikasjon og relasjoner

Coole *et al.* (2013b) og van Vilsteren *et al.* (2015) viser at god kommunikasjon med arbeidsgiver og andre nøkkelpersoner er viktig i implementering av intervensjoner. Kommunikasjon kan redusere sykefraværperioden til den enkelte arbeidstaker (van Vilsteren *et al.* 2015). Kennedy *et al.* (2009) og Skamagki *et al.* (2018) viser at sammensatte intervensjoner har større effekt enn enkelttiltak isolert. For høyest mulig nytteverdi og effekt er tidlig kartlegging essensielt (Nastasia, Coutu og Tcaciuc, 2014). I forhold til relasjoner kommer det frem at støtte fra arbeidsgiver og kollegaer fremmer arbeidstakerens mulighet til å stå i arbeid med sykdom (de Vries *et al.* 2011).

### **4.1.2 Fysisk og mental trening**

Studier viser at styrketrening eller fysisk aktivitet tilknyttet arbeidsplassen har lite effekt (Kennedy *et al.* 2009), samtidig kan intervensjonen ha moderat effekt i form av bedring av smerte og symptomer (Skamagki *et al.* 2018). Studier med intervensjoner som biofeedback trening og stressmestring, har et gjennomgående samsvarende resultat. Biofeedback trening vil si å trene opp egen atferd og helse ved å bruke signaler fra egen kropp (Kennedy *et al.* 2009). Både Kennedy *et al.* (2009) og Van Eerd *et al.* (2015) viser til liten effekt av dette. Moderat evidens for ingen effekt av stressmestring (Kennedy *et al.* 2009; Van Eerd *et al.* 2015).

### **4.1.3 Ergonomi og tilpasning**

Fysiske tilpasninger på arbeidsplass er en av intervensjonene som går igjen i flere studier. Med tilpasning på arbeidsplassen menes blant annet tilpasning av utstyr, lys og støy. Studiene viser varierende grad av effekt, fra ingen effekt (Kennedy *et al.* 2009; Van Eerd *et al.* 2015) til positiv effekt (van Vilsteren *et al.* 2015). Kennedy *et al.* (2009) viser til varierende grad av effekt i sin studie, da noen av de inkluderte studiene har sterke bevis for at arbeidsplassstilpasninger alene ikke har noe effekt. Andre studier har moderate til lave bevis for at tilpasninger kan ha en positiv effekt på smerter i øvre ekstremiteter.

### **4.1.4 Arbeidsforhold og struktur**

Arbeidsdesign som vil si endringer i arbeidsoppgaver, oppgaveorientert trening, innarbeiding av pauser og plan for gjennomføring av arbeidsoppgaver, har varierende bevis for god effekt. van Vilsteren *et al.* (2015) viser moderat evidens for positiv effekt for at denne type intervensjon førte til en kortere sykefraværsperiode og bedre funksjonsstatus. Kennedy *et al.* (2009) viser lav evidens for at 5 minutters pause per time, eller 30 sekunders pause per 20. minutt har positiv effekt.

## **4.2 Faktorer**

Under er de identifiserte faktorene presentert under kategoriene fra tabell 2. Gjennom analyseringen av artiklene ble det identifisert ulike faktorer som påvirker effekt av intervensjoner, på ulike nivåer som individnivå og organisatorisk nivå. Med individnivå menes personlige faktorer, organisatorisk nivå vil si miljøfaktorer og strukturen tilknyttet arbeidsplassen. Det er valgt å slå sammen *økonomi* og *arbeidsgiver og ledelse* da det anses at dette henger sammen.

#### **4.2.1 Økonomi og ledelse**

Arbeidsplassens økonomiske status er en sentral faktor, dette må ses i sammenheng med hvilket land intervensjonen gjennomføres i og hvem som dekker utgiftene. Videre er begrenset støtte fra ledelsen og ledelsens oppfattelse av nytteverdi identifiserte faktorer (Coole *et al.* 2013b). Fravær eller nærvær av nøkkelpersoner og ledelse ble også nevnt, samt ledelsens tidligere erfaringer med lignende intervensjoner. Disse faktorene er med på å avgjøre implementeringen av ulike intervensjoner og effekt (Rojatz, Merchant og Nitsch, 2016).

#### **4.2.2 Kommunikasjon**

Kommunikasjon og relasjoner er en gruppe faktorer som omhandler alle involverte parter i løpet av en aktuell tidsperiode, for at arbeidstakeren skal kunne stå i arbeid. Den aktuelle tidsperioden kan være ut tiden hvor personen er yrkesaktiv. Identifiserte faktorer er god kommunikasjon mellom arbeidstakere, og mellom arbeidstaker og arbeidsgiver (de Vries *et al.* 2011; Nastasia, Coutu og Tcaciuc, 2014). Coole *et al.* (2013b) identifiserer faktorer som påvirker kommunikasjon mellom ergoterapeut og arbeidsgiver, som arbeidsgivers oppfattelse av intervensjonsprosessen og arbeidstakers holdning til kommunikasjonen mellom ergoterapeut og arbeidsgiver.

#### **4.2.3 Personlige faktorer**

Personlige faktorer som påvirker arbeidssituasjonen og effekten av intervensjoner er holdninger til egen situasjon, motivasjon for endring og deltakelse i jobbsituasjon, bekymring for fremtiden og tilbakefall av symptomer (de Vries *et al.* 2011; Nastasia, Coutu og Tcaciuc, 2014; Rojatz, Merchant og Nitch, 2016). Videre identifiserer de Vries *et al.* (2011) faktorer som alder, kjønn og privatliv kan påvirke arbeidssituasjon og effekt av intervensjoner. Eksempel kan være at liten støtte og forståelse fra familie kan ha negativ påvirkning på motivasjon og selvfølelse i vanskelige arbeidssituasjoner med sykdom.

#### **4.2.4 Arbeidsmiljø**

Ved arbeidsmiljø menes både det fysiske og psykososiale miljøet som forekommer på arbeidsplassen. Rojatz, Merchant og Nitsch (2016) trekker frem fysisk arbeidsmiljø som en mulig påvirkende faktor, som størrelsen på miljøet eller arbeidsplassen, organisasjons- og bygningsstruktur og allerede eksisterende konflikter. Nastasia, Coutu og Tcaciuc (2014) identifiserer faktorer som kan påvirke trivselen på arbeidsplassen, det psykososiale miljøet.

Eksempler kan være støtte fra kollegaer og arbeidsgiver, og grad av utfordringer tilknyttet arbeidsoppgavene.

#### **4.2.5 Helsepersonell**

Rojatz, Merchant og Nitsch (2016) identifiserer at helsepersonell, spesielt terapeuten kan påvirke intervensjoner. Terapeutens personlighet, holdning til arbeid, kunnskap og kompetanse er oppgitt som sentrale faktorer. Videre er kvaliteten på intervensjonen nevnt, dette omhandler om terapeuten imøtekommer krav til å overholde avtaler og tilstedeværelse, eller om terapeuten glemmer nødvendig materiale.

#### **4.2.6 Struktur av intervensjonen**

Faktorer som kan påvirke intervensjonene er utformingen og gjennomføringen av dette. En faktor som trekkes frem er om intervensjonen eller et forløp er utformet av faglig helsepersonell eller ledelsen på arbeidsplassen. Hyppighet og intensiteten av en intervensjon er essensiell for effekten (Skamagki *et al.* 2018). Forståelse av intervensjonsprosessen sammen med tilnærmingen, tidspunkt og konteksten av en intervensjon, er med på å avgjøre effekten (Nastasia, Coutu og Tcaciuc, 2014). Videre kan faktorer som høytider og ferier påvirke evaluering av en intervensjon, da deltakere kan unnlate å møte opp for evaluering på bakgrunn av dette (Rojatz, Merchant og Nitsch, 2016).

### **4.3 Arbeidstakers barrierer**

Coole *et al.* (2010) identifiserer arbeidstakers barrierer for å kunne stå i arbeid. 5 temaer ble identifisert: *Rettferdiggjøring av ryggsmertes, Bekymringer om fremtidig arbeidskapasitet, Håndteringsvansker rundt tilbakefall og uforutsigbare smerter, Motstand mot medisinbruk og Bekymringer rundt sykefravær.* Majoriteten av informantene holdt symptomer skjult for arbeidskollegaer og arbeidsgiver, da de ikke ville være til bry og bli sett på som upålitelig. Ved synliggjøring av symptomer og smerter, opplevde informantene et sterkt behov for å rettferdiggjøre sin tilstand, dette vises i sitatet:

Ja fordi personer tror at du later som at du er syk, fordi det er ikke en synlig ting, så mange bruker det som en unnskyldning, fordi det er en enkel unnskyldning, at når en person sier at de har et problem med ryggen, er det 'ja,ja, ja'. Jeg husker min samtale om smertene og situasjonen - du kan se vantro i lederens øyne, og jeg tenker okei så.... (mann 37 år) (Coole *et al.* 2010, s. 474).



Ved opplevelse av rygg smerter oppstår bekymringer om fremtidig arbeidskapasitet og funksjonsnivå. Håndtering av tilbakefall og uforutsigbare smerter utfordrer arbeidskapasiteten og evnene til å kunne stå i arbeid. Flere informanter var avvisende for medikamenter som behandling, på grunn av bekymringer rundt bivirkning og avhengigheten medisineren kan skape. Ved sykefravær grunnet rygg smerter opplevde informantene bekymringer rundt andres oppfattelse av situasjonen. For unngåelse av bekymringene ble feriedager brukt istedenfor sykefraværsdager. Rojatz, Merchant og Nitsch (2016) trekker frem utfordringer tilknyttet motivasjon, holdninger og livsstil, dette med tanke på arbeidstakers oppfattelse av intervensjonens muligheter. Positive holdninger og motivasjon kan derfor fremme behandling og øke intervensjonenes effekt.

## 5.0 Diskusjon

Problemstillingen som besvares i denne studien er: Faktorer som påvirker effekt av arbeidsplassintervensjoner for personer med muskel- og skjelettlidelser- Hvordan brukes ergoterapeutens kompetanse? Etter innholdsanalyse (Forsberg og Wengström, 2015) av de 9 inkluderte studiene er hovedfunnene at den dokumenterte effekten av intervensjonene varierer da det er mange ulike faktorer som kan påvirke. Det tyder på at disse må tas i betraktning i kartlegging og implementering av intervensjoner for best mulig effekt.

I denne delen av studien vil kritisk vurdering av eget arbeid diskuteres under metodediskusjon, videre vil faktorene som kommer frem av resultatene diskuteres opp mot effekten av intervensjonene. Diskusjonsdelen deles inn i underoverskrifter der hovedkategoriene fra faktorene og intervensjonene er slått sammen. Inndelingen gjøres på grunn av å synliggjøre sammenhengen mellom faktorer og intervensjoner, og for å gi tydelighet og struktur til studien. Selv om intervensjonene er påvirket av flere faktorer enn faktorene beskrevet under den enkelte hovedkategori, vil dette trekkes frem på slutten av diskusjonen. Arbeidstakers barrierer (*4.3 Arbeidstakers barrierer*) trekkes inn der det ses hensiktsmessig. Videre vil resultatene ses i sammenheng med MAO- modellen (*1.2 teoretisk rammeverk*), da arbeid er en sentral del i personens liv. MAO- modellen vil også ses i sammenheng med ergoterapeuters kjernekompetanse.

## 5.1 Metodediskusjon

Ved bruk av deduktiv tilnærming kan resultatene i denne studien være påvirket, og ved en forforståelse om at faktorer kan påvirke effekten av intervensjoner. For å unngå misforståelser og feiltolkninger av artiklens innhold ble det forsøkt å sette forutinntatte eller eksisterende tanker om temaet til side. Til tross for forforståelsen er resultatene presentert objektivt, da ingen resultater er utelatt (Kvale og Brinkmann, 2017).

Utvalg og antall artikler ble sett på som hensiktsmessig for å besvare problemstilling, med tanke på begrenset tid. Samtidig er det mulighet for at inkludering av flere artikler på utfordringer og faktorer på arbeidstakerens synspunkt, kunne ha styrket denne studiens resultat. Da det er lite forskning innenfor dette, ble inkludering av flere lignende artikler utfordrende. Det er mulighet for at aktuelle artikler kan ha blitt utelatt og oversett på grunn av språk, misvisende titler, manglende søkeord og bruk av ulike databaser. Inklusjons- og eksklusjonskriterier var til hjelp for å velge ut aktuelle artikler, og bevisstgjøring av hvilke forskningsartikler som var nødvendig for å besvare oppgavens problemstilling.

Da det er inkludert litteraturstudier som innehar forskning fra forskjellige land, blant annet USA, Nederland, Canada og England, kan det stilles spørsmålsteget ved overføringsverdien til andre land i Norden, med tanke på ulikt helsevesen og prosedyrer i de inkluderte landene.

Ved kategorisering av kodeord og utarbeiding av tabeller presentert i resultatdelen, er det en sjanse for at resultatene kan feiltolkes, da samsvarende kodeord er slått sammen. Samtidig viser ikke tabellene detaljerte beskrivelser for funn, da de viser hovedfunnene fra artiklene. Sitatet inkludert i resultatdelen er oversatt til norsk for bedre flyt i oppgaven.

Gjennom identifiseringen av faktorer og intervensjoner ble det oppdaget at noen intervensjoner i enkelte artikler ble beskrevet som faktorer i andre artikler, som blant annet kommunikasjon ble omtalt som intervensjon i Coole *et al.* (2013b) men kunne også være en påvirkningsfaktor til andre intervensjoner. Derfor ble kommunikasjon omtalt både under intervensjoner og faktorer i resultatdelen. I flere av de inkluderte studiene er det ikke spesifisert hvilke faggrupper som er involvert i intervensjonsprosessen. Det ses likevel likhetstrekk til ergoterapeuters kjernekompetanse, dette vil derfor bli diskutert videre i diskusjonsdelen.

## 5.2 Resultatdiskusjon

Videre er faktorer sett sammenheng med intervensjoner og effekt.

### 5.2.1 Kommunikasjon og relasjoner

Som beskrevet i resultat viser Coole *et al.* (2013b) og van Vilsteren *et al.* (2015) at god kommunikasjon mellom relevante personer som arbeidstaker, arbeidsgiver, terapeut, kollegaer og andre i ledelsen kan bidra til reduksjon av en sykefraværsperiode. Videre kan støtte fra arbeidsgiver og andre kollegaer være essensielt for å fremme arbeidstakerens situasjon, og øke sjansen for å stå i jobb til tross for sykdom (de Vries *et al.* 2011). Det er likevel vanskelig å påvise hvor stor effekt støtte fra andre har, da det kommer frem liten til moderat effekt (tabell 3). Det er identifisert mange påvirkningsfaktorer som utgjør den varierende grad av effekt. Eksempler er faktorer som blant annet arbeidsgiverens oppfattelse av og holdning til intervensjonsprosessen, og arbeidstakers syn på kommunikasjon mellom terapeut og arbeidsgiver (Coole *et al.* 2013b).

For at kommunikasjon mellom terapeut og arbeidsgiver skal kunne forekomme behøves det godkjenning fra arbeidstaker. Kommunikasjon mellom terapeut og arbeidsgiver kan være viktig for å avklare roller, og for å sikre en best mulig arbeidssituasjon for arbeidstakeren Coole *et al.* (2013b). Samtidig er det ikke alltid arbeidstaker ønsker at kommunikasjonen skal finne sted, dette kan være på grunn av arbeidstakers bekymring for at relasjonen mellom seg og arbeidsgiver endres, eller at personen ikke ønsker å være til bry for arbeidsgiver. Videre er bekymringen rundt spesialbehandling identifisert hos arbeidstaker ved involvering av arbeidsgiver, samt redselen for oppfattelse av at personen ikke klarer å håndtere situasjonen selv (Coole *et al.* 2010; Coole *et al.* 2013b). Terskelen for kontakt med og involvering av arbeidsgiver øker også om tidligere hendelser eller ulykker på arbeidsplassen har medført ansvarsfordelinger og rettssaker. I disse tilfellene må det ses sammenheng med hvilket land undersøkelsen ble gjennomført i (Coole *et al.* 2013b). Ved kronisk lidelse er frykten for å bli ansett som en mindre ressurs tilstede, frykten kan medføre at arbeidstaker selv ikke ønsker å opplyse arbeidsgiver om sin tilstand. Om kommunikasjon finner sted avhenger også av hvorvidt kompleks situasjonen er, hva arbeidstaker selv har behov for og hva som blir forespurt.

### **5.2.2 Arbeidsmiljø og ergonomi**

Kennedy *et al.* (2009) og Skamagki *et al.* (2018) viser varierende grad av effekt for intervensjonen fysisk aktivitet eller styrketrening tilknyttet arbeidsplassen. For ergonomi og tilpasningsintervensjoner viser Kennedy *et al.* (2009) og Van Eerd *et al.* (2015) liten effekt, mens van Vilsteren *et al.* (2015) viser til mulig positiv effekt (tabell 3). Ved endring av arbeidsoppgaver og gjennomføringen av dem, samt tilpasning av pauser viser studiene til samsvarende effekt men graden av bevis for effekten varierer (Kennedy *et al.* 2009; van Vilsteren *et al.* 2015). Faktorer som påvirker arbeidsplasstilpasninger er blant annet utforming og struktur av arbeidsplassens fysiske miljø. Eksempel kan være arbeidsplassen størrelse, og om arbeidsplassen er innendørs eller utendørs (Rojatz, Merchant og Nitsch, 2016). Ved eventuell begrenset fysisk plass eller ved deling av kontor med kollegaer, kan tilpasninger i form av nytt skrivebord, stol, armstøtter og lignende være noe vanskelig å implementere.

Videre er psykososiale faktorer påvirkende i et arbeidsmiljø, ved blant annet allerede eksisterende konflikter. Konflikter kan ta fokus bort fra intervensjoner og arbeidsoppgaver, samt tid og energi brukt på håndtering av dette. I tillegg kan konflikthåndtering være del av en intervensjon. Manglende støtte fra kollegaer og arbeidsgiver kan påvirke håndtering av utfordringer tilknyttet arbeidsoppgavene (Nastasia, Coutu og Tcaciuc, 2014). Videre er ulike aktører som har utformet ergonomiske programmer trukket frem. Det ses at ergonomiske programmer utformet av ledelsen på en arbeidsplass i forhold til helsepersonell med spesifikk kunnskap og kompetanse, viser til liten effekt.

### **5.2.3 Økonomi og ledelse**

Ved bruk av innholdsanalysen (Forsberg og Wengström, 2015) ble økonomi og ledelse identifisert som en mulig påvirkende faktor for intervensjonseffekten. Det er ikke identifisert spesifikke intervensjoner der økonomi og ledelse kan påvirke, men det må ses i sammenheng med helheten. Rojatz, Merchant og Nitsch (2016) trekker frem arbeidsplassens økonomiske status som en faktor, men igjen må dette ses i sammenheng med hvilket land intervensjoner gjennomføres i og hvem som dekker utgiftene. Som et eksempel blir intervensjoner dekket av arbeidstakers helseforsikring i Nederland, mens i andre land kan finansiering av intervensjoner bli problematisk uten samme støtte (Skamagki *et al.* 2018).

Coole *et al.* (2013b) trekker frem et økonomisk perspektiv fra ledelsens standpunkt, ved faktorer som lite engasjement for kommunikasjon mellom arbeidsgiver og ergoterapeut, og motvillighet for å støtte arbeidstaker er tilstede. Dette på grunn av ledelsen og arbeidsgivers oppfattelse av at arbeidsplassstilpasninger vil føre til økte kostnader for bedriften, istedenfor muligheten for å beholde en arbeidstaker i arbeid. Utelatelse av arbeidsplassstilpasninger kan medføre økt sykefravær blant arbeidstakere og manglende utførte arbeidsoppgaver eller økt arbeidsmengde på resterende arbeidstakere. Videre kan den gjeldende arbeidstaker oppleve å bli sett på som et problem istedenfor ressurs fra ledelsens perspektiv, som kan gjøre det vanskelig for arbeidstaker å stå i egen situasjon da en kan føle seg alene eller tilsidesatt.

#### **5.2.4 Personlige faktorer**

Det er identifisert flere personlige faktorer som kan påvirke intervensjoner og dens effekt i stor grad. Faktorer som kan påvirke vises gjennom de Vries *et al.* (2011), Nastasia, Coutu og Tcaciuc (2014) og Rojatz, Merchant og Nitch (2016), hvor holdninger til egen situasjon, deltagelse i jobbsituasjon, motivasjon for endring og bekymringer for fremtiden er eksempler på dette. Hvilken holdning arbeidstaker har til egen situasjon kan påvirke en intervensjons effekt, dette i form av positiv eller negativ holdning. Ved negativ holdning til egen situasjon og intervensjonsprosessen kan muligheter bli oversett og liten grad av initiativ i egen jobbsituasjon kan medføre lav effekt. Positiv holdning kan ha motsatt effekt, da arbeidstaker ser muligheter ved intervensjoner og ressurser i egen situasjon (de Vries *et al.* 2011; Nastasia, Coutu og Tcaciuc, 2014).

Videre er motivasjon en påvirkende faktor i arbeidet med arbeidsplassintervensjoner. Et individs personlige motivasjon kan virke både hemmende og fremmende. Ved manglende motivasjon vil ikke arbeidstaker være i stand til å se behovet for intervensjonen i like stor grad. Manglende motivasjon kan resultere i lav involvering fra arbeidstaker tilknyttet arbeidet med intervensjonen. Videre kan motivasjon føre til at arbeidstaker ser muligheten for bedring av egen helse og livsstil, og dermed føre til økt effekt av intervensjon. Som beskrevet under *4.3 Arbeidstakers barrierer* i resultatdelen trekker Coole *et al.* (2010) frem arbeidstakers barrierer for å kunne stå i arbeid. Barrierene kan også bli sett på som påvirkende faktorer, som bekymringer for fremtiden og eventuelle tilbakefall av symptomer. Med dette menes bekymringer for førtidspensjonering eller at sykdom og skade kan påvirke pensjonstiden negativt, dersom en fortsetter å stå i arbeid til tross for annen anbefaling. Eventuelle

tilbakefall av symptomer kan påvirke motivasjon og initiativ, da det kan gi en følelse av å miste fremgang.

En mulig påvirkende faktor er arbeidstakerens privatliv. Dersom det er problematikk i deres privatliv vil dette kunne påvirke deltagelse og tilstedeværelse under en intervensjonsprosess, da fokus og konsentrasjon ikke er tilstede. Liten støtte og forståelse for arbeidssituasjonen fra de nærmeste pårørende kan ha negativ innvirkning på selvfølelse og motivasjon (de Vries *et al.* 2011; Rojatz, Merchant og Nitch, 2016).

### **5.2.5 Helsepersonell og intervensjoner**

En faktor som påvirker en intervensjons effekt i stor grad er terapeuten eller helsepersonell. Terapeutens personlighet, holdning til eget arbeid, kompetanse og kunnskap tilknyttet temaet og intervensjoner, blir identifisert som sentrale faktorer. Ved en positiv holdning og en god evne til å se helheten, vil dette kunne fremme involvering av arbeidstaker og valg av intervensjoner som kan føre til en større effekt. Videre vil kvaliteten på intervensjonene være påvirket av om terapeuten møter opp til avtalte tider, samt har med seg nødvendig materiale (Rojatz, Merchant og Nitch, 2016).

Utforming av en intervensjon kan påvirke grad av effekt, med tanke på tilnærming, brukervennlighet, hyppighet, tidsplan og timing (Nastasia, Coutu og Tcaciuc, 2014; Rojatz, Merchant og Nitch, 2016). Med tilnærming menes i hvor stor grad arbeidstakeren er involvert i prosessen, en deltakende tilnærming. Ved stor grad av involvering av arbeidstaker kan dette øke sannsynligheten for bedre effekt, da arbeidstaker kan føle et sterkere eierskap til sitt eget forløp og øke sin motivasjon for bedring (Rojatz, Merchant og Nitch, 2016). Hyppigheten og intensiteten av en intervensjon som foregår over tid, må tilpasses situasjonen da både for lange og korte opphold mellom øktene kan forhindre fremgang (Skamagki *et al.* 2018). Timing for intervensjonsprosessen er avgjørende for effekten. Som nevnt i 4.3 *Arbeidstakers barrierer*, er timingen for intervensjonene avhengig om arbeidsgiver og kollegaer er informerte om sykdom eller skaden. Ved sen involvering av arbeidstaker og terapeut, kan dette føre til begrenset effekt da sykdomsforløpet har foregått ubehandlet (Coole *et al.* 2010). I tillegg kan urealistisk tidsplan føre til varierende grad av effekt (Rojatz, Merchant og Nitch, 2016).

### **5.3 Implementering i praksis**

Ergoterapeuters praksis grunner blant annet i forskning, dette for å sikre god og lik praksis (Helsebiblioteket, u.å.b). Gjennom denne studien har det blitt identifisert ulikheter i grad av effekt for intervensjoner, noe som kan føre til usikkerhet for ergoterapeuter tilknyttet valg av de beste intervensjonene. Når forskning viser til ulik effekt, kan det stilles spørsmål ved hvordan ergoterapeuter skal utøve egen praksis. Usikkerheten kan føre til varierende praksis overfor brukerne, og ergoterapeuten kan bruke lengre tid på å komme frem til best mulig løsning.

Når forskning med konkrete arbeidsplassintervensjoner viser til variasjoner av effekt i sine resultater, kan det føre til at en må benytte seg av grunnstoffet innenfor faget i større grad enn forskningen. Ved bruk av ergoterapeutiske modeller kan dette fremme lik praksis da det finnes mye fagstoff på samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser, som nevnt tidligere er grunnpilarene i ergoterapifaget (Law *et al.* 1996). Å fremme lik praksis stemmer overens med virkemiddelet “HelseIArbeid” og den nye IA-avtalen, hvor dette kan bidra da satsning på helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling samt rask tilgang på klientsentrert kartlegging står i fokus (Helsedirektoratet, 2018; Regjeringen, 2018). Aktivitetsvitenskap og MAO- modellen kan trekkes inn som et teoretisk rammeverk å benytte i praksis, da fokuset ligger på samspillet mellom personers helse og deltagelse i aktivitet (Law *et al.* 1996; Whiteford og Hocking, 2012; Pierce, 2014; Kristensen, Schou og Mærsk, 2017).

Effekten av en intervensjon kan i stor grad bli påvirket av arbeidstakeren, som vist i de Vries *et al.* (2011). Muskel- og skjelettlidelser opptrer ulikt fra individ til individ, positiv effekt avhenger av arbeidstakerens mål, forventning og oppfattelse av situasjonen. Ved lave forventninger tilknyttet situasjon og egen helse, kan små endringer oppfattes som positivt og dermed anses som god effekt av arbeidstakeren. Ved høye forventninger kan små endringer forekomme uten at individet merker det, eller ikke svare til målene, derfor vil ikke individet se endringer som en positiv effekt, da den ikke er som forventet (de Vries *et al.* 2011).

### **5.4 MAO - modellen**

Intervensjonsprosessen er påvirket av alle de identifiserte faktorene beskrevet i resultat. Videre vil MAO - modellen (Law *et al.* 1996) bli brukt for å vise sammenhengen mellom intervensjoner, faktorer og deres påvirkning på enkeltindividets aktivitetsutøvelse.

### 5.4.1 Mennesket

Som beskrevet i 1.2 *Teoretisk rammeverk* defineres mennesket som et individ som inntar flere roller av ulik betydning, varighet og viktighet samtidig (Law *et al.* 1996). I denne sammenhengen inntar mennesket rollen som arbeidstaker og kollega, men rollen som blant annet mor/far, datter/sønn og pårørende er likevel tilstede. Som beskrevet i de Vries *et al.* (2011) kan liten støtte fra pårørende eller utfordringer i privatlivet skape følelsesmessige konflikter i en persons roller. Rollene man inntar i sitt privatliv kan derfor påvirke rollen som arbeidstaker og kollega, som videre kan påvirke holdning, gjennomførelse og motivasjon i utfordrende situasjoner muskel- og skjelettlidelser kan skape i en arbeidssituasjon (Law *et al.* 1996).

Videre vil rollene bli påvirket av ulike personlige faktorer (tabell 2) og diskutert i 5.2.4 *Personlige faktorer*. Rollene og personlige faktorer vil dermed påvirke aktivitetsutøvelsen. En sentral faktor som kan være påvirkende i flere situasjoner er personens egne forventninger til bedring av egen helse og situasjon (Nastasia, Coutu og Tcaciuc, 2014). Høye forventninger kan føre til lav motivasjon dersom personen ser at utfallet ikke blir som forventet. På en annen side kan bekymringer for tilbakefall være hemmende, ved at arbeidstaker ikke tør å prøve ut intervensjoner og begrenser seg selv (Coole *et al.* 2010). Som Coole *et al.* (2010) identifiserer er tanken eller ønsket om å ikke være til bry tilstede hos flere arbeidstakere, dette kan føre til unngåelse av å informere arbeidsgiver og andre kollegaer om egen skade eller lidelse. Dersom arbeidstaker til slutt velger å informere aktuelle parter, kan lidelsen eller skaden ha forverret seg, som kan gjøre det vanskeligere å finne gode intervensjoner, eller at veien tilbake til arbeid blir lengre. Disse faktorene kan føre til at intervensjoner ikke oppnår ønsket effekt, da mennesket blir en påvirkende faktor for aktivitetsutøvelsen.

### 5.4.2 Aktivitet

Aktivitet omhandler alle handlinger et menneske foretar seg i løpet av en hverdag eller liv, dette kan både være meningsfulle og hverdagslige oppgaver (Law *et al.* 1996). I denne sammenhengen er den meningsfulle aktiviteten omtalt som arbeid, som videre omfatter flere ulike oppgaver en arbeidstaker utfører i løpet av en arbeidsdag. Ved muskel- og skjelettlidelser kan funksjonsnivå og psykisk kapasitet endres, og de vante arbeidsoppgavene kan oppleves som utfordrende. En må derfor finne de beste intervensjoner som graderer arbeidet og senker kravene, slik at enkeltindividet kan mestre egen jobb. Identifiserte intervensjoner tilknyttet gradering kan være innarbeiding av pauser, kortere arbeidsdager eller



endring av arbeidsoppgaver (Kennedy *et al.* 2009; van Vilsteren *et al.* 2015). Muligheten for gradering av arbeidsoppgaver må vurderes ut ifra arbeidstakers og arbeidsplassens situasjon. Dersom ikke gradering av intervensjoner er mulig må andre løsninger som endring av arbeidsoppgaver, omplassering innenfor samme arbeidsplass eller omskolering vurderes.

### 5.4.3 Omgivelser

Omgivelser omhandler de miljøene og kontekstene som til enhver tid omgir oss, og setter rammer for en persons aktivitet og deltagelse. Omgivelsene kan foregå i flere dimensjoner som de fysiske, sosiale, kulturelle, institusjonelle og tidsmessige dimensjonene (Law *et al.* 1996). I denne studien er omgivelsene arbeidsplassen. Da artiklene inkludert i denne studien tar for seg arbeidstakere innenfor yrker som i hovedsak foregår på sykehus, kontorlandskaper og andre offentlige bygg, vil disse lokalene være omgivelsene. Innenfor disse omgivelsene er de aktuelle dimensjonene de fysiske og sosiale, da det ikke finnes grunnlag nok i artiklene til å kunne si noe om andre dimensjoner.

Den fysiske dimensjonen vil i denne sammenheng omhandle det fysiske miljøet som omgir arbeidstakeren og konteksten arbeidsoppgavene blir utført i. Det fysiske miljøet vil si kontoret, sykehuset eller avdelingen personen jobber i. Muskel- og skjelettlidelser endrer som nevnt arbeidstakerens fysiske og psykiske kapasitet, som fører til at omgivelsene gjør det vanskeligere å utføre de vante arbeidsoppgavene i. Endring av psykisk og fysisk kapasitet vil si at arbeidsoppgaven i seg selv kan gjennomføres, men ikke i de vante omgivelsene. Ved endring av disse omgivelsene, som blant annet ny stol, nytt bord og regulering av lys og støy (Kennedy *et al.* 2009; Van Eerd *et al.* 2015; van Vilsteren *et al.* 2015) kan føre til at arbeidsoppgavene igjen kan utføres.

Den sosiale dimensjonen vil si menneskene arbeidstakeren omgås i løpet av en arbeidsdag, og deres relasjoner (Law *et al.* 1996). I denne studien vil den sosiale dimensjonen være relasjonen mellom arbeidstaker, kollegaer, pasienter/ klienter, overordnet ledelse og pårørende, avhengig av yrke. Konflikter, kommunikasjon og personlige faktorer kan påvirke de nevnte relasjonene som igjen kan påvirke aktivitetsutøvelsen. Konflikter på arbeidsplassen kan ta bort fokuset og være energikrevende, som kan skape lav støtte fra kollegaer og arbeidsgiver (de Vries *et al.* 2011; Rojatz, Merchant og Nitch, 2016). Konflikt kan skape manglende kommunikasjon og et dårlig arbeidsmiljø som kan gå utover arbeidstakerens utøvelse tilknyttet arbeidsplassen (Coole *et al.* 2010).

Som beskrevet er aktivitetsutøvelsen påvirket av de tre nevnte komponentene; menneske, aktivitet og omgivelser. Den optimale aktivitetsutøvelsen avhenger av et samspill og balanse mellom disse komponentene. Ved endring i en av komponentene påvirkes både aktivitetsutøvelsen og de resterende komponentene. Det er ved endring at behovet for en intervensjon oppstår for at arbeidstakeren kan ta kontroll over situasjonen, slik at balansen og samspillet igjen kan oppnås (Law *et al.* 1996). Hovedformålet med denne balansen er å sette arbeidstaker i stand til å mestre egen jobbhverdag, til tross for eventuell skade eller lidelse. Da artiklene viser til varierende grad av effekt, må intervensjonene vurderes individuelt og evalueres sammen med arbeidstaker for å sikre fremgang og effekt.

## **5.5 Ergoterapeuters kompetanse**

Som nevnt i 1.2 *teoretisk rammeverk* bygger ergoterapifaget på MAO - modellen (Law *et al.* 1996). Ergoterapeuters hovedfokus er menneskers engasjement i aktivitet, og hvordan dette kan påvirke personers helse, livskvalitet og deltagelse i samfunnet. Som nevnt er det ved endring i en av komponentene at behovet for en intervensjon oppstår. Her kan ergoterapeutens kompetanse være essensiell. Da det ikke er spesifisert hvilke faggrupper involvert i intervensjonsprosessen i enkelte artikler, ses det likevel likhetstrekk til ergoterapeutens kjernekompetanse (Nastasia, Coutu og Tcaciuc, 2014; Van Eerd *et al.* 2015).

Van Eerd *et al.* (2015) har flest intervensjoner med likhetstrekk til fysioterapi, samtidig har flere av intervensjonene likhetstrekk til ergoterapi. Eksempler kan være arbeidsplassjusteringer, tilpasset tastatur, ergonomitrening, innarbeiding av pauser og justering av arbeidstider. Intervensjonene kan ses i sammenheng med ergoterapeuters kjernekompetanse (World Federation of Occupational Therapists, 2012; Ergoterapeutene, 2017), i form av å legge til rette for aktivitet og deltakelse, samt sikre inkludering i arbeidslivet og fremme individets ressurser. Videre i Kennedy *et al.* (2009) blir ergoterapeut kun nevnt i sammenheng med ergonomisk trening, mens fysioterapeut blir nevnt i sammenheng med ulike treningsprogrammer og arbeidsplassstilpasninger. Sett i sammenheng med ergoterapeuters kjernekompetanse (World Federation of Occupational Therapists, 2012; Ergoterapeutene, 2017) er arbeidsplassstilpasning intervensjoner ergoterapeuten også kan utføre og ikke bare fysioterapeut. Videre blir tilpasninger som ny stol, tilpasset tastatur og underarmsstøtte nevnt som egne intervensjoner og ikke spesifisert hvilke faggrupper som

utfører. Slike tilpasninger har ergoterapeuten stor kompetanse for, da det samsvarer med ergoterapeuters fokus om å sette mennesket i stand til å mestre egen hverdag, samt senke miljøets krav (Ergoterapeutene, 2017). Intervensjonene og tilpasningene henger også sammen med ergoterapeuters syn om salutogenese der det fokuseres på hva som fremmer god helse og bedring av helse, fremfor sykdom og dens forløp (Antonovsky, 2005).

Videre viser flere artikler at god kartlegging er essensielt i arbeidet med intervensjoner (Coole *et al.* 2010; Nastasia, Coutu og Tcaciuc, 2014; Rojatz, Merchant og Nitch, 2016; Skamagki *et al.* 2018). God kartlegging er viktig i arbeidet for å få en helhetlig forståelse for arbeidstakers situasjon, og for at intervensjoner skal få positiv effekt. Positiv effekt avhenger derfor av individets egne mål og holdninger, da effekt kan oppfattes ulikt av enkeltindivider. Den helhetlige forståelsen kan ses gjennom en av hovedmodellene innenfor ergoterapifaget, MAO - modellen (Law *et al.* 1996), da ergoterapeuter fokuserer på og belyser faktorer som omgir intervensjoner, enn kun intervensjonen isolert. MAO - modellen henger også sammen med aktivitetsvitenskap, der det fokuseres på sammenhengen mellom personers helse, aktivitet og deltakelse i arbeid (Whiteford og Hocking, 2012; Pierce, 2014; Kristensen, Schou og Mærsk, 2017). Involvering av arbeidstaker trekkes også frem som en viktig faktor for å oppnå ønsket effekt (Coole *et al.* 2010; Nastasia, Coutu og Tcaciuc, 2014). Viktigheten av involvering av arbeidstaker kan ses i lys av ergoterapeuters klientsentrerte praksis, der klienten involveres i alle steg i prosessen, altså brukermedvirkning (World Federation of Occupational Therapists, 2012; Ergoterapeutene, 2017).

Da ergoterapeuter er opptatt av helheten (Law *et al.* 1996), kan ergoterapeuten oppdage at deres kompetanse ikke er tilstrekkelig for arbeidstakeren og må derfor samarbeide med blant annet fysioterapeut og eventuelt annet helsepersonell. Det kan derfor være hensiktsmessig med tverrfaglig team rundt arbeidstakeren for å sikre at alle påvirkende faktorer blir sett. En ergoterapeut kan derfor være en nøkkelperson, som et bindeledd mellom helsefagarbeidere, arbeidstaker og eventuelt arbeidsgiver (World Federation of Occupational Therapists, 2012). I Van Eerd *et al.* (2015) er det ikke spesifisert helsepersonell som utfører intervensjonene, men det ses likevel likhetstrekk til både ergoterapi og fysioterapi. Som et tverrfaglig team kan ergoterapeuten utføre blant annet arbeidsplassstilpasninger, legge til rette for pauser og justeringer av arbeidstider, mens fysioterapeut kan utføre spesifikke øvelser og treninger for å forebygge skader ved de nye arbeidsplassstilpasningene. Både Kennedy *et al.* (2009) og Skamagki *et al.* (2018) viser til større og mer positiv effekt ved implementeringen av to eller

flere intervensjoner. Igjen kan ergoterapeuten være en sentral person da det kan ses behov for flere intervensjoner og fortløpende vurderinger av effekt. I denne sammenheng blir god kartlegging avgjørende for en positiv effekt, som også står sentralt i ergoterapifaget (Law *et al.* 1996; Ergoterapeutene, 2017).

Som nevnt innledningsvis er behovet for håndtering av funksjonsnedsettelse grunnet muskel- og skjelettlidelser identifisert i WHO's globale arbeidsplan (WHO, 2018). Videre på nasjonalt nivå er behovet for håndtering identifisert og trekkes frem i stortingsmelding 19. Det legges vekt på muligheter og arbeidsevne til enkeltindividet for å styrke den enkeltes uavhengighet, for å kunne stå i arbeid til tross for sykdom og skade (Meld. St. 19, (2014-2015)). Gjennom IA-avtalen (Regjeringen, 2018) og HelseIArbeid (Helsedirektoratet, 2018) trekkes muskel- og skjelettlidelser frem som et satsningsområde, på grunn av prevalensen og utfallet tilknyttet disse lidelsene. Da det er satsing på muskel- og skjelettlidelser og arbeidshelse på et internasjonalt og nasjonalt nivå, er det viktig å ha et fokus på dette området fremover, til tross for at det ikke er et nytt problem. Igjen kan ergoterapeuter med deres kjernekompetanse være sentrale i arbeidet med å løse samfunnets helse- og velferdsutfordringer, da ergoterapeuter kan ses som "eksperter" på meningsfulle aktiviteter og deltakelse i samfunnet. Ergoterapeuter er med på å fremme aktivitetsutførelse, tilrettelegge aktiviteter og fremme inkluderende omgivelser, med mål om at alle skal oppleve deltakelse og inkludering (Ergoterapeutene, 2017).

Dersom en skal vurdere nytteverdien av resultatene fra denne studien, kan begrepet bevisstgjøring trekkes frem. Som et hovedfunn fra denne studien kan en se at det er mange faktorer som påvirker effekter av ulike intervensjoner. I fremtiden er det derfor viktig å være klar over de påvirkende faktorene i implementeringen av intervensjoner, da det er flere parter involvert og komplekse miljøer som setter krav til både arbeidstaker og valg av intervensjoner. Bevisstgjøringen rundt påvirkende faktorer kan dermed være med på å styrke ergoterapeuters praksis. Det er derfor avgjørende med god kartlegging, spesielt med bruk av ergoterapeutiske modeller som MAO (Law *et al.* 1996), for å sikre et helhetlig bilde av individet og situasjonen. En kan se at bevisstgjøringen rundt påvirkningsfaktorene i denne studien kan ha en mulig overføringsverdi til andre intervensjoner utover arbeidsplassintervensjoner, da faktorene kan påvirke i andre sammenhenger.

## 6.0 Konklusjon

Ved benyttelse av litteraturstudie som metode og valg av artikler anses problemstillingen som besvart. Som Yerxa (1998), Wilcock (1999) og Borg, Runge og Tjørnov (2003) sier er arbeid en sentral del og et grunnleggende behov i et menneskets liv, og fravær av arbeid kan derfor påvirke personens identitet, livssituasjon og helse negativt. Det er identifisert flere påvirkende faktorer for arbeidsplassintervensjoner, og grad av effekt ses til å variere. Det kan derfor være essensielt med god kartlegging i arbeidet med arbeidsplassintervensjoner, for å få et helhetlig bilde av situasjonen og identifisere påvirkende faktorer. Effekten av intervensjoner er også avhengig av enkeltindividet, deres mål og oppfattelse av situasjonen, da variasjonene kan være tilknyttet individets forventninger av effekt. Det er også viktig å påpeke at muskel- og skjelettlidelser opptrer svært individuelt (Folkehelseinstituttet, 2018; World Health Organization, 2018), og kan være med å påvirke individets oppfattelse av effekt, da blant annet grad av kontroll og den enkeltes smerteterskel varierer. Forskningen trekker frem en økt effekt ved flere intervensjoner sett i sammenheng, i motsetning til intervensjoner isolert (Kennedy *et al.* 2009; Skamagki *et al.* 2018).

Da forskning viser varierende grad av effekt kan det være utfordrende å forholde seg til i praksis. I komplekse situasjoner kan det derfor være hensiktsmessig å støtte seg til ergoterapeutiske modeller som MAO og forskning om samspillet mellom mennesker og aktivitet, fremfor forskning konkret på arbeidsplassintervensjoner. Det ses at resultatene som forekommer i denne studien kan bidra til økt bevisstgjøring for ergoterapeuter rundt påvirkende faktorer tilknyttet intervensjoner på arbeidsplassen. Det er fremdeles behov for mer forskning som påpeker viktigheten av bevisstgjøring rundt påvirkende faktorer, for å få et helhetlig bilde ved implementering av intervensjoner.

## 7.0 Referanseliste

Antonovsky, A. (2005) *Hälsans mysterium*. 2.utg. Stockholm: Bokförlaget natur och kultur.

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care*. 3. utg. England: Open university press.

Borg, T. Runge, U. og Tjørnov, J. (2003) *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. København: Munksgaard.

Coole, C. *et al.* (2013a) Supporting workers with musculoskeletal conditions: a survey of United Kingdom occupational therapists' communications with clients and their employers, *British Journal of Occupational Therapy*, 76(11), s. 478-468. doi: 10.4276/030802213X13833255804513

Coole, C. *et al.* (2013b) Communicating with employers: Experiences of occupational therapists treating people with musculoskeletal conditions, *Journals of Occupational Rehabilitation*, 24(3), s. 585-595. doi: 10.1007/s10926-013-9476-3

Coole, C. *et al.* (2010) What concerns workers with low back pain? Findings of a qualitative study of patients referred for rehabilitation, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(4), s. 472-480. doi: 10.1007/s10926-010-9237-5

Creswell, J. W. (2009) *Research design*. 4. utg. Thousand Oaks: SAGE publications.

Critical Appraisal Skills Programme (CASP), (2013) *CASP Checklists*. Tilgjengelig fra: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> (Hentet: 14.mars 2019).

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

de Vries, H. J. *et al.* (2011) Factors promoting staying at work in people with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a systematic review, *Disability and Rehabilitation*, 34(6), s. 443-458. doi: 10.3109/09638288.2011.607551

Ergoterapeutene (2017) *Alle skal kunne delta - ergoterapeuters kjernekompetanse*.

Tilgjengelig fra: [https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltside_r.pdf)

[Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltside_r.pdf)

[Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters\\_kjernekompetanse\\_Web\\_enkeltside\\_r.pdf](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltside_r.pdf) (Hentet: 11. februar 2019).

Folkehelseinstituttet (2018) *Folkehelse rapporten: muskel- og skjeletthelse*. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/#hovedpunkter>

(Hentet: 26. mars 2019).

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4.utg.

Stockholm: Natur og kultur.

Francine, T. *et al.* (2016) A synthesis of qualitative research exploring the barriers to staying in work with chronic musculoskeletal pain, *Disability and Rehabilitation*, 38(6), s. 566-572.

doi: 10.3109/09638288.2015.1049377

Haugset, A. S. (2008) *Kommer ikke tilbake i jobb*. Tilgjengelig fra:

<https://forskning.no/trondelag-forskning-og-utvikling-arbeid-partner/kommer-ikke-tilbake-i-jobb/949379> (Hentet: 9. april 2019).

Helsebiblioteket (u.å.a) *Alle databaser*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser> (Hentet: 6. mars 2019).

Helsebiblioteket (u.å.b) *Kunnskapsbasert praksis*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis> (Hentet: 24.april 2019).

Helsebiblioteket (2016a) *PICO*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico> (Hentet: 15. februar 2019).

Helsebiblioteket (2016b) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

(Hentet: 15. februar 2019).

Helsedirektoratet (2018) *HelseArbeid - God jobbhverdag, tross plager*. (IS-2725). Oslo: NAV og Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1448/Introduksjon%20til%20HelseArbeid%20%E2%80%93%20Utskriftsversjon.pdf> (Hentet: 7. mars 2019)

Hernes, T. Heum, I. Haavorsen, P. (2010) *Arbeidsinkludering*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

International Labour Organization (1985) *161 Occupational health services convention*.

Tilgjengelig fra:

[https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C161](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C161) (Hentet: 5. mars 2019)

Jacobsen, D.I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Kennedy, C. A. *et al.* (2009) 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*, 20(2), s. 127-162. doi: 10.1007/s10926-009-9211-2

Kennedy-Jones, M., Cooper, J. og Fossey, E. (2005) Developing a worker role: Stories of four people with mental illness, *Australian Occupational Therapy Journal*, 52, s. 116-126. doi: 0.1111/j.1440-1630.2005.00475.x

Kristensen, H. K., Schou, A. S. B. og Mærsk, J. L. (2017) *Nordisk aktivitetsvidenskab*. 1.utg. København: Munksgaard.

Kvale, S. Brinkmann, S (2017) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.



Law, M. *et al* (1996) The Person- Environment- Occupation model: A transactive approach to occupational performance, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), s. 9-23. doi: 10.1177/000841749606300103

Malterud, K. (2017) *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Meld. St. 19 (2014-2015) (2015) *Folkehelsemeldingen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf> (Hentet: 11. februar 2019).

Morken, T. og Torp, S. (2003) Menneske og arbeid - ergonomi. Fullt og helt - ikke stykkevis og delt?, Moen, B. E. (red.) *Håndbok for bedriftshelsetjenesten : D.3 : Arbeidsmiljøfaktorer som påvirker hele mennesket*. rev. utg. Oslo: Arbeidsmiljøforlaget, s. 23-29.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2014) *Folkehelse rapporten 2014*. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf> (Hentet: 12. februar 2019).

Nastasia, I., Coutu, M. F. og Tcaciuc, R. (2014) Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work- related musculoskeletal disorders (WRMSDs): a systematic, comprehensive literature review, *Diability and Rehabilitation*, 36:22, s. 1841-1856. doi: 10.3109/09638288.2014.882418.

NAV (2015) *Diagnoser uføretrygd per 31. desember 2012*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Relatert+informasjon/arkiv-diagnoser-uforetrygd-per-31.desember-2012>

(Hentet: 11. februar 2019).

Norsk senter for forskningsdata (2019a) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.

Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 28. mars 2019).

Norsk senter for forskningsdata (2019b) *Vitenskapelig publisering*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp> (Hentet: 28.mars 2019).

Palmer, K. T. *et al.* (2011) Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review, *British Society of Rheumatology*, 51(2), s. 230-242. doi: 10.1093/rheumatology/ker086.

Pierce, D. (2014) *Occupational science for occupational therapy*. USA: Slack Incorporated.

Regjeringen (2018) *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/asd/dokumenter/2018/ia-avtalen-2019-2022.pdf> (Hentet: 7. mars 2019).

Rojatz, D. Merchant, A. Nitsch, M. (2016) Factors influencing workplace health promotion intervention: a qualitative systematic review, *Health Promotion International*, 32(5), s.831-839. doi: 10.1093/heapro/daw015

Sjöström, R. *et al.* (2011) Barriers to and possibilities of returning to work after a multidisciplinary rehabilitation programme. A qualitative interview study, *IOS Press*, 39(3), s.243-250. doi: 10.3233/WOR-2011-1172

Skamagki, G. *et al.* (2018) A systematic review on workplace interventions to manage chronic musculoskeletal conditions, *Physiotherapy Research International*, 23(4), s. 1-16. doi: 10.1002/pri.1738

Van Eerd, D. *et al.* (2015) Effectiveness of workplace interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal disorders and symptoms: an update of the evidence, *Occupational and Environmental Medicine*, 73(1), s. 62-70. doi: 10.1136/oemed-2015-102992

van Vilsteren, M. *et al.* (2015) Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, s. 1-83. doi: 10.1002/14651858.CD006955.pub3

Whiteford, G. E og Hocking, C. (2012) *Occupational Science*. 1.utg. United Kingdom: Wilfey-Blackwell.

Wilcock, A. A. (1999) Reflections on doing, being and becoming, *Australian Occupational Therapy Journal*, 46, s. 1-11. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1440-1630.1999.00174.x> (Hentet: 4. mars 2019).

World Federation of Occupational Therapists (2012) *About occupational therapy*. Tilgjengelig fra: <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy> (Hentet: 26. mars 2019).

World Health Organization (2014) *Basic documents*. Tilgjengelig fra: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1> (Hentet: 5. mars 2019).

World Health Organization (2018) *Musculoskeletal conditions*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/musculoskeletal/en/> (Hentet: 14. februar 2019).

Yerxa, E. J. (1998) Health and the human spirit for occupation, *American Journal of Occupational Therapy*, 52(6), s. 412-418. doi: 10.5014/ajot.52.6.412

## Vedlegg 1 PICO - skjema

Pasients/ populations/ problem	Intervention/ initiativ/ action	Comparison	Outcome	OR
HVEM?	HVA?	ALTERNATIVER?	RESULTAT/ EFFEKT?	
Beskriv brukergruppen	Hvilke tiltak vurderes?	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfall? hvilke utfall er interessante?	
<p>Personer med muskel- og skjelettlidelser</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yrkesaktive menn og kvinner</li> <li>- Artikler fra Europa, Australia, USA og Canada</li> </ul>	<p>Bruk av forebyggende tiltak ved hjelp av ergoterapeut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeidsmiljø</li> <li>- Relasjoner</li> <li>- Kartlegging</li> <li>- Kommunikasjon</li> <li>- Innlæring av nye bevegelser</li> </ul> <p>Analysere faktorer som kan påvirke intervensjoner.</p> <p><b>Søkeord:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Occupational therapy</li> <li>2. Musculoskeletal disorder (disease)</li> <li>3. Workplace</li> <li>4. Musculoskeletal</li> <li>5. Intervention</li> <li>6. Factors influencing</li> <li>7. Workplace interventions</li> <li>8. Rehabilitations</li> <li>9. Factors</li> </ol>		<p>Om tiltakene og ergoterapeuters kompetanse har ført til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Redusert sykefravær</li> <li>- Stå lengre i jobb</li> <li>- Livskvalitet</li> <li>- Helseeffekter</li> </ul> <p>Forhindre frafall i arbeidslivet</p>	
AND				

## Vedlegg 2 Søkeordstabell

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Dato	Artikkel nr.
1. Occupational therapy	Embase	2 AND 3 AND 8	302	18/3-19	8
		2 AND 7 AND 9	36	20/3-19	9
2. Musculoskeletal disorder (disease)	Medline	1 AND 2 AND 3	5	13/02-19	2
3. Workplace	Cinahl	1 AND 2 AND 3	14	12/2-19	1
4. Musculoskeletal		1 AND 2 AND 5	31	13/2-19	4
5. Intervention		6 AND 7	9	14/3-19	7
6. Factors influencing		2 AND 3	340	26/2-19	5
7. Workplace interventions	OTseeker	4 AND 3	22	13/2-19	3
8. Rehabilitation					
9. Factors					

Artikkel nr. 6 ble funnet ved siteringssøk (12.03) i google scholar via artikkel:

Brewer, S. *Et al.* (2006) Workplace interventions to prevent musculoskeletal and visual symptoms and disorder among computer users: A systematic review, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(3), s. 325 - 358. doi: 10.1007/s10926-006-9031-6 (ble funnet i OTseeker med søkeordene 4 AND 3).

### Vedlegg 3 Artikkel 1

<b>Tittel</b>	<i>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.</i>
<b>Forfatter, år</b>	Kennedy, C. A. et al. (2009)
<b>Hensikt</b>	Undersøke om arbeidshelse og sikkerhetsintervensjoner har en effekt for øvre ekstremitets muskel- og skjelett symptomer, tegn, lidelser, skader og tapt tid.
<b>Metode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systematisk litteraturstudie (Medline, Embase, Cinahl, PsycInfo, Business source premier).</li> <li>- Ca. 15 000 artikler → inkluderte 36 fra USA og Europa.</li> <li>- “Analyseteam” av fageksperter som gikk gjennom litteraturen.</li> </ul>
<b>Resultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Det ble funnet et blandet bevis/ grunnlag for denne type intervensjoner: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Positive effekter:</b> moderat evidens for armstøtte, begrenset evidens for ergonomisk trening og arbeidsplass tilpasninger (tilpasset stol og pauser)</li> <li>- <b>Ingen effekt:</b> stor evidens for arbeidsplass tilpasninger alene, moderat for biofeedback trening og jobberelatert stress håndtering. Begrenset for kognitiv atferdstrening</li> <li>- <b>Negativ effekt:</b> ingen ble sett som negative.</li> </ul> </li> <li>- Det er vanskelig å gi sterke evidensbaserte tiltak / anbefalinger om hva terapeuter kan gjøre for å forebygge/ håndtere denne type lidelse.</li> </ul>
<b>Sterke sider</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inkluderer mange studier. Fagfellevurdert nivå 2</li> <li>- Analyseteamet hadde en variert bakgrunn og spesialiseringer.</li> <li>- Randomiserte grupper for analyse for å styrke egne vurderinger.</li> <li>- Tydelig IMRAD - struktur.</li> </ul>
<b>Svake sider</b>	Utelukket “grå litteratur” - på grunn av tidsperioden for gjennomføringen av studiet. Fikk ikke tid til å avklare med andre forfattere om hva de la i ulike intervensjoner, og valgte da bort disse studiene.
<b>Relevans for oppgaven</b>	Studien foretar seg en analyse for å se om intervensjoner faktisk har en effekt for denne gruppen. Viser ikke konkrete positive gevinster, men trekker frem at det må settes sammen flere tiltak for å kunne se en effekt.

## Vedlegg 4 Artikkel 2

<b>Tittel</b>	<i>Communicating with employers: experiences of occupational therapists treating people with musculoskeletal conditions.</i>
<b>Forfatter, år</b>	Coole, C. et al. (2013b)
<b>Hensikt</b>	Utforske erfaringene av ergoterapeuter ved å kommunisere ved brukerens arbeidsgiver.
<b>Metode</b>	Kvalitativ data, spørreundersøkelse (143 respondenter og 649 kommentarer)
<b>Resultat</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>5 temaer:</b> pasient avhengige faktorer, arbeidsgiveravhengige faktorer, terapeutavhengige faktorer, utvendige faktorer (faktorer utenfor kroppen som kan lage skade) og metoder for kommunikasjon.</li><li>- Kommunikasjonen mellom ergoterapeuter og arbeidsgivere er påvirket av flere faktorer, inkludert de som er ute av terapeutens kontroll - disse må anerkjennes og tydeliggjøres av alle parter for å understøtte veien tilbake til jobb.</li></ul>
<b>Sterke sider</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Få studier som har studert kommunikasjonen som er tilstede mellom terapeuter og arbeidsgivere til personer med muskel- og skjelettlidelser.</li><li>- Første som ser ifra ergoterapeuters perspektiv.</li><li>- Mange deltakere i studien.</li><li>- Fagfellevurdert nivå 1.</li></ul>
<b>Svake sider</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Spørreundersøkelse, fikk ikke muligheten til å spørre hva meningen med de ulike kommentarene var eller utforske syn og erfaringer.</li></ul>
<b>Relevans for oppgaven</b>	Viser faktorer som påvirker kommunikasjonen mellom ergoterapeuter og brukers arbeidsgiver.

### Vedlegg 5 Artikkel 3

<b>Tittel</b>	<i>Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave (Review).</i>
<b>Forfatter, år</b>	van Vilsteren, M. <i>et al.</i> (2015)
<b>Hensikt</b>	Avgjøre effekten av arbeidsplassintervensjoner ment for å forebygge utfordringer tilknyttet evnen til arbeid, blant personer som er sykmeldte. Sammenlignet med vanlig behandling/ kliniske intervensjoner.
<b>Metode</b>	Litteraturstudie (Cochrane Work Trials Register, CENTRAL, Medline, Embase og PsycInfo). Inkluderte 14 randomiserte kontrollerte studier (RCT) som involverte nesten 1900 arbeidstakere. <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 av disse: muskel- og skjelettlidelser</li> <li>- Resterende: mental helse og kreft.</li> </ul>
<b>Resultat</b>	Ser på intervensjoner for personer med muskel- og skjelettlidelser, mental helse og kreft. <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Høykvalitets evidens:</b> effekten av arbeidsplassintervensjonene førte til reduksjon av varigheten på sykefraværet, mer enn vanlig behandling.</li> <li>- <b>Moderat kvalitet evidens:</b> arbeidsplassintervensjoner reduserte tiden for veien tilbake til jobb, bedret funksjonell status og smerte - mer enn vanlig behandling.</li> <li>- Nevner at medisinske tiltak alene ikke har en gunstig effekt på arbeidsrelaterte utfall.</li> </ul>
<b>Sterke sider</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vurderer publiseringskjevhet.</li> <li>- God IMRAD - struktur. Fagfellevurdert nivå 1.</li> <li>- Foretatt en metaanalyse av inkludert forskning.</li> </ul>
<b>Svake sider</b>	Nevner at studien kan ha gått glipp av relevant upublisert forskning.
<b>Relevans for oppgaven</b>	Trekker frem evidens for at intervensjoner som blir satt i gang tilknyttet arbeidsplassen har en effekt for muskel- og skjelett gruppen.



## Vedlegg 6 Artikkel 4

<b>Tittel</b>	<i>Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs): a systematic, comprehensive literature review.</i>
<b>Forfatter, år</b>	Nastasia, I., Coutu, M. F. og Tcaciuc, R. (2014)
<b>Hensikt</b>	Få en oversikt over suksessfulle ikke- kliniske intervensjoner for utfordringer tilknyttet arbeid, for personer med muskel- og skjelettlidelser i et langtidsperspektiv.
<b>Metode</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Systematisk litteraturstudie</li><li>- Søkt i 10 databaser: Ergoabstracts, CISDOC, HSEline, Canadiana, NIOSH, PsychInfo, FRANCIS, PASCAL, INRS-bibliographie og PubMed.</li><li>- Tidsramme: Januar 2000-Januar 2013</li><li>- Førte til 5776 artikler → Inkluderte 212 på engelsk og fransk</li><li>- Kategorisering og tematisk analyse ble brukt for å analysere artiklene</li></ul>
<b>Resultat</b>	Studien viser at det gjenstår mye forskning for å utvikle tiltak som kan forhindre uførhet. For at tiltak skal ha en positiv effekt viser forskning at god kartlegging, brukermedvirkning og kommunikasjon mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og terapeut er viktig.
<b>Sterke sider</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fagfellevurdert nivå 1</li><li>- Inkluderte studier med ulike metoder</li><li>- Grundig analysering av de inkluderte artiklene</li><li>- Tydelig IMRAD - struktur</li></ul>
<b>Svake sider</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ekskludert upubliserte studier som kan inneholde verdifull informasjon</li><li>- Ekskludert studier i gråsonen</li><li>- Ekskludert studier som ikke har relevante nøkkelord i tittel eller abstrakt</li></ul>
<b>Relevans for oppgaven</b>	Kritisk til tiltak og deres effekt, ser på ulike faktorer og utfordringer tilknyttet personer med muskel- og skjelettlidelser.

## Vedlegg 7 Artikkel 5

<b>Tittel</b>	<i>Effectiveness of workplace interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal disorders and symptoms: an update of the evidence.</i>
<b>Forfatter, år</b>	van Eerd, D. <i>et al.</i> (2015)
<b>Hensikt</b>	Hensikten var å oppdatere forskningen rundt arbeidsplassintervensjoner for å forhindre og beherske muskel- og skjelettlidelser med symptomer i øvre ekstremiteter.
<b>Metode</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Systematisk litteraturstudie</li><li>- Sekundærdata</li><li>- Søkt i 6 databaser: Medline, Embase, Cinahl, Cochrane Library, Ergonomic Abstracts og CCInfo Web</li><li>- Tidsramme: Januar 2008- April 2013</li><li>- Førte til 9909 artikler → Inkluderte 61 artikler fra ulike land i verden.</li></ul>
<b>Resultat</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 30 intervensjonskategorier</li><li>- Sterke bevis for at arbeidsplassbasert motstandstreningprogram kan begrense symptomene</li><li>- Moderate bevis for 3 intervensjoner: tøyingsøvelser (program), vibrasjonstilbakemeldinger ved bruk av statisk datamus og underarmsstøtte.</li><li>- Moderat/lite bevis for 3 intervensjoner: Stressmestringsprogram, arbeidsplassjusteringer alene og biofeedback trening.</li><li>- Ingen bevis for resterende intervensjoner.</li></ul>
<b>Sterke sider</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fagfellevurdert nivå 2</li><li>- Tydelig IMRAD - struktur</li><li>- Inkluderer mange studier</li><li>- Konsulterte med helsepersonell for å sikre overføringen fra teori til praksis</li></ul>
<b>Svake sider</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Trengs flere kvalitetsstudier for å påvise positive gevinster for flere av tiltakene.</li><li>- Vurderer tiltak med “ingen effekt” fra andre studier likevel til “positiv effekt” i deres egen studie, da tiltakene ikke vurderes til “negativ effekt”</li></ul>
<b>Relevans for oppgaven</b>	Tar for seg mange tiltak og i hvor stor grad det er bevis for om tiltakene gir positive gevinster.

## Vedlegg 8 Artikkel 6

<b>Tittel</b>	<i>A systematic review on workplace interventions to manage chronic musculoskeletal conditions.</i>
<b>Forfatter, år</b>	Skamagki, G. <i>et al.</i> (2018)
<b>Hensikt</b>	Å undersøke om det faktisk er effektive arbeidsplassintervensjoner for å takle kroniske muskel- og skjelettlidelser.
<b>Metode</b>	- Litteraturstudie (databaser: Medline, Scopus, Cinahl, Amed, PsycInfo, Academic search complete, Cochrane og PEDro). - 12 artikler fra 2008- 2017, Danmark, Finland, Nederland og USA.
<b>Resultat</b>	- Styrkeøvelser og/ eller integrert helsehjelp på arbeidsplassen kan minske smerter og symptomer. - Implementering av flere “multicomponent” arbeidsplassintervensjoner for å kunne takle langvarige muskel- og skjelettlidelser. Det er svært viktig å ha en slags “all-inclusive” tilnærming innenfor dette temaet, for å ta hensyn til arbeidskapasiteten. Dette vil både arbeidsgiver og arbeidstaker ha nytte av. - Ingen intervensjoner var spesielt bedre enn andre.
<b>Sterke sider</b>	- Vurdert de inkluderte artiklene i henhold til publiseringsskjevhet. - Trekker frem noen mulige påvirkningsfaktorer (intensiteten og hyppigheten av tiltakene, personens egne motivasjon og velvære). - Fagfellevurdert nivå 2.
<b>Svake sider</b>	- Assosiasjonen av smerte (smerteopplevelse) og andre faktorer kan ha påvirket resultatene av enkelte inkluderte studier rundt endringen av grad av smerte.
<b>Relevans for oppgaven</b>	Innehar et fokus på muskel- og skjelettlidelser, og intervensjoner tilknyttet arbeidsplassen.

## Vedlegg 9 Artikkel 7

<b>Tittel</b>	<i>Factors influencing workplace health promotion interventions: a qualitative systematic review.</i>
<b>Forfatter, år</b>	Rojatz, D. Merchant, A. Nitsch, M. (2016)
<b>Hensikt</b>	Identifisere og syntetisere faktorer som påvirker faser av helsefremmende arbeidsplassintervensjoner (planleggingsfasen, implementeringsfasen og evalueringsfasen).
<b>Metode</b>	- Kvalitativ systematisk litteraturstudie. (Scopus, PubMed, Social Sciences Citation Index, ASSIA, ERIC, IBBS og PsycInfo). - 1998-2013: 54 artikler.
<b>Resultat</b>	- Det ble inkludert og analysert 54 artikler, i hovedsak fra Europa, Nord-Amerika, Asia og Australia. - Faktorer på et kontekstuellt nivå. - Faktorer på organisatorisk nivå (påvirkningsprosessen og struktur på arbeidsplassen). - Faktorer på intervensjonsnivå (påvirkningen av intervensjonens struktur og prosesser, og samspillet mellom involverte parter). - Faktorer på implementeringsnivå (omhandler arbeidsplassposisjonen, ressurser og kompetanse, problemer med terapeut). - Faktorer på deltakernivå (deltakers holdninger, ressurser, deltakelse og liten tro på intervensjonen). - Faktorer som henviser til metodologi og dataaspekter, aspekter av evalueringsdesign og datainnsamlingsprosedyrer.
<b>Sterke sider</b>	- Analyserer faktorer som kan påvirke en intervensjon. - Tydelig IMRAD - struktur, fagfellevurdert nivå 1.
<b>Svake sider</b>	- Inkludert noen eldre artikler.
<b>Relevans for oppgaven</b>	Påvirkende faktorer for helsefremmende arbeidsplassintervensjoner.

## Vedlegg 10 Artikkel 8

<b>Tittel</b> <b>Forfatter, år</b>	<i>What concerns workers with low back pain? Findings of a qualitative study of patients referred for rehabilitation.</i> Coole, C. et al. (2010)
<b>Hensikt</b>	Å undersøke pasientenes opplevelser og oppfatninger rundt bekymringene for deres evne til å jobbe på grunn av vedvarende eller tilbakevendende smerter i korsryggen.
<b>Metode</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kvalitativ metode (semistrukturert intervju)</li><li>- Rekrutterte informanter i en 8 ukers periode</li><li>- 25 informanter</li><li>- Tematisk analyse av data</li></ul>
<b>Resultat</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Studien ble gjennomført med semistrukturert intervju som metode, som inkluderte 25 deltakere i England.</li><li>- Datainnsamlingen resulterte i 5 hovedtemaer: “Rettfærdiggjøre ryggproblemer på arbeidsplassen”, “Bekymret for evnene til å kunne fremdeles stå i arbeid i fremtiden”, “Vanskeligheter med å håndtere tilbakefall”, “Motvilje til bruk av medisiner” og Bekymringer rundt sykefravær”.</li></ul>
<b>Sterke sider</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fagfellevurdert nivå 1</li><li>- Tydelig IMRAD - struktur</li><li>- Har med erfaringer fra arbeidstakerne sin side</li><li>- Mange informanter</li></ul>
<b>Svake sider</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Personen som intervjuet, skal nylig ha jobbet i et rehabiliteringsteam for rygg smerter → kan ha påvirket rollen som forsker.</li></ul>
<b>Relevans for oppgaven</b>	Erfaringer fra arbeidstakers side, og deres utfordringer.

## Vedlegg 11 Artikkel 9

<b>Tittel</b> <b>Forfatter, år</b>	<i>Factors promoting staying at work on people with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a systematic review</i> de Vries, H. J. <i>et al.</i> (2011)
<b>Hensikt</b>	Å identifisere faktorer for at personer med kroniske, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter fremdeles kan stå i arbeid.
<b>Metode</b>	- Systematisk litteraturstudie (PubMed, Embase, PsycInfo, Cinahl, Cochrane Library). - 7 Inkluderte studier (5 tverrsnittsstudier og 2 kvalitative studier) fra USA og Europa.
<b>Resultat</b>	Ulike kategorier for faktorer kommer frem, som er forbundet med at personer er i jobb selv med en lidelse. - Helsestatus (mentalt, sosialt, fysisk, egen oppfatning av helse) - Kroppsfunksjon og struktur (smerter) - Aktivitet og deltagelse (pauser, hvile) - Personlige faktorer (holdninger, tenkemåte) - Personlige arbeidsrelaterte faktorer (oppfattelse av krav o.l.) - Miljø- og arbeidsmessige faktorer (antall timer, tilpasninger)
<b>Sterke sider</b>	- Fagfellevurdert nivå 1 - Tydelig IMRAD - struktur - Inkluderte studier med negative utfall - Grundig analysering av artikler
<b>Svake sider</b>	- Få studier inkludert grunnet strenge inklusjons- og eksklusjonskriterier - Skilte ikke på heltidsansatte og deltidsansatte, kan ha påvirket resultatet da færre arbeidstimer kan være en positiv faktor.
<b>Relevans for oppgaven</b>	Tar for seg faktorer som kan påvirke arbeidssituasjonen for personer med muskel- og skjelettlidelser.

