

**norliv**

Foreningen for kunder  
i Nordea Liv & Pension



# Analysen om mentale sundhedsudfordringer (MSU) og forebyggende initiativer for erhvervsaktive i Danmark: Arbejdsrapport

---

## Analyse 2

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og TeamArbejdsliv

**Udarbejdet af:**

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø  
Lersø Parkallé 105  
2100 København Ø  
Tlf 39 16 52 00

TeamArbejdsliv  
Høffdingsvej 22, 1. sal  
2500 Valby  
Tlf 38 34 50 34

**For:**

Norliv – Foreningen for kunder i Nordea Liv og Pension



## Forord

Denne rapport vedrører en analyse om *indsatser* vedrørende mentale sundhedsudfordringer blandt erhvervsaktive udarbejdet for Norliv af det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og TeamArbejdsliv. Analysen, betegnet analyse 2, skal ses i sammenhæng med analysen af *omfang og udbredelse* af forskellige typer mentale sundhedsproblemer, betegnet analyse 1.

Analysen af indsatser (analyse 2) er udført som to delanalyser. Den første delanalyse (analyse 2.1) afdækker, hvilke indsatser der findes, og hvordan deres effekt er med hensyn til forebyggelsen af mentale sundhedsudfordringer. I den anden delanalyse (analyse 2.2) uddybes analysen af indsatser med fokus på særlige målgrupper, som er udpeget på baggrund af resultaterne i analyse 1 og i analyse 2.1.

Hver delanalyse er afrapporteret i en arbejdsrapport med hver deres indledning, bilag, referenceliste, osv. De to arbejdsrapporter kan læses hver for sig eller i sammenhæng, hvorfor der er indsat resuméer undervejs i dette samlede dokument. Denne samlede rapport indeholder begge arbejdsrapporter.

Arbejdsgruppen bag analyserne har bestået af Jesper Kristiansen, Birgit Aust og Iben Louise Karlsen fra det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, og Hans Jørgen Limborg, Karen Albertsen, Ulrik Gensby og Flemming Pedersen fra TeamArbejdsliv.



**norliv**

Foreningen for kunder  
i Nordea Liv & Pension



# Analysen om mentale sundhedsudfordringer (MSU) og forebyggende initiativer for erhvervsaktive i Danmark: Arbejdsrapport

---

## Analyse 2.1

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og TeamArbejdsliv

**Udarbejdet af:**

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø  
Lersø Parkallé 105  
2100 København Ø  
Tlf 39 16 52 00

TeamArbejdsliv  
Høffdingsvej 22, 1. sal  
2500 Valby  
Tlf 38 34 50 34

**For:**

Norliv – Foreningen for kunder i Nordea Liv og Pension

## Arbejdsrapport Analyse 2.1

Udarbejdet for Norliv af:

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø(NFA) og TeamArbejdsliv (TA)  
September 2017

Arbejdsgrupperne bag rapporterne har bestået af følgende personer:

Arbejdsrapport 1.1	Arbejdsrapport 2.1	
<u>NFA</u> Jeppe Karl Sørensen Elisabeth Framke Nina Føns Johnsen Reiner Rugulies Anne Helene Garde	<u>NFA</u> Birgit Aust Iben Louise Karlsen Jesper Kristiansen	<u>TA</u> Hans Jørgen Limborg Karen Albertsen Ulrik Gensby

# Indhold

<b>1. Resumé</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Baggrund</b> .....	<b>6</b>
2.1. Mentale sundhedsudfordringer.....	6
2.2. Arbejdspladsen som arena for MSU.....	7
<b>3. Formål</b> .....	<b>8</b>
<b>4. Metoder</b> .....	<b>8</b>
<b>5. Forkortelser</b> .....	<b>9</b>
<b>6. 'Landskabet' for indsatser</b> .....	<b>10</b>
6.1. Samfundsmæssige virkemidler.....	10
6.2. Særlig udfordringer for at fremme de arbejdspladsnære indsatser.....	13
6.2.1. 'Orkestrering' af virkemidler.....	13
6.2.2. Behov for øget viden om MSU på arbejdspladsen og styrket ledelse.....	13
6.2.3. De særlige udfordringer med at nå små og mellemstore virksomheder.....	14
<b>7. Viden om arbejdspladsrettede indsatser</b> .....	<b>14</b>
7.1. Effekter af indsatser på forskellige niveauer og områder.....	14
7.2. Primær forebyggelse af MSU.....	16
7.2.1. Forskningsbaseret evidens for effekt af primær forebyggelse.....	18
7.2.2. Internationale anbefalinger.....	19
7.2.3. Viden fra danske undersøgelser.....	22
7.2.4. Opsamling på muligheder for primær forebyggelse af MSU.....	24
7.3. Sekundær forebyggelse af MSU.....	26
7.3.1. Forskningsbaseret evidens for effekt af sekundær forebyggelse.....	29
7.3.2. Internationale anbefalinger.....	30
7.3.3. Viden fra danske undersøgelser.....	31
7.3.4. Opsamling sekundær forebyggelse.....	33
7.4. Tertiær forebyggelse af MSU.....	35
7.4.1. Forskningsbaseret evidens for effekt af tertiær forebyggelse.....	37
7.4.2. Internationale anbefalinger.....	39
7.4.3. Viden fra danske undersøgelser.....	40
7.4.4. Opsamling på tertiær forebyggelse.....	42
7.5. Proces, implementering og evaluering af indsatser.....	43
<b>8. Virksomhedernes forebyggelsespraksis</b> .....	<b>45</b>
8.1. Primære forebyggelsesindsatser i VAI.....	45
8.2. Tertiære forebyggelsesindsatser i VAI.....	50
<b>9. Områder, hvor indsatser kan gøre en forskel</b> .....	<b>55</b>
9.1. Veldokumenterede versus lovende indsatser.....	55
9.2. Øget opmærksomhed og mere viden om MSU på arbejdspladserne.....	55
9.3. Støtte skabelsen af kapable og robuste arbejdspladser.....	57
9.4. Styrk sammenhængen mellem arbejdspladsens behov for støtte og samfundets virkemidler.....	58
9.5. Skab en bedre evaluerings- og læringskultur omkring MSU indsatser.....	58
<b>10. BILAG A: Metoder</b> .....	<b>63</b>
<b>11. BILAG B. Rapporter og andet materiale anvendt i analyserne</b> .....	<b>67</b>
<b>12. BILAG C. Referenceliste</b> .....	<b>71</b>





## 1. Resumé

Denne arbejdsrapport vedrører første del af Analyse 2 udarbejdet for Norliv af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) og TeamArbejdsliv (TA). I rapporten gennemgås viden om effekterne af indsatser for at forebygge mentale sundhedsudfordringer blandt erhvervsaktive på den arena, som udgøres af arbejdspladsen. Den videnskabelige litteratur, internationale anbefalinger, samt viden og erfaringer opsamlet i danske undersøgelser gennemgås og analyseres. Efterfølgende suppleres med resultater fra den spørgeskemabaserede undersøgelse Virksomhedernes Arbejdsmiljøindsats 2014, som giver et indblik i udbredelsen af forskellige typer overordnede arbejdspladsindsatser.

Gennemgangen og analysen af indsatserne er opdelt efter forebyggelsesniveau, nemlig den *primære forebyggelse* af MSU (dvs. indsatser rettet mod alle medarbejdere), den *sekundære forebyggelse* (indsatser til medarbejdere, der viser symptomer på mentale helbredsproblemer) og den *tertiære forebyggelse* (indsatser for medarbejdere, som er sygemeldte på grund af mentale helbredsproblemer). På hvert niveau følges den velkendte IGLO-model, dvs. indsatserne gennemgås og analyseres efter, om de fortrinsvis retter sig mod individet, gruppen, lederen eller organisationen (arbejdspladsen). Rækkefølgen er dog blevet vendt, så ledelse og organisation gennemgås først, og en ny kategori kaldet kombinerede indsatser er blevet inkluderet. Derved bliver modellen for gennemgangen til LOGIK-modellen.

Efter hver gennemgang af indsatser på de tre forebyggelsesniveauer opsamles mulighederne for at forebygge mentale sundhedsudfordringer. Denne opsamling er ligeledes organiseret efter LOGIK, dvs. der redegøres for, hvad henholdsvis ledelsesniveauet, organisationsniveauet, gruppen, og individet kan gøre for at forebygge mentale sundhedsudfordringer. Til sidst opsummeres, hvilken rolle kombinerede indsatser spiller i forebyggelsen. Arbejdsrapportens sidste kapitel er en tværgående opsamling af lovende indsatser, som tematiseres indenfor fire overordnede indsatsområder.

De fire områder, hvor arbejdspladsrettede indsatser kan gøre en forskel i forebyggelsen af mentale sundhedsudfordringer, er følgende:

- **Øget opmærksomhed og mere viden om mentale sundhedsudfordringer på arbejdspladserne.** Dette er en grundlæggende betingelse for, at andre indsatser kan blive en succes.
- **Understøtte skabelsen af kapable og robuste arbejdspladser.** Det er vigtigt, at arbejdspladserne tager konkrete initiativer for at forebygge mentale sundhedsudfordringer. Indsatser på dette område, har til formål at støtte dem i dette arbejde.
- **Styrket sammenhæng mellem arbejdspladsens behov for støtte og samfundets virkemidler.** Mange arbejdspladser mangler interne ressourcer til at igangsætte indsatser i forebyggelsen af MSU. Der er derfor et stort potentiale i at udnytte ressourcer uden for arbejdspladsen bedre.
- **Styrket og forbedret evaluerings- og læringskultur omkring indsatser for at forebygge mentale sundhedsudfordringer.** Dette er vigtigt, for at øge forståelsen af, hvad der kan give en effekt og hvordan den kan opnås, hvilket skal bidrage til øget viden om, hvordan fremtidige indsatser kan forbedres og optimeres til virksomhedens behov.

## 2. Baggrund

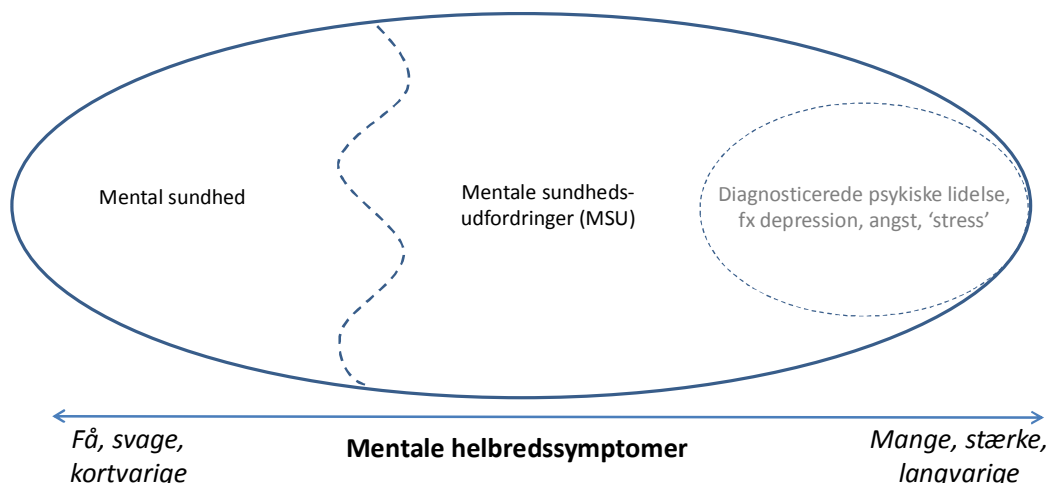
Denne rapport vedrører første del af Analyse 2 udarbejdet for Norliv af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA). I Analyse 2 kortlægges og analyseres arbejdspladsrettede indsatser for at forebygge mentale sundhedsudfordringer hos erhvervsaktive. I næste del af analysen (2.2) suppleres med analyser af indsatser og særlige målgrupper afdækket i Analyse 1.1 og 2.1.

I en anden rapport præsenteres resultaterne fra Analyse 1, omfang og udbredelse af mentale sundhedsudfordringer (MSU) i form af mentale helbredssymptomer afdækkes blandt erhvervsaktive og tidligere erhvervsaktive danskere i alderen 20-70 år. De to analyser supplerer blandt andet hinanden ved at analyse 2 vil bruge resultaterne fra Analyse 1 ved at vurdere udfordringer og muligheder i relation til at overføre indsatserne til de mest udsatte grupper, som bl.a. bliver identificeret i Analyse 1. Der udarbejdes i alt 4 rapporter: En arbejdsrapport for henholdsvis Analyse 1.1 og Analyse 2.1, og en samlet rapport for Analyse 1 (1.1 og 1.2) og Analyse 2 (2.1 og 2.2).

Det er formålet med analyserne at afdække omfanget og udbredelsen af de erhvervsaktives mentale sundhedsudfordringer samt beskrive den arena, hvor de kommer til udtryk og i større eller mindre grad kan afhjælpes ved hjælp af konkrete indsatser. I den sammenhæng ses arbejdspladsen som en central arena. Det er formålet at gennemføre en bred vidensafdækning, som dels giver grundlag for at pege på typer af problemer og problemfelter, dels afdækker hvilke værktøjer der allerede er defineret, og hvilken viden der er om deres virkning.

### 2.1. Mentale sundhedsudfordringer

Analyserne i denne rapport fokuserer på mentale sundhedsudfordringer (MSU). De alvorligste mentale sundhedsudfordringer er egentlige mentale lidelser fx depression eller angst. Men man kan have mentale sundhedsudfordringer i form af mentale helbredssymptomer uden at have en diagnosticeret psykisk lidelse. I denne rapport baseres mentale sundhedsudfordringer på forekomst af mentale helbredssymptomer. Figur 1 viser, at forekomsten af mentale helbredssymptomer fx søvnbesvær, nedtrykthed, smerter, manglende energi, osv. med hensyn til antal, intensitet og varighed udgør et kontinuum hos den erhvervsaktive befolkning. I den ene ende af spektret er personer med få, svage eller kortvarige symptomer, altså personer med høj grad af mental sundhed (og få eller ingen mentale sundhedsudfordringer). I den anden ende af spektret findes personer med mange, stærke eller langvarige symptomer, altså personer med mentale sundhedsudfordringer. Der er ingen klar afgrænsning af, hvor mange, stærke og langvarige symptomerne skal være, før der er tale om en MSU. Dette er illustreret ved at grænsen mellem mental sundhed og MSU er angivet med bølget, stiplet linje. Figuren viser også, at man kan have mentale sundhedsudfordringer uden at have en diagnosticeret psykisk lidelse. Men, som det fremgår af modellen, hvis man har en psykisk lidelse fx depression eller en angstlidelse, eller en belastningsreaktion (i folkemunde kaldet 'stress' eller stressbetinget sygdom), så har man også mentale sundhedsudfordringer.



Figur 1. Placeringen af mental sundhed, mentale sundhedsudfordringer og psykisk lidelser på akse over mentale helbredssymptomer

Mentale sundhedsudfordringer (MSU) er udbredt i det danske samfund (1). Sundhedsstyrelsen anslår, at 10-20 % af den danske befolkning på et givet tidspunkt har nedsat mental sundhed i form af en psykisk lidelse i varierende grad, og at 10 % af befolkningen derudover er præget af psykisk sårbarhed i mere eller mindre grad (1).

## 2.2. Arbejdspladsen som arena for MSU

Afhængigt af målgruppen gives der forskellige arenaer, hvor man kan vælge at fokusere en indsats for at forebygge MSU, fx skoler, klubber og organisationer for forskellige fritidsaktiviteter, hvis børn og unge er målgruppen, eller kommunale sociale tilbud, hvis målgruppen er udsatte grupper som hjemløse, misbrugere, osv. For målgruppen erhvervsaktive er arbejdspladsen oplagt som en central arena, det er en af de arenaer som alle erhvervsaktive har til fælles. Arbejdspladsen som fælles arena giver unikke muligheder for at prioritere forebyggende indsatser.

Hos erhvervsaktive vil MSU fortrinsvis være karakteriseret af psykiske symptomer i den lettere ende fremfor svære psykiske sygdomme. Dette betyder ikke, at det ikke skal tages alvorligt. Dels kan lettere trivselsproblemer udvikle sig til alvorligere symptomer. Dels går mistrivsel og lette psykiske symptomer ikke kun ud over den enkelte arbejdstager; mistrivsel kan let føre til nedsat produktivitet og sygefravær, hvilket også påvirker kollegerne, arbejdspladsen og samfundet. Derfor har både den person som er ramt af MSU, og arbejdspladserne en interesse i at forebygge og bidrage til håndtering af mentale sundhedsudfordringer, og det er derfor relevant at undersøge, hvordan arbejdspladserne kan støtte og støttes i dette arbejde.

Arbejdspladsens forebyggende indsatser kan opdeles i tre forskellige, men overlappende, niveauer: Arbejdspladserne kan spille en rolle i forebyggelsen af mentale helbredsudfordringer gennem indsatser rettet mod alle medarbejdere, inklusive dem, som har god mental sundhed (primær forebyggelse, også kaldet universel forebyggelse). Blandt andet kan arbejdspladserne bidrage til at forebygge udvikling af MSU fx ved at sørge for at skabe og vedligeholde et godt psykosocialt arbejdsmiljø. Arbejdspladserne kan også igangsætte indsatser til medarbejdere, der viser tegn på MSU, men stadig er på arbejdspladsen, uanset om årsagerne til MSU er arbejdsrelaterede eller ej (sekundær forebyggelse). Endelig kan arbejdspladserne gøre

en indsats for medarbejdere, som er sygemeldte på grund af MSU, ved aktivt at tage hånd om dem i processen med at vende tilbage til arbejdet (tertiære forbyggende indsatser).

### 3. Formål

Det overordnede formål med analyse 2, del 1 er at kortlægge og analysere indsatser for at forebygge mentale sundhedsudfordringer hos erhvervsaktive. Specifikt vil analysen søge at afklare følgende spørgsmål: Hvilke typer af indsatser findes? Hvilke er velbelyste? Og hvilke typer indsatser er der behov for mere viden om? Hvilke typer af indsatser forekommer lovende? På hvilke områder er der særligt brug for mere viden om, hvordan indsatserne virker? Ved besvarelsen af disse spørgsmål vil der være særlig fokus på indsatser i den private sektor. Men uanset om en indsats er udført i en den offentlige eller private sektor, kan den som regel give en inspiration til andre indsatser blandt den erhvervsaktive befolkning i Danmark uanset sektor. Derfor gennemgås og analyseres indsatser uafhængigt af, hvor de er gennemført. Analyserne vil have fokus på arbejdstagere i alle aldersgrupper, men i opsamlingen vil behovet for indsatser blive vurderet i forhold til de yngre arbejdstagere (jf. Arbejdsrapport 1.1). Ligeledes vil forskellene mellem små og store virksomheders adgang til ressourcer have indflydelse på, hvilke indsatser, der er mulige og relevante for dem. Også dette perspektiv tages med i vurderingen af indsatserne.

I gennemgangen vil blive brugt begreber som *evidens* og *udfald*. Evidens bruges til at betegne graden af støtte til en antagelse, fx antagelsen om, at en bestemt indsats på arbejdspladsen fører til færre depressionssymptomer blandt de ansatte. Støtten til denne antagelse kan komme forskellige steder fra, bl.a. fra videnskabelige studier eller erfaringer fra praksis. Evidens er dermed ikke et enten/eller, men skal 'gradbøjes'. Hvis der foreligger mange videnskabelige studier af høj kvalitet, der alle peger i samme (positive) retning, så er der stærk evidens for antagelsen om, at indsatsen virker. Få, men positive, praksiserfaringer giver ligeledes støtte til antagelsen, men i dette tilfælde er evidensen mindre stærk.

Et udfald er i den videnskabelige terminologi et resultat af et eksperiment eller forsøg. Hvis en indsats for at forbedre MSU eksempelvis afprøves på en arbejdsplads i et videnskabeligt studie (et 'eksperiment') vælger man et eller flere *udfald* til at måle resultatet af afprøvningen. Disse udfald kan fx være stress, søvnproblemer, jobtilfredshed, eller langtidssygefravær.

### 4. Metoder

Metoderne er mere udførligt beskrevet i Bilag A. Herunder gives et kort oversigt over metoderne.

Analyse 2, del 1, er gennemført som et tilpasset 'scoping review'. Scoping reviews er en samlebetegnelse for en kortlægningsproces af eksisterende faglitteratur og/eller viden indenfor et givet emnefelt (2). Der er anvendt og bearbejdet materiale fra NFA og TA (oversigt i Bilag B), samt ny oversigtslitteratur. Ud over materiale publiceret som forskningsartikler i internationale peer-reviewede tidsskrifter omfatter materialet rapporter fra forskningsprojekter, undersøgelser, evalueringer og udredningsopgaver gennemført inden for de seneste år.

Materialer, der handler om indsatser med fokus på arbejdspladsen i forhold til forebyggelse eller håndtering af MSU eller MSU-relaterede problemer, blev vurderet til at være relevante. De centrale

informationer i disse dokumenter blev systematisk opsamlet. På baggrund af disse opsamlinger blev indholdet systematiseret. I tråd med Malachowski og Kirsch (3) blev der taget udgangspunkt i en kategorisering af data som en indholdsanalyse af de forebyggende initiativer, anbefalinger, værktøjer og metoder i nedenstående matrix. Indholdsanalyse og kategorisering sammenstiller indsatsområde (om indsatser retter sig mod individer og grupper, ledelse eller organisationen (IGLO-modellen) med forebyggelsesniveau (om indsatser er beskrevet som primær, sekundær, eller tertiær forebyggelse).

#### Matrix for kategorisering af data

<b>Forebyggelsesniveau</b> <b>Indsatsområde</b>	Forebyggelse af mentale sundhedsproblemer (primær forebyggelse)	Håndtering af konsekvenserne af de mentale helbredsudfordringer (sekundær forebyggelse)	Hjælp til tilbagevenden til arbejdet for sygemeldte (tertiær forebyggelse)
Individ			
Gruppe			
Ledelse			
Organisation			

Ovenstående analyse af indsatserne er blevet suppleret med data fra undersøgelsen 'Virksomhedernes Arbejdsmiljø Indsats (VAI) 2014'. Denne undersøgelse afdækker virksomhedernes arbejdsmiljøarbejde – i forhold til dels prioritering af arbejdsmiljø på arbejdspladsen, dels indsatser for fastholdelse, dels konkrete tiltag for at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø (se Bilag A for yderligere beskrivelse af VAI).

## 5. Forkortelser

Betydningen af forkortelser er angivet første gang de er anvendt. Herunder er en liste over de anvendte forkortelser:

AM:	Arbejdsmiljø
AMO:	Arbejdsmiljøorganisation
CBT:	<i>Cognitive behavioral therapy</i> (kognitiv adfærdsterapi)
CSR:	<i>Corporate Social Responsibility</i> (virksomhedens samfundsansvar)
HR:	<i>Human resources</i> (virksomhedens personaleadministration)
IGLO:	Individ, Gruppe, Ledelse, Organisation
LOGIK:	Ledelse, Organisation, Gruppe, Individ, Kombinationer
MED:	Medindflydelse og medbestemmelse. MED-udvalg: Samarbejdsudvalg i den kommunale struktur.
MSU:	Mentale Sundhedsudfordringer
NFA:	Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
PTSD:	<i>Post-traumatic stress disorder</i> (posttraumatisk belastningsreaktion)
SU:	Samarbejdsudvalg
TA:	TeamArbejdsliv

TRIO:	Samarbejdsenhed på arbejdspladsen bestående af en ledelsesrepræsentant, arbejdsmiljørepræsentant og tillidsrepræsentant
TTA:	Tilbage-til-arbejdet
VAI:	Virksomhedernes Arbejdsmiljøindsats (en spørgeskemaundersøgelse blandt virksomheder)
VFA:	Videncenter for Arbejdsmiljø

## 6. 'Landskabet' for indsatser

Problemstillingen vedrørende håndtering af MSU på arbejdspladsen har stor bevågenhed og mange aktører på forskellige niveauer er involveret i at udvikle og implementere indsatser rettet mod MSU. Derfor indledes der med at tegne et billede af det 'landskab' af virkemidler, som udgøres af mangfoldigheden af MSU-indsatser. Dette billede er vigtigt for at forstå den sammenhæng, som de indsatser, der analyseres i det efterfølgende afsnit, indgår i. Først beskrives de mest centrale samfundsmæssige virkemidler, altså indsatser som myndigheder eller arbejdsmarkedets parter sætter i værk, og derefter nogle af de virkemidler, der bringes i anvendelse af arbejdspladser og organisationer.

### 6.1. Samfundsmæssige virkemidler

De samfundsmæssige virkemidler og de heraf afledte indsatser, der bringes i spil for at forebygge MSU, kan overordnet opdeles i '*pisk*', dvs. forbudsrettet lovgivning, tilsyn, kontrol og håndhævelse, '*gulerod*', dvs. incitamentsordninger som økonomiske støtteordninger mm. og '*prædiken*' som f.eks. bred formidling gennem informationskampagner med oplysning om risici og håndteringsstrategier.

*Tilsyn og kontrol* er blandt de virkemidler, der er undersøgt. Især er der en række studier, der undersøger Arbejdstilsynets rolle og mulighederne for at føre tilsyn med og vejlede virksomheder og institutioner og således initiere indsatser for at forbedre arbejdsmiljøet og sikre en bedre mental sundhed. Arbejdstilsynet har udviklet en række tilsynsmetoder og tilhørende værktøjer i form af spørgeguides, brancheprofiler mm., som er udgangspunkt for gennemførelse af tilsyn og dermed medvirker til at fastlægge hvilke faktorer i arbejdet, der er væsentlige at inddrage i forebyggende indsatser. Virksomheden kan endvidere få en vejledning, hvis der er arbejdsmiljøforhold på virksomheden, som kan justeres, også i de tilfælde hvor Arbejdstilsynet ikke har fundet grundlag for at påtale kritisable forhold.

Det er lovpligtigt for alle arbejdspladser at gennemføre en risikovurdering som led i at udføre en Arbejdspladsvurdering. Mange arbejdspladser inddrager kortlægningsværktøjer af forskellig art i APV-arbejdet, og der udføres også jævnligt trivselsmålinger af forskellig art. Størstedelen tager udgangspunkt i den eksisterende forskning og validerede spørgeskemaer og disse målinger medvirker således til en generel prioritering af, hvilke faktorer der anses for de centrale mentale sundhedsudfordringer i arbejdet. Særligt 12 faktorer<sup>1</sup> anses, som de centrale faktorer i arbejdsmiljøet, og er afgørende betydning for psykosocialt arbejdsmiljø og mental sundhed (4). Vold, mobning og chikane har haft særlig bevågenhed, og der er en del

---

<sup>1</sup> De 12 faktorer er: 'Krav i arbejdet', 'indflydelse i arbejdet', 'social støtte', 'belønning i arbejdet', 'mening i arbejdet', 'forudsigelighed', 'Følelsesmæssige krav', 'mobning', 'vold og trusler om vold', 'tillid og retfærdighed', 'uoverensstemmelser i arbejdet og høje krav til social kompetence' og 'uhensigtsmæssige arbejdstider og skiftehold' (4).

undersøgelser, der afdækker problematikken og dens konsekvenser og foreslår forskellige håndterings- og forebyggelsesstrategier.

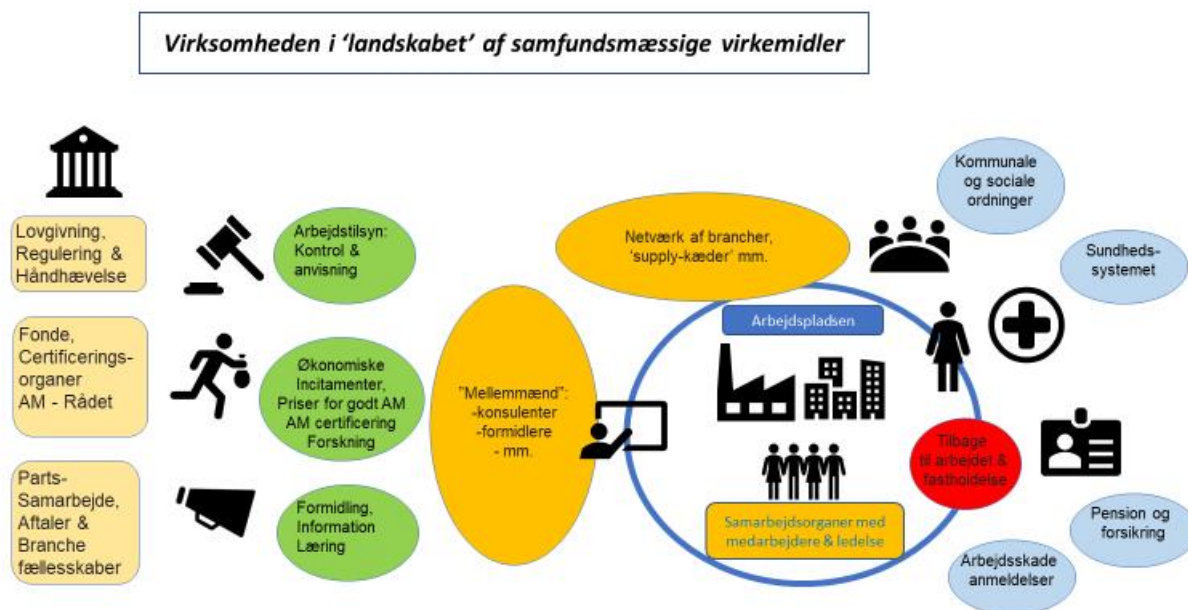
Der har i perioder eksisteret offentlige *incitamentsordninger*, der ydede støtte til indsatser på arbejdspladsniveau, som f.eks. Forebyggelsesfonden, der støttede projekter efter ansøgninger direkte fra arbejdspladser og siden hen udbød de såkaldte forebyggelsespakker. Begge disse ordninger er i dag ophørt, og resultaterne af indsatserne er meget vanskelige at vurdere, da der ikke foreligger valide evalueringer. Enkelte undersøgelser peger dog på positive resultater blandt små og mindre virksomheder af 'forebyggelsespakkerne', når de også kombineres med støtte fra eksterne fagpersoner (5).

*Frivillig certificering* er et andet virkemiddel med stort aktuelt fokus, idet en lang række virksomheder har valgt at lade sig certificere efter standarden OHSAS 18001. Der peges dog i aktuel forskning på, at certificeringsordninger og ekstern audit af certificeringsbureauer ikke har formået at inddrage det psykosociale arbejdsmiljø og de mentale sundhedsudfordringer (6). Der er dog netop indgået en politisk aftale om at styrke certificeringsordningens muligheder for at have fokus på den mentale sundhed gennem bl.a. uddannelse af auditorer og inddragelse af udenlandske erfaringer.

*Bred formidling om MSU til arbejdspladser* varetages i stort omfang af Arbejdsmarkedets parter som gennem de fem partsstyrede Branchefællesskaber for arbejdsmiljø (tidligere BrancheArbejdsmiljøRåd), udvikler, udbyder og formidler vejledninger og anvisninger på håndtering og forebyggelse gennem skriftlig formidling, hjemmesider, informationsmøder, undervisning, kampagner mm. Ligeledes fungerer Videncenter for Arbejdsmiljø (VFA) i regi af NFA, som en bred formidler af viden om arbejdsmiljø. VFA har bl.a. i perioden 2008-2015 gennemført en række kampagner målrettet den offentlige sektor og, baseret på forskningsfaglig viden, under den overordnede titel 'Styrket Indsats'. Kampagnerne har indeholdt en række forskellige aktiviteter, herunder websider, sociale medier, netværk, arbejdspladsbesøg, annoncer, TV-spots m.m. Et rejsehold har besøgt over 1.500 arbejdspladser, og der har været i alt omkring 100.000 deltagere til arrangementerne. Vigtige erfaringer fra kampagnerne var, at det var muligt at transformere ofte kompleks forskningsbaseret viden til enkle og praktisk anvendelige handlingsanvisende budskaber og værktøjer, samt at massemediebaserede kampagner er vigtige i forhold til hurtigt at opnå et højt kendskab, mens samarbejds- og netværksbaserede kampagneindsatser, her med arbejdsmarkedets parter, synes at være mest effektive i forhold til at skabe aktiviteter og opnå forankring på arbejdspladserne.

Der er foretaget en del evalueringer af brede formidlingsindsatser, konklusionerne er overordnet set, at der i forhold til at fremme mental sundhed allerede eksisterer et meget stort omfang af materialer og metodebeskrivelser, som ofte af en meget høj kvalitet. Det påpeges, at *push*-strategier (når materialer distribueres til en bred målgruppe) har ringe umiddelbar virkning i forhold til at omsætte de mange anbefalinger til praksis, men at de medvirker til, at der findes tilgængelig viden, når den efterspørges. Den største nyttevirkning opnås, når arbejdspladser af egen vilje (*pull*-strategi) ønsker at trække på de materialer og den viden, der eksisterer. Anbefalinger peger ofte på vigtigheden af at målrette formidling til specifikke målgrupper med specifikke problemstillinger.

Den følgende figur er en illustration af det 'landskab', som arbejdspladserne skal agere i, når de møder de samfundsmæssige virkemidler.



Figur 2. Landskab af virkemidler og aktører med arbejdspladsen som centrum.

Som det illustreres i figuren, peger aktuel forskning i virkemidler på, at det sjældent kan dokumenteres, at de tre grundlæggende samfundsmæssige virkemidler i sig selv kan ændre arbejdspladsernes evne til at håndtere og forebygge MSU. Der peges på tre faktorer, som i den aktuelle forskning også fremhæves som afgørende for, om virkemidlerne opnår virkning og effekt på arbejdspladsniveau, nemlig betydningen af 'mellemmænd' – forskellige aktører, der er i direkte dialog med arbejdspladserne om at implementere forskellige indsatser, *arbejdspladsernes egen organisering* af samarbejdet om indsatser til at håndtere og forebygge, samt de *netværk*, som den enkelte arbejdsplads er en del af og lader sig påvirke af. Til højre i figuren illustreres den problemstilling, der knytter sig til medarbejdere som sygemeldes, og hvor mange forskellige aktører kan bidrage til at skabe et frugtbart tilbage-til-arbejdet forløb og fastholdelse. Denne problemstilling vender vi tilbage til i afsnittet om tertiær forebyggelse.

Betydningen af 'mellemmænd' er undersøgt i flere studier, der konkluderer, at de spiller en vigtig rolle for arbejdspladsernes evne til – og muligheder for at implementere og fastholde forebyggelsesindsatser. Det drejer sig om at omsætte og fortolke generelle anbefalinger til at kunne anvendes i den specifikke kontekst, som hver arbejdsplads er. 'Mellemmænd' udgøres af en række meget forskellige aktører. Der er tale om en meget heterogen og relativt uoverskuelig gruppe af få store konsulentbureauer og mange mindre eller individuelle rådgivere med fokus på MSU. Der er imidlertid en begrundet antagelse, at arbejdspladser generelt har meget svært ved at overskue markedet og vurdere kvaliteten af de tilbud, de kan få. For eksempel findes der ingen undersøgelser, der tilbyder et overblik over forekomsten af rådgivere og konsulenter endelige analyser af det indholdsmæssige fokus eller en vurdering af kvalitet og betydning af rådgivningen (7). En anden konsekvens af det uoverskuelige marked er, at der er meget ringe rammer for vidensdeling og erfaringsudveksling blandt aktørerne. Hvilket antages at lede til, at mange indsatser og metoder gentages, uden at der opsamles erfaringer og evalueres på virkning og effekt (8). En nyere udvikling er, at der etableres rådgivnings- og vejledningsenheder i regi af partssamarbejdet indenfor



specifikke sektorer finansieret af overenskomstmidler. Et eksempel aftalen mellem Dansk Byggeri og byggeriets fagforeninger om at etablere Byggeriets Arbejdsmiljøbus - en mobil konsulenttjeneste, der formidler god arbejdsmiljøpraksis og viden om arbejdsmiljø – herunder MSU til byggepladser, byggevirksomheder og deres ansatte. På det kommunale område har parterne i fællesskab etableret SPARK, som er en konsulenttjeneste, hvis mål er at støtte de kommunale TRIO-grupper i deres arbejde for at håndtere og forebygge MSU, andre tilsvarende ordninger er under udvikling. En tilsvarende aktivitet er startet på det regionale område. I samarbejde med Danske Regioner og Forhandlingsfællesskabet gennemfører forskere fra NFA og formidlere fra VFA en række aktiviteter på regionale arbejdspladser med henblik på at styrke det psykosociale arbejdsmiljø. Dette er en udløber af overenskomstforhandlingerne fra 2015, hvorefter regionale arbejdspladser kan få ekspertrådgivning og inspiration til at håndtere udfordringer i det psykosociale arbejdsmiljø.

Arbejdsmiljøloven fastlægger rammerne for *arbejdspladsernes egen organisering* af de forebyggende indsatser. Arbejdspladser med mere end 9 ansatte skal etablere en arbejdsmiljøorganisation (AMO), og medlemmerne skal gennem et grundkursus opnå et minimum af viden om psykosocialt arbejdsmiljø og MSU. Aktuell forskning peger på, at uddannelsesudfordringen ikke opfyldes, da der ikke findes tilstrækkelige og relevante uddannelses tilbud, men også at der savnes efterspørgsel fra arbejdspladsernes side (9). Mange arbejdspladser har supplerende til AMO ansat medarbejdere med kompetence til og ansvar for at varetage arbejdsmiljøarbejdet (8). Denne voksende gruppe af arbejdsmiljøprofessionelle er karakteriseret ved at uddannelsesniveaue er meget varierende, og deres opgaver kan være koblet enten til AMO eller HR-funktioner eller være integreret med kvalitet, miljø, bæredygtighed, CSR eller andre stabsfunktioner.

I forhold til indsatser, der retter sig mod små og mellemstore virksomheder, har nyere forskning fremhævet betydningen af de *netværker* som f.eks. branchefællesskaber, samarbejde i leverandørkæder mm., arbejdspladserne indgår i. Det anses som en lovende strategi at støtte sådanne netværker, som led i at motivere små arbejdspladser til at forebygge (10).

## 6.2. Særlig udfordringer for at fremme de arbejdspladsnære indsatser

### 6.2.1. 'Orkestrering' af virkemidler

Den aktuelle virkemiddelforskning lægger vægt på, at samspillet mellem forskellige virkemidler kan skabe større effekt end de enkelte virkemidler i sig selv. En aktiv brug af dette samspil omtales ofte som *'orkestrering'*, og der er aktuelt politisk fokus på at styrke sammenhængen mellem regulering og bredere formidling. Forskningen er aktuelt optaget af at identificere de mekanismer, der ligger bag de positive effekter af et sådant samspil (11).

### 6.2.2. Behov for øget viden om MSU på arbejdspladsen og styrket ledelse

En gennemgående konklusion i stort set alle såvel danske som internationale retningslinjer er behovet for øget viden om mentale helbredsproblemer (*'mental health literacy'*) på arbejdspladserne. Især blandt ledere, tillidsvalgte og interne professionelle. Som der senere gøres opmærksom på (se 7.2.2) eksisterer der store vidensressourcer. Udfordringen er, at få den tilgængelige viden ud i de relevante målgrupper.

Lederne er i frontlinjen med hensyn til forebyggelsen og håndteringen af mentale helbredsproblemer på arbejdspladsen. Derfor er denne gruppes viden om mentale helbredsproblemer særlig vigtig, og flere af anbefalingerne i de internationale studier går på, at arbejdspladsen skal sørge for, at lederne har viden om mentale helbredsproblemer. Eksempelvis må lederen have en vis viden om, hvilke forskellige opfattelser og fordomme om mentale helbredsproblemer, som er udbredte, for at kunne imødegå stigmatisering af personer med mentale helbredsproblemer. Endelig kan det fremhæves, at flere af de internationale retningslinjer peger på, at processen omkring tilbagevenden-til-arbejdet (TTA) for sygemeldte med mentale helbredsproblemer kræver en høj grad af ekspertise. I visse lande varetages denne proces således af en særligt uddannet TTA-koordinator. Der peges på, at håndtering af TTA-processen kræver viden om for eksempel lovgivning, behandlersystemet og rollerne og samspillet mellem de forskellige aktører (læger, jobcenter, osv.), der kan indgå i TTA-processen.

### *6.2.3. De særlige udfordringer med at nå små og mellemstore virksomheder*

Studier af arbejdsmiljøarbejdet i små og mellemstore virksomheder viser, at små virksomheder oftere end store virksomheder er udfordret med hensyn til at implementere indsatser for at forbedre arbejdsmiljø og sikkerhed. Det kan være på grund af den uformelle sociale struktur, men det kan også skyldes, at virksomhedslederen/ejeren mangler viden om regler og metoder til iværksætte særlige indsatser og især i forhold til MSU mangler viden og begreber om problematikken. Små virksomheder vil i mindre grad investere i sundhedsfremmeforanstaltninger end store virksomheder, bl.a. er små virksomheder finansielt mere ustabile end store virksomheder, hvilket gør en investering i sundhedsfremme mere risikabel. Dansk forskning i arbejdsmiljøindsatser overfor små virksomheder peger på, at indsatser rettet mod små virksomheder, skal være udviklet og opbygget med det specifikke sigte at nå denne målgruppe for at kunne få et gennemslag (12). Der skal særligt tages hensyn til samarbejdskulturen og til den særlige relation mellem ejer/leder og medarbejdere. En række metoder til dette er afprøvet og beskrevet bl.a. i ovennævnte reference. Forskningen påpeger, at selvom der er udviklet metoder og redskaber med små virksomheder som målgruppe, er det meget svært at nå målgruppen med traditionelle formidlingsindsatser, kampagner eller tilbud om støtte eller rådgivning. De små virksomheder bruger ikke selv ressourcer på at opsøge viden, de er meget lidt modtagelige for skriftlig information eller kampagneaktiviteter, og deres handleressourcer er begrænsede. Der er således et stort og udækket behov for at støtte de små og de mellemstore virksomheder i deres evne til at håndtere og forebygge MSU. Men det forudsætter at man udvikler indsatser, der er rettet specifikt mod denne målgruppe, og her udnytter de erfaringer, der allerede ligger for at henvende sig til dem på andre måder end det traditionelt gøres overfor større arbejdspladser.

## **7. Viden om arbejdspladsrettede indsatser**

### **7.1. Effekter af indsatser på forskellige niveauer og områder**

Som beskrevet i metodeafsnittet, er kategoriseringen af den foreliggende viden udført i en matrix, som sammenstiller indsatsområde med forebyggelsesniveau (om indsatser kan beskrives som primær, sekundær, eller tertiær forebyggelse). I forhold til indsatsområder er der taget udgangspunkt i IGLO-modellen, som beskriver, hvordan arbejdsmiljøindsatser både kan rette sig mod og understøttes af

individer, grupper, ledelse eller organisationen. Der er dog valgt at vise disse grupper i en anden rækkefølge for at understrege betydning af organisatoriske indsatser (ledelse, organisation, gruppe, individ). Derudover er tilføjet kategorien "kombinerede indsatser" til at betegne indsatser, der involverer flere niveauer i IGLO eller andre aktører uden for arbejdspladsen, eller en blanding af universelle indsatser og indsatser mod særlige målgrupper. Det ser nemlig ud til, at disse typer indsatser har en særlig betydning. Den nye model hedder derfor LOGIK-modellen (Ledelse, Organisation, Gruppe, Individ og Kombinerede indsatser).

I det følgende gennemgås vores viden om arbejdspladsrettede indsatser, der har til formål at forebygge MSU på arbejdspladsen, og behandle og rehabiliterer medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Først behandles alle indsatser, som fokuserer på primær forebyggelse på alle organisatoriske niveauer (afsnit 7.3), derefter alle sekundære forebyggende indsatser (afsnit 7.4) og til sidst alle tertiære forebyggende indsatser (7.5).

De fire organisatoriske niveauer (ledelse, organisation, gruppe og individ) kan være svære at skelne, når man ser på arbejdspladsrettede indsatser. Her defineres en indsats som værende på et bestemt niveau alt efter, *hvad* der ændres med indsatsen. Eksempelvis defineres en indsats, der omhandler fysisk aktivitet og er rettet mod alle medarbejdere på en arbejdsplads, som værende en primær individrettet indsats, fordi ændringerne er bedre fysisk form for den enkelte. En indsats, der skal øge medarbejderens indflydelse i arbejdet, bliver derimod vurderet som værende på organisatorisk niveau, fordi der sker ændringer på arbejdspladsen, fx i tilrettelæggelsen af arbejdet.

#### *Opbygning af afsnit om primær, sekundær og tertiær forebyggelse af MSU*

Hvert af de tre afsnit om primær (7.3), sekundær (7.4) og tertiær (7.5) forebyggelse er opbygget på samme måde:

Sammenfatning af evidens på baggrund af oversigtsdokumenter: Alle tre afsnit starter med at præsentere evidensen for effekten af bestemte indsatser på baggrund af udvalgt oversigtslitteratur. Oversigtslitteraturen udgør sammenfatninger af den eksisterende viden om identificering, håndtering og forebyggelse af mentale helbredsudfordringer på arbejdspladsen. Blandt den oversigtslitteratur, der er udvalgt til rapporten, hører artiklen fra Joyce et al. 2016(13), som undersøger effekten af indsatser, der har til formål at forebygge, behandle og rehabiliterer medarbejdere med mentale helbredsproblemer (især depressions- eller angstdiagnoser). Artiklen er en meta-review, dvs. et review af reviews, og det dækker over viden fra i alt 481 studier. Herudover suppleres der med viden fra to andre relevante oversigtsdokumenter udgivet af NFA: Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde (14) og overviewrapporten "Psychosociale arbejdsmiljøinterventioner – Hvad virker" (15). Begge dokumenter samler op på viden på baggrund af den internationale videnskabelige litteratur. For også at belyse områder, som ikke eller næsten ikke behandles i de tre store oversigtsdokumenter, er der inddraget enkelte, supplerende reviews, som giver indblik i den eksisterende viden i forhold til det specifikke område.

Internationale anbefalinger: Alle tre afsnit sammenfatter, hvad der anbefales i forhold til forebyggelse af MSU på de tre forebyggelsesniveauer. I disse afsnit tages der udgangspunkt i to kilder, som er 'oversigtsagtige' af natur, men ikke er egentlige reviews (16;17). Disse to kilder har et lidt andet formål end review-litteraturen, der, som nævnt, gør status over den *eksisterende* viden. De nævnte kilder kommer i stedet med deres bedste forslag til, hvordan en effektiv indsats mod MSU kan se ud med arbejdspladsen som udgangspunkt. Disse forslag bliver empirisk begrundet, dvs. med data og viden, der understøtter de

grundlæggende præmisser for forslagene, men er ikke afprøvet empirisk i deres helhed. Derudover præsenteres her politikker, retningslinjer eller standarder, som typisk bygger på en blanding af empiriske erfaringer (fx samlinger af bedste praksis), eksisterende viden fra forskning og ekspertdiskussioner.

Viden fra danske undersøgelser: Vidensoversigten i de tre afsnit indeholder også en sammenfatning af viden fra danske undersøgelser. Det kan være afsluttende eller igangværende undersøgelser fra NFA og fra TA, eller andre relevante indsatser. Gennemgangen omfatter både resultater fra internationalt publicerede forskningsresultater og fra dansksprogede rapporter. Sammenfatningen af disse resultater og erfaringer giver et indblik i, på hvilke områder, der er forholdsvis meget eller lidt (forsknings)aktivitet. Viden fra danske undersøgelser giver desuden også et relevant og detaljeret indblik i de udfordringer, som indsatser møder, når forskningsviden skal overføres til praktiske indsatser i en dansk kontekst.

## 7.2. Primær forebyggelse af MSU

Som tidligere beskrevet i afsnit 3.1 kan arbejdspladserne spille en rolle i forebyggelsen af MSU gennem indsatser rettet mod alle medarbejdere, inklusive dem, som har god mental sundhed, samt ved at forebygge belastninger i arbejdet eller i balancen mellem arbejde og fritid. Det er den type indsatser, der har karakter af primær eller universel forebyggelse. Årsagerne til udviklingen af mentale helbredsproblemer er komplekse og kan bl.a. ligge i barndoms/ungdomsalderen eller i privatlivet. Indsatserne på arbejdspladsen vil derfor aldrig kunne forebygge udviklingen af alle mentale helbredsproblemer. Arbejdspladserne kan dog spille en rolle i forebyggelsen af MSU, der skyldes store belastninger i arbejdslivet, fx arbejdsrelateret stress, depression, udbrændthed og posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Her kan arbejdspladserne blandt andet bidrage til at forebygge udvikling af MSU ved at skabe og vedligeholde et godt psykosocialt arbejdsmiljø. Når det i de følgende afsnit beskrives, hvad man ved om primær forebyggelse, så drejer det sig om indsatser, som retter sig mod alle medarbejdere, og som har til formål at øge arbejdspladsernes evne til at skabe et godt psykosocialt arbejdsmiljø. Psykosocialt arbejdsmiljø skal forstås i bred forstand, og omfatter både arbejdets indhold og organisering såvel som sociale relationer på arbejdspladsen, inklusiv kultur, omgangsformer, osv. Begrebet "Psychologically healthy workplaces" (som endnu ikke anvendes i Danmark) indfanger denne sammenhæng mellem MSU og arbejdsmiljøet. En "psychologically healthy workplace" defineres som "[workplaces] that incorporate practices, programs, policies, or work design that promote or enhance positive employee health and well-being or that remediate or prevent employee stress or other negative health and well-being" (18 s. 10).

Tabel 1 giver en oversigt over den eksisterende videnskabelige evidens, internationale anbefalinger samt erfaringer fra undersøgelser gennemført i Danmark om primær forebyggelse af MSU. De efterfølgende afsnit giver detaljerede informationer.

Tabel 1: Evidens, anbefalinger og erfaringer om primær forebyggelse af MSU

Forebyggelsesniveau Indsatsområde	Primær forebyggelse af MSU 1. Videnskabelig evidens	Primær forebyggelse af MSU 2. Internationale anbefalinger	Primær forebyggelse af MSU 3. Danske erfaringer
Ledelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uklar evidens, da der kun findes få studier, som har undersøgt om træning og udvikling af lederne har effekt på organisatoriske udfald, som fx medarbejders jobtilfredshed, men de få studier, som findes, tyder på positive effekter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oplær lederne i at anvende en positiv ledelsesstil</li> <li>Retningslinjer for ledelsestræning om mentalt helbred</li> <li>Træning og sparring</li> <li>Øge opmærksomheds-kultur</li> </ul>	Kilderne beskriver ingen indsatser på dette niveau
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indflydelse på arbejdstid-tilrettelæggelse</li> <li>Indflydelse på arbejdsopgaver /inddragelse i at udvikle forbedringer</li> <li>Introduktion til nyuddannede</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychologically healthy workplaces (indflydelse, fleksibilitet, udviklingsmuligheder, anerkendelse)</li> <li>Positiv psykologi</li> <li>Politikker for håndtering af MSU</li> <li>Nedbringe stigma og fordomme</li> <li>Øge viden om MSU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Øget indflydelse på tilrettelæggelse af arbejdstid</li> <li>Introduktion af nyuddannede</li> <li>Brug af ressourcepersoner</li> </ul>
Gruppe	Kilderne beskriver ingen indsatser på dette niveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>Øge opmærksomheds-kultur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Udvikle social kapital</li> </ul>
Individ	Kilderne beskriver ingen indsatser på dette niveau <sup>1</sup>	Kilderne beskriver ingen indsatser på dette niveau	Kilderne beskriver ingen indsatser på dette niveau
Kombinerede indsatser (indsatser, der involverer flere niveauer i IGLO eller andre aktører uden for arbejdspladsen, eller en blanding af universelle indsatser og indsatser mod særlige målgrupper)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kombination af forskellige organisatoriske indsatser eller af organisatoriske og individuelle indsatser.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Holistisk stressforståelse: samspil mellem omverden, den enkelte og ressourcer</li> <li>Integreret tilgang: beskytte medarbejderne, fremme det positive, samt håndtere MSU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrke TRIO samarbejde</li> <li>Kobling mellem kerneopgave og arbejdsmiljøforbedringer</li> </ul>

Note 1: På baggrund af kilderne kan der være tvivl om, hvorvidt visse indsatser fx indenfor fysisk aktivitet og andre sundhedsfremmeaktiviteter skal placeres som en primær forebyggelsesindsats. Vi har valgt at behandle dem under sekundær forebyggelse, se afsnit 7.3.1.

### *7.2.1. Forskningsbaseret evidens for effekt af primær forebyggelse*

#### **Primær forebyggelse på ledelsesniveau**

I overviewrapporten om organisatoriske interventioner for at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø (15) blev der fundet to reviews, som undersøgte effekten af ledelsesinterventioner, det vil sige interventioner, der var rettet mod ledere, og som for eksempel dækkede over ændring i ledelsestilgang eller ledelsesudvikling og -træning. Begge reviews fandt positive effekter på viden og kompetencer hos lederne, men kun i det ene review blev der fundet små effekter på organisatoriske udfald (f.eks. medarbejdernes jobtilfredshed). Spørgsmålet om evidensen kan derfor på baggrund af disse to reviews ikke afklares, dvs. der er brug for at evaluere flere indsatser bestående af udvikling og træning af ledere med hensyn til effekten på medarbejdernes arbejdsmiljø og mentale helbred.

#### **Primær forebyggelse på organisationsniveau**

Overviewrapporten om organisatoriske interventioner for at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø (15) fandt, at der er en tendens til, at indsatser, som fokuserer på mere fleksibel tilrettelæggelse af arbejdstiden, giver positive effekter på enten arbejdsmiljø, helbred og/eller tilknytningen til arbejdsmarkedet. Det stemmer godt overens med resultaterne fra meta-review fra Joyce et al. 2016, som også fandt evidens for, at øget medarbejderkontrol (fx indflydelse på tilrettelæggelsen af vagterne, mulighed for gradvis/delvis tilbagetrækning) førte til reduktioner i mentale helbreds symptomer. Effekten af øget medarbejderkontrol på organisatoriske udfald, fx sygefravær, var dog uklar (13).

Overviewrapporten om organisatoriske interventioner (15) fandt derudover også, at indsatser, som introducerede nyuddannede til deres nye arbejdsplads, havde en tendens til at vise positive resultater på en række forskellige udfald relateret til arbejdsmiljø, helbred og arbejdsmarkedstilknytning. Der blev fundet særligt positive effekter på udfald såsom viden, kompetencer og faglig selvtilid, mens udfald såsom stress eller fastholdelse var mindre stærk. Reviews i overviewrapporten beskæftigede sig kun med nyuddannede sygeplejersker. Det er dog plausibelt, at reviewenes positive fund vedrørende introduktion generelt kan gælde for nyuddannede, da det tænkes, at der blandt nyuddannede vil være et generelt behov for, at der bliver skabt nogle gode rammer for introduktion til arbejdspladsen.

#### **Primær forebyggelse på gruppeniveau og individniveau**

De kilder, der er blevet anvendt i denne analyse, beskriver ikke nogen indsatser på dette niveau.

#### **Primær forebyggelse: kombinerede indsatser**

Overviewrapporten fandt (15), at der er stor uenighed i forskningen, i forhold til, om organisationsrettede interventioner generelt har indflydelse på medarbejdernes helbred. På trods af denne uenighed henviser de fleste af disse reviews dog til, at kombinerede interventioner ser ud til at have en højere sandsynlighed for at føre til forbedringer i medarbejdernes helbred, end interventioner, som kun fokuserer på en enkelt interventionsindsats.

Hvad der menes med kombinerede interventioner, er lidt forskelligt fra review til review. Et review undersøgte kun organisationsrettede interventioner og fandt, at omfattende organisationsrettede

interventioner, som kombinerer fysiske, organisatoriske og arbejdstidsrelaterede forhold, har en tendens til i højere grad at opnå positive effekter på medarbejdernes helbred, end interventioner, som kun fokuserer på en eller to af disse aspekter. Andre reviews konkluderer derimod, at det er kombinationen af individrettede og organisationsrettede interventionskomponenter, som ser ud til at have en højere sandsynlighed for at føre til positive effekter på helbredsudfald.

### 7.2.2. Internationale anbefalinger

I modsætning til den videnskabelige litteratur om indsatser, som er gennemgået herover, er de internationale anbefalinger og erfaringer fra de danske undersøgelser sværere at opdele efter IGLO (eller LOGIK) modellen. Vi har derfor ikke struktureret gennemgangen i disse afsnit efter denne.

#### *Oplær lederne i at anvende en positiv ledelsesstil*

I et review, som fokuserede på sammenhængen mellem lederstil og medarbejdernes psykisk velbefindende og helbred, fandt forfatterne en sammenhæng mellem positive og motiverende ledelsesstile (reflekterende og støttende ledelse, eller transformationsledelse) og jobtilfredshed eller velbefindende på arbejde (udmattelse, ængstelse, depression eller arbejdsrelateret stress), sygefravær og førtidspension, mens sammenhæng mellem ledelsesstil og job *performance* var uklar (19). Disse konklusioner er i overensstemmelse med flere studier af sammenhængen mellem transformationsledelse og medarbejdertrivsel. Med transformationsledelse menes en lederstil, hvor lederne fungerer som rollemodeller for den ønskede adfærd, formulerer attraktive og inspirerende visioner, opmuntrer medarbejderne til at være kreative, innovative og lave deres egne beslutninger, og lederen *coacher* medarbejderne, så de kan udvikle deres kompetencer (20). Flere studier har vist korrelationer mellem denne ledelsesstil og velbefindende samt med forskellige aspekter af det psykosociale arbejdsmiljø, fx mening i arbejde, rolleklarhed og udviklingsmuligheder (21) og medarbejderinddragelse (22). Der anbefales derfor, at lederne uddannes i positive ledelsesstile som fx transformationsledelse.

#### *Kompetencetræning for at støtte lederne i deres bidrag til et godt psykosocialt arbejdsmiljø*

Tsutsumi (23) har på baggrund af studier, som har undersøgt effekterne af ledelsestræning for at fremme mentalt helbred på arbejdspladsen, udviklet et forslag til en evidens-baseret retningslinje for ledelsestræning om mental sundhed, som bygger på en eksisterende retningslinje i Japan. Til retningslinjens forslag vedrørende primær forebyggelse hører bl.a. at opfordre lederne til at udvikle en arbejdspladspolitik om mentalt helbred, som skal indeholde en "visionserklæring", der beskriver, hvilke værdier og principper, der stræbes efter på arbejdspladsen. Retningslinjen indeholder også den anbefaling, at lederne laver en indsats for øge opmærksomheden om betydningen af godt mentalt helbred på arbejdet, som blandt andet handler om at skabe en produktiv og pulserende (*vibrant*) arbejdsplads, samt en arbejdsplads, som aktivt holder styr på risikofaktorer for MSU, herunder især stress.

#### *Øget viden om MSU*

I Job&Sind projektet (24) (se beskrivelsen af projektet i Bilag A) gennemgås 14 internationale retningslinjers anbefalinger om MSU. Anbefalingerne vedrører både primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Herunder er tre vigtige områder for anbefalingerne, som vedrører den primære forebyggelse af MSU, selvom der tydeligvis også er overlap med den sekundære forebyggelse:

- **Skabe rammer for åbenhed om MSU:** Anbefalinger på dette område omhandler fx at have en politik for håndteringen af MSU, om kontinuerligt at arbejde for at nedbringe stigma og fordomme omkring MSU, samt at sørge for, at medarbejderne har viden om MSU og om, hvor de skal henvende sig hvis de oplever MSU.
- **Opmærksomhedskultur:** Anbefalinger inden for dette område fokuserer på, hvordan ledere og medarbejdere er opmærksomme på hinanden, og at lederen tager en åben og omsorgsfuld samtale med medarbejdere der viser tegn på MSU. Endvidere skal arbejdspladsen sørge for information om MSU til ledere og medarbejdere, der gør dem i stand til at opdage tidlige tegn på MSU.
- **Støtte og uddannelse til lederen:** Dette områdes anbefalinger vedrører arbejdspladsens indsats for at klæde lederne på til at håndtere udfordringerne med mentale helbredsproblemer, fx støtte til håndteringen af MSU-udfordringerne ved at tilbyde lederne sparring.

På portalen [www.mentalsundhed.dk](http://www.mentalsundhed.dk) findes anbefalinger med tilsvarende indhold.

Et centralt omdrejningspunkt i ovennævnte anbefalinger er øget viden om MSU. Der findes mange vidensressourcer, hvor arbejdspladserne kan hente viden om mentale helbredsproblemer. Denne viden tilbydes eller er tilgængelig fra websider, bøger, fagpersoner eller organisationer. Udfordringen er at få denne viden ud på arbejdspladserne, herunder til lederne og medarbejderne (eller nøglepersoner blandt medarbejderne). En anden udfordring er, at små virksomheder ofte mangler de ressourcer, som det kræver at gennemføre anbefalingerne (fx skrivning af politik for håndtering af MSU, tid til at uddanne lederen, osv.).

#### *Psychologically health workplaces*

Med udgangspunkt i forskellige koncepter samt empiriske viden diskuterer Grawitch et al. (16) hvordan, arbejdspladserne kan udvikle sig til "*psychologically healthy workplaces*". Forfatterne tager udgangspunkt i et holistisk perspektiv på stress, hvor stress betragtes som afhængig af samspillet mellem omverden (environment), den enkelte og tilgængelige ressourcer. De fleste traditionelle stresshåndteringskurser for medarbejderne er oprettet som en ekstra aktivitet, der er adskilt fra arbejdet og ikke har nogen klar forbindelse til arbejdet og arbejdspladsen (en "*add-ons*"), dvs. de gennemføres parallelt med arbejdsopgaverne, men ikke i samspil med dem. I stedet foreslår forfatterne, at stresshåndtering skal ses i et mere omfattende perspektiv, hvor stress, og konsekvenserne af stress, ses i sammenhæng med arbejdsopgaver og situation.

Ud fra det foreslås, at initiativer til at reducere stress må fokusere på alle tre af disse aspekter og ikke kun på den enkeltes håndtering af stress. I forhold til primær forebyggelse fremhæver forfatterne fire fokuspunkter for vedvarende indsats (eller praksisser) på arbejdspladsniveau, som kan fremme psykisk velbefindende og reducere stress:

- Indflydelse og medarbejderinddragelse: Kan fremme medarbejdernes autonomi og kontrol over arbejdsopgaver og give større ejerskab og engagement i forhold til indsats til at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø
- Flexibilitet: Kan give medarbejderne bedre muligheder for at finde en god balance mellem arbejde og privatliv
- Udviklingsmuligheder i forhold til tre aspekter: (1) Udvikling af medarbejdernes kompetencer i bl.a. tidsmanagement kan forbedre håndtering af stressbelastninger, (2) mulighed for kontinuerlig



læring, der styrker robustheden overfor ændringerne på arbejdspladsen, (3) lederens kompetencer til at vedligeholde eller udvikle et godt psykosocialt arbejdsmiljø.

- Anerkendelse og forfremmelse: Anerkendelse kan fremme medarbejdernes motivation og engagement, forfremmelse kan give medarbejderne mere arbejdspladssikkerhed og bedre finansielle ressourcer – dog kan forfremmelse også have negative effekter, hvis medarbejderne ikke er tilstrækkelig forberedt til deres nye opgaver.

Forfatterne opfordrer, til at denne omfattende tilgang bliver afprøvet i praksis samt videnskabeligt evalueret. Samtidig fremhæver de, at der ikke findes en type indsatser, som passer til alle virksomheder, men at forebyggelsen skal tilpasses kulturen, strukturen og de daglige rutiner i virksomheden.

#### *Integreret tilgang til mentalt helbred på arbejdspladsen*

Også LaMontagne et al. (17) anbefaler en integreret tilgang til mentalt helbred på arbejdspladsen.

Forfatterne fremhæver, at arbejdsmiljøaspekter er en af de risikofaktorer for mentale sundhedsproblemer, som kan ændres, og at de dermed fortjener særlig opmærksomhed. Forfatterne fremfører, at arbejdspladsen kan spille en vigtig rolle for medarbejdernes mentale helbred gennem at integrere de følgende tre tilgange:

1. At beskytte medarbejdernes mentale sundhed ved at reducere arbejdsrelaterede risikofaktorer. Dette bør gøres gennem især organisationsrettede indsatser.
2. Fremme mental sundhed ved at udvikle de positive aspekter af arbejdet samt medarbejderens styrker og positive evner, fx gennem positiv ledelsesstil, mening i arbejde og et positivt klima i organisationen. De fleste indsatser som bygger på positiv psykologi er individrettede, og det er indtil videre uklart om de kan føre til positive effekter. Indsatser som bygger på en positiv tilgang og som rette sig mod grupper/teams eller hele organisationen er under udvikling og vil måske vise en mere tydelig effekt end en tilgang, der udelukkende er individrettet.
3. Håndtere mentale helbredsproblemer blandt arbejdstagere uanset årsag, fx gennem træning i "mental førstehjælp", viden (øge *mental health literacy*) og ledertræning. Tidlig opsporing og afsløring hæmmes af vedvarende stigma og potentiale for diskriminering – derfor er det særlig vigtigt at forskning, praksis og politikker gør en indsats for at nedbringe diskriminering og stigmatisering ved at fremme forståelsen for MSU fx gennem undervisning om mentale helbredsproblemer (psykoedukation).

Forfatterne henviser dog også til risici og udfordringer som står i vejen for en integreret tilgang til mental sundhed på arbejdspladsen.

Arbejdspladserne har fortsat størst opmærksomhed på individrettede indsatser. Organisationsrettede indsatser er meget mindre udbredte, blandt andet fordi sådanne indsatser ofte er mere ressourcekrævende, og muligvis kræver en vis intensitet og længere tid til at virke, inden arbejdspladserne kan se effekten.

Den største indsats for medarbejdernes mentale helbred retter sig typisk ikke mod de dele af den arbejdende befolkning, hvor der er den største forekomst af mentale helbredsproblemer, dvs. i jobgrupper med lav uddannelse, lav indkomst og lav status. Denne ubalancerede indsats i forhold til behovet kan på denne måde bidrage til en øget helbredsulighed mellem jobgrupper af høj og lave socioøkonomiske status.

### *Politikker og standarder om mentalt helbred*

Anbefalinger fra Grawitch et al. (16) og fra LaMontagne et al. (17), stemmer godt overens med politikker eller standarder, som typisk bygger på en blanding af empiriske erfaringer (fx samlinger af bedste praksis), eksisterende viden fra forskning og ekspertdiskussioner. Hertil hører blandt andet rapporten "Fremme af mental sundhed på arbejdspladsen – En rapport om god praksis." udgivet af den Europæiske Arbejdsagentur (2012) (25) eller "Standards for Psychological Health and Safety in the Workplace" udgivet af The Mental Health Commission of Canada i 2013(26). Den canadiske standard fremhæver, at både arbejdspladsen og den enkelte har et fælles ansvar for at bidrage til en "psychologically healthy workplace", fx gennem deltagelse i samarbejdet og vedligeholdelse af gode sociale relationer på arbejdspladsen.

### *7.2.3. Viden fra danske undersøgelser*

#### *TRIO'en som aktør for forebyggelse af MSU*

TRIO'en defineres som en samarbejdsenhed på arbejdspladsen bestående af en ledelsesrepræsentant, arbejdsmiljørepræsentant og tillidsrepræsentant. TRIO-begrebet er særligt udbredt på offentlige arbejdspladser, og anvendelsen af TRIO'en i forebyggelsen af MSU i denne sektor kan bruges som inspiration til private arbejdspladser. TRIO'en kan ses som en central aktør i arbejdet med udviklingen af den organisatoriske robusthed, herunder virksomhedens evne til at forebygge og håndtere MSU. Det er indtil videre begrænset, hvad der har været gennemført af systematiske indsatser til understøttelse af TRIO'ens arbejde. Indenfor de sidste par år er der på nationalt niveau blevet etableret flere forskellige former for støtteordninger til arbejdspladsernes TRIO'er, bl.a. ordningen SPARK på det kommunale område. SPARK tilbyder gratis støtte og sparring til ledere og medarbejderrepræsentanter på den enkelte arbejdsplads typisk i form af støtte til TRIO eller MED. Målet med indsatsen er, at TRIO/MED sammen skal få viden og redskaber til efterfølgende at arbejde videre med arbejdspladsens psykosociale arbejdsmiljø blandt medarbejdere og ledere. Den foreløbige evaluering af indsatsen peger på en meget stor tilfredshed blandt de modtagende arbejdspladser, og på tværs af seks arbejdspladser er der sket signifikante forandringer fra før til efter indsatsen med hensyn til social kapital, retfærdighed, tillid og rummelighed. Samtidig er kvantitative krav i arbejdet øget (27). Indsatsen må på den baggrund, og ud fra de indtil videre begrænsede erfaringer, vurderes som særdeles lovende.

#### *Samarbejdet om kerneopgaven*

Omdrejningspunktet for driften i en virksomhed er samarbejdet om kerneopgaven, og ikke at forebygge MSU eller fremme den mentale sundhed. Virksomhedens incitamenter til at forebygge MSU vil derfor altid hænge sammen med, hvordan forebyggelsen spiller sammen med håndteringen af kerneopgaven. I de senere år har der, ikke mindst i dansk sammenhæng, været en stigende interesse for at forstå, hvordan virksomhedens håndtering af samarbejdet omkring kerneopgaven spiller sammen med medarbejdernes helbred og velbefindende.

Det er dokumenteret både i den nationale og i den internationale forskning, at god kvalitet i arbejdet kan være en kilde til arbejdsglæde, stolthed, jobtilfredshed for medarbejderne, og omvendt, at et dårligt arbejdsmiljø kan påvirke produktivitet og kvalitet negativt, fx i form af et højt sygefravær, eller konfliktfyldt og ineffektivt samarbejde (28-31).

Der er dog indtil videre kun gennemført få interventionsstudier, som direkte sigter mod forbedringer i samarbejdet omkring kerneopgaven. Resultaterne fra et stort, dansk interventionsstudie, som omfattede 62 daginstitutioner har vist, at en forbedring af udførelsen af kerneopgaven kan påvirke både effektiviteten i organisationen og helbredet blandt de ansatte (vurderet på sygefraværet). Ved at fokusere på de områder, som medarbejderne oplevede som mest betydningsfulde (tilrettelæggelse af arbejdsopgaverne, effektive møder, socialt fællesskab, forbedret faglighed), blev der skabt forbedringer i arbejdsmiljøet, som både medarbejdere og brugere havde glæde af. Effekten af indsatsen afhang dog signifikant af, hvor effektivt den blev gennemført, og især hvor mange timer pr. medarbejder, der blev brugt på indsatsen (32).

Erfaringerne fra flere casestudier peger samstemmende på potentialerne i at tænke arbejdsmiljøforbedringer sammen med løsningen af kerneopgaven. Dette er tydeligt indenfor arbejde, der har med andre mennesker at gøre, og hvor belastningerne i arbejdet ofte hænger sammen med kvaliteten af samarbejdet omkring arbejds udførelse. Således pegede en undersøgelse om inklusion i daginstitutioner på en klar sammenhæng mellem håndteringen af inklusionsopgaven og belastninger i det psykosociale arbejdsmiljø (28). En undersøgelse af samarbejdsrelationer i ældreplejen i 5 danske kommuner viste signifikante sammenhænge mellem rapporteringen af kvaliteten af samarbejdet, medarbejdernes jobtilfredshed, psykisk velbefindende og oplevelsen af kvalitet i plejen (33).

Et igangværende interventionsprojekt på NFA undersøger en indsats indenfor det private område (mejeriindustrien), og søger at forbedre problemer/udfordringer i samarbejdsrelationerne, som medarbejderne selv identificerer og foreslår løst igennem et systematisk arbejde med handleplaner. Projektet sigter mod at øge social kapital, øge trivsel og produktivitet og mindske sygefravær. Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt nogen resultater (34). Der findes dog indikationer på betydningen af social kapital fra et andet studie blandt folkeskoler (35;36). Kvalitative undersøgelser pegede på, at niveauet af social kapital var afgørende for skolernes kapacitet til at håndtere udefra kommende krav og belastninger. De skoler, der havde en høj social kapital, var således langt bedre til at klare omstillinger end de skoler, hvor den sociale kapital var lav. Resultaterne peger på, at den sociale kapital kan forstås som udtryk for den kollektive, organisatoriske robusthed, som kan styrke trivsel og forebygge MSU ved at bibeholde et godt psykosocialt arbejdsmiljø også under i forandringer.

Erfaringerne fra de danske studier peger således i samme retning som flere af de internationale anbefalinger, som lægger vægt på udviklingen af et generelt positivt klima i organisationen.

#### *Øget indflydelse på tilrettelæggelse af arbejdstiden*

De internationale fund vedrørende positive effekter af øget indflydelse på egen arbejdstid er blevet bekræftet af resultaterne fra et stort dansk interventionsstudie.

Projektet undersøgte de helbreds- og trivselsmæssige effekter af en naturligt forekommende intervention, hvor medarbejdere i skifteholdsarbejde gennem IT-systemer fik tilbudt øget indflydelse på egen arbejdstid. Studiet viste signifikante positive effekter af indsatsen i form af lavere rapportering af mentale helbredssymptomer, søvnproblemer og behov for restitution (37) og i form af færre konflikter mellem arbejde og privatliv (38). De positive resultater var dog afhængige af, hvordan den øgede fleksibilitet var blevet indført, og om den reelt havde medført større indflydelse på arbejdstiden for medarbejderne, eller om den primært var indført for at give øget fleksibilitet i produktionen. De største positive forandringer blev fundet på de arbejdspladser, hvor implementeringen var forløbet bedst, og der blev samtidig fundet

tegn på negative effekter på arbejdspladser, hvor der havde været stor modstand mod forandringerne blandt medarbejderne.

#### *Introduktion til nyansatte*

Et af de områder, hvor den internationale forskning viser en positiv effekt af en indsats, er ved introduktion af nyansatte. Et igangværende interventionsprojekt rettet mod ungarbejdere i detailvarebranchen fandt, at omkring halvdelen af de unge ansatte var i tvivl om, hvordan de skulle agere i forhold til sikkerhed (løfteteknik, snitskader, konflikter og trusler). I projektet tilbydes de unge mulighed for at indgå i en unge-arbejdsmiljøgruppe, hvor de inddrages i arbejdsmiljøarbejdet. Projektet sætter fokus på, hvordan arbejdsmiljømæssige belastninger blandt ungarbejderne kan imødegås. En stor del af disse unge-arbejdsmiljøgrupper har netop ønsket at sætte fokus på bedre oplæring af nye unge. Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt resultater fra projektet, men en del af disse vil blive tilgængelige på NFA's og TA's hjemmesider i løbet af 2018 (39).

#### *Brug af ressourcepersoner som virkemiddel i den primære, virksomhedsnære forebyggelse*

Brug af ressourcepersoner som virkemiddel i forebyggelsen af arbejdsrelateret stress er udbredt i en dansk sammenhæng. En undersøgelse har vurderet, hvordan og under hvilke forudsætninger brugen af ressourcepersoner i arbejdsmiljøarbejdet kan skabe holdbare arbejdsmiljøforbedringer i medarbejderes daglige praksis. Undersøgelsen har samlet erfaringer fra otte forebyggelsesprojekter, der alle har brugt ressourcepersoner til at forbedre arbejdsmiljøet på deres arbejdsplads. Undersøgelsen peger på, at ressourcepersonsmetoden kan bidrage positivt til arbejdspladsens mål om holdbare forbedringer af det psykosociale arbejdsmiljø, under forudsætning af: 1) At rammerne for implementering er beskrevet. 2) At ledere og medarbejdere skaber klarhed i organisationen omkring brugen af metoden. 3) At der er opbakning fra ledelsen og at ressourcepersonerne opnår legitimitet og mandat til at handle. 4) At ressourcepersonerne besidder eller får faglige kompetencer til at varetage opgaven. 5) At ressourcepersonernes selv opnår klarhed over opgaven. 6) At ressourcepersonerne og kollegerne også tilføres teoretisk indsigt i forebyggelsesstrategier, der er koblet til problemstillingen, som ønskes forandret. 7) At arbejdspladsen selv har fastlagt succeskriterier, som de reelt er i stand til at dokumentere og lægge til grund for evaluering og udvikling af metoden (10).

#### *7.2.4. Opsamling på muligheder for primær forebyggelse af MSU*

I det følgende samles der op på muligheder for primær forebyggelse af MSU på baggrund af videnskabelige oversigtsartikler, internationale anbefalinger samt erfaringer fra danske undersøgelser. Opsamlingen laves i forhold til de forskellige indsatsområder, dvs. lederne, organisation, gruppe, individ og kombinerede indsatser.

#### *Hvad kan man på ledelsesniveau gøre for primær forebyggelse af MSU?*

På trods af enkelte studier, som tyder på positive effekter, er antallet af studier, som måler effekterne af ledelsestræning på medarbejdernes trivsel eller mentale helbred indtil videre for ringe til at afklare evidensen. Observationelle studier fandt dog en sammenhæng mellem positive og motiverende ledelsesstile og medarbejdernes jobtilfredshed eller velbefindende på arbejde og anbefaler derfor, at lederne uddannes i disse positive ledelsesstile. Også internationale retningslinjer samt anbefalinger i

forhold til kombinerede indsatser for at fremme og beskytte medarbejdernes mentale helbred lægger stort vægt på lederens rolle og opfordrer til at styrke lederens kompetencer til at vedligeholde eller udvikle et godt psykosocialt arbejdsmiljø. Derudover anbefales der, at lederen sørger for opmærksomhedskultur på arbejdspladsen, så tegn på mistro eller MSU kan spores tidlig. I den sammenhæng bliver der også peget på, at lederne har brug for sparring og kontinuerlig træning, for at opbygge og vedligeholde de nødvendige kompetencer for at håndtere medarbejdere med MSU.

#### *Hvad kan man på organisationsniveau gøre for primær forebyggelse af MSU?*

Organisationens bidrag til at forebygge MSU består bl.a. i at sørge for et godt psykosocialt arbejdsmiljø, som beskytter medarbejderne for de risikofaktorer som kan føre til udviklingen af MSU. Organisationsrettede indsatser for at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø kan dog være ressourcekrævende og, hvis ikke indsatserne er godt integreret i organisationens øvrige drift og strategi, er der en høj risiko for at de 'drukner' i driften og i andre løbende forandringsprocesser på arbejdspladsen. Det kan være baggrunden for, hvorfor oversigtsartikler om organisatoriske indsatser tit viser en blanding af positive og ingen effekter, dvs. den videnskabelige evidens for mange organisationsrettede indsatser ofte er uklar. Forskellige reviews har dog fundet, at øget medarbejderindflydelse, fleksibilitet i arbejdstidstilrettelæggelse og bedre introduktion af nyuddannede til deres første arbejdsplads har en forholdsvis høj sandsynlighed for at forbedre medarbejdernes psykosociale arbejdsmiljø. Også internationale anbefalinger fremhæver betydningen af medarbejdernes indflydelse og fleksibilitet, og fremhæver generelt, at det er vigtigt, at fremme de positive aspekter i arbejdet samt styrke medarbejdernes udviklingsmuligheder og fremme anerkendelsen af medarbejdernes indsatser. Derudover bliver der anbefalet, at indsatser til forebyggelse af MSU tænkes sammen med organisationens strategi, at organisationerne udvikler politikker for håndteringen af MSU, øget viden om MSU blandt ledere og medarbejdere og dermed bidrage til at nedbringe stigma og fordomme.

Erfaringer fra danske studier bekræfter, at øget indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdstid kan have positive virkninger på medarbejdernes psykosociale arbejdsmiljø (især balancen mellem arbejde- og privatliv) samt MSU. Desuden understøtter danske studier antagelsen om bedre virkning af indsatser, som integreres i virksomhedens strategi og tager udgangspunkt i udførelsen af kerneopgaven. Et andet projekt peger på potentialerne i at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø gennem at inddrage ressourcepersoner som virkemiddel i forebyggelsen af arbejdsrelateret stress.

#### *Hvad kan grupper eller individer gøre for primær forebyggelse af MSU?*

Vores oversigtsdokumenter om videnskabelige evidens indeholdt ikke studier, som undersøgte effekterne af gruppernes eller individers bidrag til primær forebyggelse af MSU. Internationale anbefalinger fremhæver dog, at grupperne eller teams på arbejdspladsen er nødt til at bidrage til en øget opmærksomhedskultur, dvs. en opmærksomhed over for hinanden, som gør det muligt at opspore og reagere på kollegerne med nedsat psykisk trivsel så hurtigt som mulig. Derudover fremhæves der i de internationale anbefalinger også, at især medarbejdergrupperne bidrager til at arbejde imod stigma og fordomme i forhold til mentalt helbred. Dvs. den enkelte har et ansvar for at bidrage til den fælles opbygning af en "psychologically healthy workplace". De foreliggende erfaringer fra danske studier

understøtter, at medarbejderne kan spille en vigtig rolle i, at arbejdspladserne kan udvikle en høj social kapital, som kan bidrage til at styrke medarbejdernes trivsel og forebygge MSU.

#### *Hvilken rolle spiller kombinerede indsatser for primær forebyggelse af MSU?*

På baggrund af videnskabelige oversigtsartikler tyder meget på, at mere omfattende organisationsrettede interventioner, som enten kombinerer forskellige organisationsrettede indsatser eller kombinerer individrettede og organisationsrettede indsatser, har en større sandsynlighed for effekt på medarbejdernes helbred. Internationale anbefalinger fremhæver derfor også, at der er brug for en mere omfattende eller holistisk forståelse af stress, som kræver en omfattende indsats. Koncepter som *"psychologically healthy workplaces"* eller en integreret tilgang til mentalt helbred på arbejdspladsen bygger på den antagelse, at det er samspillet mellem mange aspekter, som i fællesskab fører til et godt psykosocialt arbejdsmiljø, og at organisationerne bedst kan forebygge MSU blandt deres medarbejdere ved at beskytte dem imod risikofaktorer for MSU, samt fremme de positive aspekter i arbejde. Særlig fremhæves der i anbefalinger, at stresshåndteringskurser ikke skal være *"add-ons"*, men at indsatserne skal ses i et mere omfattende perspektiv, hvor stress, og konsekvenserne af stress ses i sammenhæng med arbejdsopgaver og situation. Danske undersøgelser og casestudier bekræfter at arbejdsmiljøforbedringer, der ikke gennemføres som *"add-ons"*, men integreres med forbedringer i udførelsen af kerneopgaven kan føre til forbedringer i medarbejdernes helbred samt effektivitet og kvalitet i arbejde. Der findes også første erfaringer som peger på, at en mere koordineret og systematisk indsats af TRIOerne på arbejdspladserne kan bidrage til et bedre psykosocialt arbejdsmiljø samt bedre håndtering af medarbejderne med MSU.

Flere af resultaterne fra den gennemgåede forskning pegede på positive effekter af omfattende og kombinerede indsatser, og flere af erfaringerne fra danske undersøgelser pegede på lovende effekter af indsatser rettet mod forbedringer i håndteringen af kerneopgaven og understøttelse af TRIO'ernes arbejde. I forlængelse heraf, kunne man opstille en antagelse om, at der ved de omfattende og kombinerede organisationsrettede interventioner opstår en positiv synergi mellem de enkelte indsatser, som forstærker den samlede virkning, fx fordi at medarbejderne i højere grad oplever disse kombinerede indsatser som udtryk for sammenhængende retning og strategi for virksomhedens udvikling, som mindre indsatser ikke i samme grad vidner om. En lignende positiv virkning kan man tænke sig af indsatser rettet mod håndtering af kerneopgaven. Det opleves af medarbejderne ikke som *'add-ons'*, men som satsninger integreret i virksomhedens strategi, og får dermed en anden forankring og betydning på arbejdspladsen og for medarbejderne.

### **7.3. Sekundær forebyggelse af MSU**

Sekundære forebyggende interventioner identificerer tidlige symptomer og risikofaktorer blandt medarbejdere med formålet at forhindre udviklingen mod en sygdomstilstand og begrænse risikofaktorerne, og dermed at reducere og eliminere symptomerne og vende tilbage til en tilstand af god trivsel.

En særlig udfordring med MSU er, at de første tegn herpå kan være svære at identificere, både for den enkelte, der oplever symptomer, samt for andre omkring vedkommende (40;41). Derudover kan der være en række barrierer i vejen for at reagere på symptomerne. Medarbejderne kan opleve MSU som skamfyldt og som et svaghedstegn (42-45), og de kan derfor have vanskeligt ved at give sig til kende på arbejds-

pladsen overfor kolleger og lederen (46). Fordomme omkring MSU kan bidrage til denne barriere for at give sig til kende. Dette stiller arbejdspladsen over for nogle særlige udfordringer, der skal håndteres i forbindelse med forebyggelsen af MSU blandt medarbejdere med tidlige symptomer.

Tabel 2 giver en oversigt over den eksisterende videnskabelige evidens, internationale anbefalinger samt erfaringer fra undersøgelser gennemført i Danmark om sekundær forebyggelse af MSU. De efterfølgende afsnit giver detaljerede informationerne.

Tabel 2: Evidens, anbefalinger og erfaringer om sekundær forebyggelse af MSU

Forebyggelsesniveau  Indsatsområde	Sekundær forebyggelse af MSU  1. Videnskabelig evidens	Sekundær forebyggelse af MSU  2. Internationale anbefalinger	Sekundær forebyggelse af MSU  3. Danske erfaringer
Ledelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Undervisning af lederne i håndtering af MSU (kræver løbende opfriskning)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retningslinjer for ledelsestræning om mentalt helbred</li> <li>• Træning og sparring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lederne er glade for professionel og arbejdsrelateret støtte i håndtering af medarbejdere med MSU</li> <li>• Behov for mere viden, kompetencer og sparring</li> </ul>
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kilderne beskriver ingen indsatser på dette niveau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Øge opmærksomhedskultur</li> <li>• Mulighed for at gennemføre arbejdstilpasninger</li> <li>• Afdække årsager for MSU</li> <li>• Indsatser for at fastholde medarbejdere med MSU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbejdstilpasninger</li> </ul>
Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kilderne beskriver ingen indsatser på dette niveau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formalisering af støtte fra kolleger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov for mere inddragelse af kollegerne når en medarbejder med MSU har brug for arbejdstilpasninger</li> </ul>
Individ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysisk aktivitet</li> <li>• Blandede effekter for sundhedsfremme</li> <li>• Arbejdspladsscreening med opfølgning</li> <li>• Rådgivning</li> <li>• Stresshåndteringskurser som bygger på CBT</li> <li>• <i>Post-trauma debriefing kan ikke anbefales</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kilderne beskriver ingen indsatser på dette niveau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kilderne beskriver ingen indsatser på dette niveau</li> </ul>
Kombinerede indsatser (individ-, gruppe-, ledelse, organisation, og/eller andre aktører uden for arbejdspladsen men også kombineret ift. primær, sekundær, tertiær forebyggelse)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kombination af forskellige organisatoriske indsatser eller af organisatoriske og individuelle indsatser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integreret tilgang: beskytte medarbejderne, fremme det positive, håndtere MSU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brug for mere systematisk opfølgning fra TRIO</li> <li>• Brug af organisatoriske og individrettede indsatser som støtter hinanden</li> </ul>



### *7.3.1. Forskningsbaseret evidens for effekt af sekundær forebyggelse*

#### **Sekundær forebyggelse på ledelsesniveau**

Det stiller store krav til lederen både at skulle identificere psykisk mistrivsel hos medarbejdere, håndtere mistrivsel samt skabe en kultur, hvor medarbejderne er trygge ved at bede om hjælp, inden den psykiske mistrivsel potentielt udvikler sig til kortvarigt eller langvarigt sygefravær (47;48). Tilsammen kan de ovenfor beskrevne barrierer føre til, at der, i stedet for en tidlig identificering og håndtering af mentale helbredsproblemer, opstår lange faser af inaktivitet og tavshed (48). Der er således brug for, at der findes løsninger og handlemuligheder, således at arbejdspladser - herunder deres ledere – bedst mulig kan bidrage til at forebygge, identificere og håndtere mentale helbredsproblemer hos deres medarbejdere.

På trods af, at der er stor enighed om, at lederne spiller en stor rolle i tidlig opsporing af medarbejderne med MSU, samt for den efterfølgende håndtering af MSU-udfordringerne, mangler der indtil videre systematisk forskning om effekterne af indsatserne som belyser lederens indsatser i forhold til sekundær forebyggelse.

Gennem vores supplerende søgning fandt vi dog et review (23) som undersøgte effekterne af lederens kompetenceudviklingstræning i forhold til at håndtere medarbejdere med tegn på MSU. Reviewet fandt moderat evidens for, at undervisning af lederne i viden om mentalt helbred samt nødvendige færdigheder (fx aktiv lytning) har positive effekter på medarbejdernes mentale helbred, søvnproblemer og job performance. Effekterne varierer dog og er muligvis ikke langvarende. Der anbefales derfor, at undervisningen skal opfriskes løbende, fx en gang om året.

#### **Sekundær forebyggelse på organisationsniveau og gruppeniveau**

De kilder, der er blevet anvendt i denne analyse, beskriver ikke nogen indsatser på disse niveauer.

#### **Sekundær forebyggelse på individniveau**

Joyce et al. (13) undersøgte i deres meta-review to typer af arbejdspladsrettede interventioner rettet mod individet. Disse er henholdsvis fysisk aktivitet og sundhedsfremme. Dette meta-review blander evidensen fra primær og sekundær forebyggelse, og det er derfor ikke muligt at afklar evidensen for disse indsatser separat. Vi præsenterer derfor resultaterne for disse to indsatser under sekundær forebyggende indsatser.

##### *Fysisk aktivitet*

Der blev fundet evidens for, at fysisk aktivitet reducerede mentale helbreds symptomer. På grund af store forskelle mellem studierne er det dog indtil videre uklart, hvilken type aktivitet og hvilken intensitet, der er brug for at opnå disse positive effekter. I forhold til arbejdspladsrelaterede udfald (fx sygefravær) var resultaterne blandede, dvs. mens nogle studier fandt effekter, fandt andre studier ingen effekter (13).

##### *Sundhedsfremme*

Forfatterne undersøgte også effekterne af sundhedsfremme på arbejdspladsen, som dækker over en bred vifte af indsatser (fra fx sund kost til tilbud om individuel hjælp til mentale helbredsproblemer). Studierne fandt blandede effekter i forhold til begge udfald, dvs. det er ikke entydigt om sundhedsfremme har positive effekter på mental helbreds symptomer og arbejdspladsrelaterede udfald.

### *Arbejdspladsscreening*

Joyce et al. (13) fandt kun få studier, der har undersøgt effekten af indsatser hvor medarbejderne screenes, dvs. testes for tegn af mentale helbredsproblemer efterfulgt af støtte og vejledning til at finde tilbud om individuel hjælp i form af fx CBT (*cognitive behavioral therapy*). Studierne viste, at disse indsatser kan bidrage til at reducere mentale helbredssymptomer samt mindske sygefravær. Joyce et al. (13) gør dog også opmærksom på, at kontinuerlige arbejdspladsscreeninger er forbundet med en række potentielle risici. Hertil hører blandt andet risiko for at producere falske positive resultater, stigma og øget opmærksomhed på symptomerne. Joyce et al. (13) understreger derfor, at arbejdspladsscreening kun kan anbefales, hvis de er forbundet med en detaljeret opfølgning.

### *Rådgivning (Counselling)*

Joyce et al. (13) fandt to reviews, som undersøgte effekterne af rådgivning om mentale helbredsproblemer på arbejdspladsen. Mens studierne tydelig viste effekterne på deltagernes tilfredshed, var effekterne på mentale helbredssymptomer og arbejdspladsrelaterede udfald dog mere uklare.

### *Stresshåndteringsprogrammer*

Joyce et al. (13) fandt på baggrund af flere reviews og en meta-review stærk evidens for at arbejdspladsinitierede stresshåndteringskurser baseret på kognitive adfærdsterapeutiske principper (*cognitive behavioural therapy*, CBT) har effekt på mentale helbredssymptomerne, mens det er uklare om CBT-baserede teknikker også har effekt på arbejdspladsrelaterede udfald. Også Borg et al. (14) fandt at, kognitive adfærdsterapeutiske principper var den mest effektive metode til at forbedre mentalt velbefinde. Derudover fandt de, at der er indikation for, at effekten af stresshåndteringskurser er størst for medarbejderne, der har en høj grad af kontrol i deres eget arbejde, og blandt medarbejdere, der har et højt stressniveau før interventionen.

### *Post-trauma debriefing*

Joyce et al. (13) fandt et review som undersøgte effekterne af debriefing efter trauma, dvs. opfordring til at vende emotionerne direkte efter et trauma, som antages at understøtte den psykiske håndtering af situationen og dermed bidrage til at forhindre udvikling af post-traumatiske stress disorders (PTSD). Imod forventning blev der fundet, at rutinebrugen af debriefing ikke har denne effekt og at debriefing efter trauma derfor ikke skal tilbydes rutinemæssigt til medarbejderne. I stedet anbefales der, at medarbejderne som har oplevet et traumatisk situation på arbejde skal tilbydes psykologisk første hjælp, emotionelt og instrumental support samt kontinuerlig opfølgning.

### **Sekundær forebyggelse: Kombinerede indsatser**

De samme kilder, som blev gennemgået i forbindelse med den primære forebyggelse, kan bruges til at konkludere, at mere omfattende organisationsrettede interventioner ser ud til at have en højere sandsynlighed for at forbedre medarbejderes helbred.

### **7.3.2. Internationale anbefalinger**

I Job&Sind projektet (24) er som nævnt gennemgået 14 internationale retningslinjers anbefalinger om MSU. Anbefalingerne vedrørende den sekundære forebyggelse ligger inden for følgende områder:

- **Indsatser for at fastholde medarbejdere med MSU:** Anbefalingerne på dette område vedrører de indsatser arbejdspladsen kan gøre for at fastholde medarbejdere med MSU, som er i risiko for at blive sygemeldte. Dette indebærer bl.a. en vurdering af medarbejderens arbejdsevne og muligheden for at få gennemført arbejdstilpasninger.
- **Afdækning af årsager til mentale helbredsproblemer:** Anbefalingen går bl.a. ud på, at når en medarbejder bliver ramt af MSU bør arbejdspladsen undersøge om der er arbejdspladsrelaterede faktorer, der har bidraget til udviklingen – eller forværringen – af denne tilstand.
- **Formalisering af støtte fra kolleger:** Anbefalingen på dette område fokuserer på vigtigheden af, at arbejdspladsen understøtter netværk og aktiviteter, hvor kolleger kan støtte medarbejderen med mentale helbredsproblemer. (Denne anbefaling er også relevant for de tertiære forebyggelsesaktiviteter).

Portalen [www.mentalsundhed.dk](http://www.mentalsundhed.dk) indeholder tilsvarende anbefalinger og konkrete værktøjer til understøttelse af anbefalingerne.

#### *Integreret tilgang til mentalt helbred på arbejdspladsen*

Den integrerede tilgang til håndtering af MSU på arbejdspladsen, som er foreslået af LaMontagne et al. (17), og som er gennemgået i forbindelse med den primære forebyggelse, gælder naturligvis også for den sekundære (og tertiære) forebyggelse. Da tilgangen er blevet gennemgået i et af de foregående afsnit, skal den ikke gentages her.

#### *7.3.3. Viden fra danske undersøgelser*

##### **TRIO'en som aktør for forebyggelse af MSU**

Som tidligere beskrevet kan TRIO'erne (en samarbejdsenhed på arbejdspladsen bestående af en ledelsesrepræsentant, arbejdsmiljørepræsentant og tillidsrepræsentant) ses som en central aktør i arbejdet med udviklingen af den organisatoriske robusthed, herunder virksomhedens evne til at forebygge og håndtere MSU.

Der foreligger erfaringer fra et stort interventionsprojekt, som omfattede 15 danske folkeskoler. Projektet undersøgte effekterne af en indsats, som understøttede TRIO'ernes arbejde med at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø, sideløbende med at der blev gennemført individrettede indsatser i forhold til lærere med særlige mentale sundhedsudfordringer. Projektet kunne ikke dokumentere nogen signifikant effekt af indsatsen på MSU og sygefravær, men deltagerne oplevede det som fornuftigt og meningsfuldt, at indsatser for at hjælpe kolleger med nedsat psykisk velbefindende omfatter en kombination af individuelle og organisatoriske indsatser.

Projektet har bidraget med en øget indsigt i forskellige udfordringer, i forhold til den rolle som TRIO spiller i udførelsen og koordineringen af kombinerede indsatser med både individrettede og organisationsrettede indsatser. Procevalueringen af projektet viste blandt andet, at en systematisk opfølgning af de enkelte læreres individuelle indsatser i flere tilfælde manglede. Dermed gik TRIO'erne og den enkelte lærer, som deltog i individrettede indsatser, glip af muligheden for at vurdere, om de aftalte løsninger var passende, eller om der var brug for yderligere tilpasninger, og TRIO'erne gik glip af muligheden for at samle op på

gode løsningsstrategier. Erfaringerne fra projektet viser, at der - udover at igangsætte aktiviteter for enkelte lærere - også er brug for, at ledelsen eller TRIO'en inddrager lærerne og er i dialog med dem i planlægningen af, hvordan ekstraopgaver kan håndteres og dernæst følge op på beslutningerne, så det ikke udvikler sig til nye overbelastningsproblemer. Procesevalueringen viste også, at kollegerne savnede at blive orienteret om aftaler i forhold til arbejdstilpasninger til medarbejderne med nedsat trivsel. Det efterlod kollegerne med en usikkerhed om, i hvilken omfang den berørte medarbejder var i stand til at bidrage til opgaveløsninger, og det gjorde det sværere for kollegerne at kunne planlægge fordelingen af opgaverne. Erfaringer fra projektet tyder dermed på, at TRIOerne har en vigtig opgave i at koordinere opgaverne mellem medarbejderne med og uden MSU, samt formidle indholdet i aftalerne for at forebygge oplevelsen af uretfærdig behandling mellem kollegerne (49).

### *Kombinerede indsatser for at forebygge MSU*

Det førnævnte interventionsprojekt blandt 15 folkeskoler (50) er også et eksempel på en intervention, der kombinerer flere indsatser, fordi projektet blev designet som et flerstrengt interventionsprojekt, som både inddrog den enkelte medarbejder og resten af organisationen. Interventionsindsatsen bestod af en individrettet del målrettet lærere med tegn på nedsat psykisk velbefindende, og en organisationsrettet del, der havde til formål både at understøtte de individrettede indsatser og forbedre det psykosociale arbejdsmiljø til gavn for alle lærere på interventionsskolerne. Som nævnt herover kunne projektet ikke dokumentere nogen signifikant effekt af indsatsen på MSU og sygefravær. Procesevalueringen viste dog, at der var stor forskel mellem skolerne i forhold til hvor meget de var i stand til at implementere alle dele af projektet, og det viste sig, at det især var svært at opnå et godt samspil mellem de individrettede og de organisationsrettede indsatser. For eksempel blev kun en mindre del af arbejdspladstilpasninger gennemført og der blev også fundet, at nogle lærere savnede en bedre opfølgning på deres tilpasninger. Dvs. resultaterne fra procesevalueringen tyder på, at det ikke lykkedes helt at opnå den synergi effekt som antages at få ud af en god kombination af individrettede og organisationsrettede indsatser (49). På baggrund af disse erfaringer konkluderes det, at der er behov for at undersøge mere grundigt, hvad der skal til for at organisatoriske og individrettede indsatser kan støtte hinanden bedst muligt (51).

### **Tilbud om tidlig indsats til individuel støtte**

Københavns Kommune har for nylig etableret et tilbud til lederne, medarbejdere og medarbejderrepræsentanter om afklarende forløb, der udløses af bl.a. MSU. Tilbuddet hedder 'Tidlig Indsats' (TI), og det er Arbejdsmiljø København (AMK), som er Københavns Kommunes interne rådgiver om arbejdsmiljø og arbejdsliv, som tilbyder det til kommunernes arbejdspladser. TI kan bruges i forbindelse med generel mistrivsel, længerevarende fravær eller frygt for fravær, ønske om hjælp til at udarbejde fastholdelsesplaner eller behov for afklaring af en arbejdssituation.

En undersøgelse af TI gennemført af NFA viste, at lederne er overordnet tilfredse med anvendelsen af TI, fordi de oplever at spare tid ved at få professionel og arbejdsrelateret støtte til medarbejdere med psykisk relaterede helbredsproblemer. Lederne oplever det som en central opgave at identificere, håndtere og fastholde medarbejdere med psykisk relaterede trivsels- og fraværproblemer. En del af lederne føler sig fornuftigt klædt på til at løse opgaven, og de anvender organisatoriske ressourcer som lederuddannelse, deres chef og lederkollegaer til at sparre med om både konkrete og generelle udfordringer forbundet med denne opgave. Der er dog også en del ledere, som udtrykker et behov for mere viden og kompetence-

udvikling. Derudover nævnes der udfordringer som mangel på tid, stort ledelsesspænd og sparsom daglig kontakt til medarbejderne. Organisationens fokus på at nedbringe sygefraværet synes at fremme lederens opmærksomhed på området men kan også skabe dilemmaer for lederen. Flere af lederne oplever også en til tider vanskelig balance mellem både at tage hensyn til medarbejderen med psykisk relaterede trivsels- og fraværsproblemer og det øvrige team.

På baggrund af undersøgelsens resultater kan fremhæves nogle opmærksomhedspunkter til potentiel forbedring af lederens muligheder for at håndtere MSU, bl.a. bedre afklaring eller modificering af de modsatrettede krav fra organisationen, som lederne oplever; mere systematiske og veletablerede sparringsmuligheder også for at fremme kontinuerlig læring og refleksion, tilbud om målrettet undervisning til ledere med ingen eller begrænset erfaringer, og mere opmærksomhed på at udvikle en kultur, hvor det er legitimt, at medarbejderne gør lederen opmærksom på alvorligere nedsat trivsel med betydning for opgaveløsningen.

#### *7.3.4. Opsamling sekundær forebyggelse*

##### *Hvad kan man på ledelsesniveau gøre for sekundær forebyggelse af MSU?*

Lederen indtager en central rolle på arbejdspladsen i håndteringen af personer med tidlige tegn på MSU. Der er også store udfordringer med at kunne udfylde denne rolle. Både videnskabelig evidens, internationale anbefalinger og erfaringer fra danske undersøgelser peger på, at viden om MSU er et centralt grundlag for lederne til at udfylde deres rolle, bl.a. til at opdage medarbejdere med MSU, at kunne vurdere medarbejderens arbejdsevne, at kunne støtte medarbejderen på en passende og hensynsfuld måde (fx gennem arbejdstilpasninger) og under hensyntagen til medarbejderens kolleger. Mindre erfarne ledere kan have gavn af sparring med mere erfarne ledere, og det synes at være en hjælp for lederne, hvis de har adgang til professionel støtte.

##### *Hvad kan man på organisationsniveau gøre for sekundær forebyggelse af MSU?*

Der er ingen af kilderne i vores analyse, der særskilt har undersøgt effekten af organisatoriske tiltag på sekundær forebyggelse af MSU. Derimod findes flere anbefalinger, der vedrører organisationen. I lighed med at forbedringer af arbejdsmiljøet kan spille en rolle i den primære forebyggelse af MSU, så spiller arbejdsmiljøforhold også en betydning i den sekundære forebyggelse. MSU kan påvirke arbejdsevnen negativt, hvilket i sig selv kan føre til skyldfølelse og forsøg på at kompensere ved at medarbejderen med MSU anstrenger sig endnu mere. Dette kan føre til en negativ spiral, hvor symptomerne af MSU forværres. Af den grund indeholder internationale retningslinjer anbefalinger om, at arbejdstagere med MSU kan tilbydes arbejdstilpasninger. Dette er mere ressourcekrævende end individuelle tiltag (som fx at tilbyde psykologhjælp), og derfor er det vigtigt, at der er en organisationsmæssig stillingtagen til denne mulighed, fx ved at inkludere det i en politik for håndtering af MSU. Et andet vigtigt tiltag er, at organisationen støtter en kultur om åbenhed omkring MSU. Som nævnt i indledningen er der mange barrierer for at være åben omkring MSU, herunder risikoen for stigmatisering. Internationale retningslinjer anbefaler, at arbejdspladsen støtter netværk eller ressourcepersoner, som kan støtte medarbejdere med MSU. Endelig anbefales der, at organisationen undersøger hvilke arbejdsmiljøaspekter, der kan have bidraget til, at en medarbejder har udviklet MSU. Dette anbefales for, at organisationen kan fjerne potentielle risikofaktorer for denne medarbejder, men også for, at organisationen kan skaffe sig et overblik over eventuelle særligt

belastende arbejdsmiljøaspekter, som også kan udgøre risikofaktorer for andre medarbejdere. Der er således en oplagt mulighed for, at arbejdspladsen lærer af erfaringerne og bruger dette i den fremadrettede forebyggende indsats.

#### *Hvad kan grupper gøre for sekundær forebyggelse af MSU?*

Der er ingen af kilderne i vores analyse, der særskilt har undersøgt effekten af gruppernes tiltag på sekundær forebyggelse af MSU. Internationale anbefalinger henviser dog til, at kollegerne til medarbejdere med MSU kan spille en rolle ved at yde social støtte (fx være forstående over vedkommendes helbredstilstand samt mulige konsekvenser for arbejdsindsatsen). Der anbefales også, at kollegerne mere systematisk indgår i indsatser for at yde denne støtte ved at deltage i formelle sociale støttenetværk ("kolleganetværk"), eller gennem TRIO-arbejdet (se herunder). Medarbejderne har også en rolle ved arbejdstilpasninger, da reduktioner i arbejdsbyrden for en medarbejder med MSU nogen gange – men ikke altid – betyder, at kollegerne må yde mere. Som erfaringer fra en dansk undersøgelse viser, er det en vigtig opgave for arbejdspladsen og lederen, at kollegerne bliver inddraget, når arbejdstilpasninger skal aftales.

#### *Hvad kan individer gøre for sekundær forebyggelse af MSU?*

Oversigtstabellen og afsnit 7.3.1 viser tydeligt, at forskningens fokus i forebyggelse af MSU ligger på individuelle indsatser og her især på sekundær forebyggelse, dvs. indsatser, som hjælper den enkelte med at håndtere og nedbringe MSU symptomer. Baggrunden for dette er blandt andet, at undersøgelser, som måler effekter på individer, der deltager i en individuelt rettet indsats som fx stresshåndtering, er nemmere at gennemføre og mindre krævende for organisationen end fx omfattende organisatoriske indsatser, som kræver deltagelse og koordination af flere niveauer. Blandt de individuelle indsatser viser stresshåndteringskurser, som bygger på CBT, at være de mest effektive til at reducere MSU symptomer. Også fysisk aktivitet ser ud til at bidrage til at mindske symptomer, dog er det her mere uklart, hvilken type aktivitet og hvilken intensitet, der er brug for at opnå disse effekter. Effekterne af individuelle indsatser som sundhedsfremme og rådgivning er mindre entydige. Arbejdspladsscreening viser nogle positive effekter, men indebærer også nogle risici, mens forskningen har fundet at *post-trauma debriefing* ikke fører til de ønskede effekter og derfor ikke bør anbefales. Internationale anbefalinger for hvordan arbejdspladserne kan håndtere MSU har ikke særskilt fokus på individuelle indsatser. Dog henviser anbefalinger mere overordnet til, at medarbejdere, som viser tegn på MSU, skal tilbydes individuel hjælp i den grad de har brug for det. Disse anbefalinger indgår dog i anbefalinger om kombinerede indsatser, da der lægges mere vægt på, at den individuelle hjælp bliver gennemført i afstemning med andre aktiviteter på arbejdspladsen fx arbejdspladstilpasninger, hvorved individuelle og organisatoriske indsatser kan supplere hinanden.

#### *Hvilken rolle spiller kombinerede indsatser for sekundær forebyggelse af MSU?*

Betydningen af kombinerede indsatser for håndteringen af MSU er også summeret i et af de foregående afsnit om primær forebyggelse. Da kombinerede indsatser netop fokuserer på en bred tilgang til MSU, med forskellige indsatser på forskellige niveauer, må det formodes, at en sådan tilgang er mere effektiv i den sekundære forebyggelse af MSU, end isolerede enkeltindsatser. Erfaringer fra en dansk undersøgelse som kombinerede forskellige indsatser for at forebygge MSU, viste dog, at det var svært at opnå et godt samspil mellem de individrettede og de organisationsrettede indsatser. Konklusionen var derfor, at synergieffekten

af kombinerede indsatser ikke opstår automatisk, men kræver en særskilt og specifikt målrettet koordinationsindsats.

Erfaringer fra forskellige danske undersøgelser viser, at TRIOerne kan være en særlig arbejdspladsressource på danske arbejdspladser, dvs. samarbejdet mellem ledelse og tillidsvalgte medarbejderrepræsentanter. TRIOerne kan spille en vigtig rolle i kombinerede indsatser for håndtering af MSU, bl.a. i den tidlige opsporing af medarbejdere med MSU, støtte til den pågældende, opfølgninger på arbejdstilpasninger, og i særdeleshed til at informere kolleger om grunden til arbejdstilpasninger, og imødegå eventuelle negative reaktioner fx opfattelsen af, at der ydes 'særbehandling' til en bestemt medarbejder eller medarbejdergruppe, hvilket kan skyldes, at baggrunden for særbehandlingen ikke er formidlet og kendt.

Både forskningsviden og praktiske erfaringer med kombinerede indsatser er relativt beskedne. Der er behov for mere viden om, hvordan kombinerede indsatser spiller sammen med andre virkemidler for at forebygge og håndtere MSU, som en arbejdsplads møder. Endvidere er der behov for forståelse for, hvordan kombinerede indsatser kan integreres i arbejdspladsens arbejde omkring kerneopgaven, så indsatserne opleves som meningsfulde og hjælpsomme, og at effekten af indsatserne står mål med de ressourcer, de kræver.

#### **7.4. Tertiær forebyggelse af MSU**

Tertiære forebyggende interventioner har til formål at forebygge forværring af allerede opstået sygdom og at forbedre funktionsevnen hos den syge (rehabilitering). I forhold til forebyggelse på arbejdspladserne drejer det sig om, at arbejdspladserne kan gøre en indsats for medarbejdere, som er sygemeldte på grund af MSU ved aktivt at tage hånd om dem i processen med at vende tilbage til arbejdet og dernæst støtte dem i at fastholde arbejdet.

Mere overordnet peger den internationale forskningslitteratur på, at det især er vigtigt, at alle relevante aktører bliver inddraget (den sygemeldte, arbejdsgiverne, kollegerne, men bl.a. også den sygemeldtes læge og psykolog) og, at indsatsen er koordineret, dvs., at de enkelte aktører afstemmer deres anbefalinger og handlinger med hinanden, så den sygemeldte ikke bliver konfronteret med modsatrettede beskeder (14;52;53). Derudover tyder forskningsresultater på, at omfattende støtte, tilpasning af arbejdsopgaverne samt klarhed i forhold til samarbejdsrelationer med kolleger har stor betydning (14).

Tabel 3 giver en oversigt over den eksisterende videnskabelige evidens, internationale anbefalinger samt erfaringer fra undersøgelser gennemført i Danmark om tertiær forebyggelse af MSU. De efterfølgende afsnit giver detaljerede informationer.

Tabel 3: Evidens, anbefalinger og erfaringer om tertiær forebyggelse af MSU

Forebyggelsesniveau Indsatsområde	Tertiær forebyggelse af MSU 1. Videnskabelig evidens	Tertiær forebyggelse af MSU 2. Internationale anbefalinger	Tertiær forebyggelse af MSU 3. Danske erfaringer
Ledelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ledernes dialog om TTA</li> <li>Leder-træning: arbejde imod stigma og fordomme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lederen har viden om forebyggelse af uarbejdsdygtighed og om planlægning af TTA-forløb</li> <li>TTA-forløbet planlægges, så det belaster kolleger og ledere mindst muligt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lederne er glade for professionel og arbejdsrelateret støtte fra psykologerne i håndtering af medarbejdere med MSU</li> <li>Behov for mere viden/kompetencer ift. hvad medarbejderne med MSU som vender tilbage efter sygemelding har brug for.</li> </ul>
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fokus på fastholdelse</li> <li>Politikker for TTA</li> <li>Kendskab til MSU</li> <li>Arbejdsmodifikationer</li> <li>Godt psykosocialt arbejdsmiljø</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbejdspladsen engagerer sig positivt for arbejdsmiljø og sikkerhed</li> <li>Arbejdspladsen tager tidligt i forløbet og med en støttende kommunikation kontakt med den sygemeldte</li> <li>Faste procedurer for TTA</li> <li>Mulighed for at gennemføre arbejdstilpasninger</li> <li>Koordinator med ansvar for TTA-forløb på arbejdspladsen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TR/AMR skal spille en større rolle</li> </ul>
Gruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Social støtte fra kollegaerne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formalisering af støtte fra kolleger</li> <li>TTA-forløbet planlægges, så det belaster kolleger mindst muligt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kilderne beskriver ingen indsatser på dette niveau</li> </ul>
Individ	<ul style="list-style-type: none"> <li>CBT hvis integreret i TTA programmer eller særligt fokuseret på problemløsningskompetencer</li> <li>Eksponeringsterapi (for at nedbringe angstsymptomer)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>TTA skal ikke kun bygge på individrettede indsatser</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kilderne beskriver ingen indsatser på dette niveau</li> </ul>
Kombinerede indsatser (individ-, gruppe-, ledelse, organisation, og/eller andre aktører uden for arbejdspladsen men også kombineret ift. primær, sekundær, tertiær forebyggelse)	<ul style="list-style-type: none"> <li>God koordinering mellem aktørerne</li> <li>Fælles målsætning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integreret tilgang: beskytte medarbejderne, fremme det positive, håndtere MSU</li> <li>Arbejdspladsen og sundhedssystemet kommunikerer efter behov og med medarbejderens accept om kravene i arbejdet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brug for bedre samarbejde mellem jobcentre, den sygemeldte og arbejdspladserne</li> <li>Inddragelse af psykologer for at hjælpe med TTA-plan og arbejdspladstilpasninger</li> <li>Brug for bedre opfølgning efter medarbejdere er kommet tilbage til arbejde efter sygemelding</li> </ul>



#### **7.4.1. Forskningsbaseret evidens for effekt af tertiær forebyggelse**

Der kan være en lang proces fra identificering af MSU frem til, at den sygemeldte vender tilbage til arbejdet. En række studier har fundet, at nedsættelsen af funktionsevnen og dermed arbejdsevnen hos nogle personer med MSU fortsætter i længere tid selv efter symptomlettelse. Det tager således relativt lang tid at genvinde fuld vitalitet og funktionsevne på trods af, at symptomerne er blevet mindre. Det er derfor vigtigt, at både arbejdspladsen og personen, der har været sygemeldt, er opmærksomme på, at der kan være behov for tilpasninger af arbejdet i det første stykke tid, efter personen er vendt tilbage til arbejde (14).

##### ***Tertiær forebyggelse på ledelsesniveau***

Borg et al. (2010)(14) fandt overvejende en positiv effekt på TTA-processen af ledelsens deltagelse og indgåelse i en dialog om en plan for, på hvilket tidspunkt og i hvilket tempo den sygemeldte skal vende tilbage til arbejdet. Studier peger eksempelvis på, at lederens opbakning og støtte til den sygemeldte medarbejder er central for at skabe gode forløb for tilbagevenden efter sygefravær grundet mentale helbredsproblemer. Derudover har ledelsens adfærd og håndtering antageligvis en stor indflydelse på kollegernes holdning.

Forfatterne henviser dog også til, at ledere har brug for træning og viden om psykiske lidelser for at modvirke stigmatisering og fordomme på arbejdspladsen. Herunder har de også brug for mere viden om, hvordan informationerne om en medarbejder, som er sygemeldt med MSU, skal videreformidles til kollegerne, når den sygemeldte vender tilbage til arbejdet. Derudover har lederne brug for viden om sammenhængen mellem MSU og funktionsevner, således at de kan tilpasse arbejdsopgaverne til medarbejderne, som vender tilbage til arbejdet.

##### ***Tertiær forebyggelse på organisationsniveau***

Borg et al. (14) undersøgte, hvilke faktorer der henholdsvis fremmer og hæmmer TTA og fastholdelse af medarbejdere med MSU. I forhold til den rolle, arbejdspladsen spiller, henviser de til følgende aspekter:

- Der er indikation for, at afskedigelse af medarbejdere, manglende politikker for stresshåndtering og for TTA, manglende kendskab til MSU hos ledelse og kolleger, og fordomme og diskrimination over for personer med MSU hæmmer tilbagevenden til arbejde efter langvarigt sygefravær.
- Der er indikation for, at muligheder for tilpasning af arbejdet, god ledelseskvalitet, social støtte og et godt psykosocialt arbejdsmiljø fremmer TTA.
- Der er indikation for, at medarbejdere med MSU relativt hyppigt har vanskeligt ved at vende tilbage til den arbejdsplads, de arbejdede på før sygemeldingen, men ofte vender tilbage til arbejde hos en anden arbejdsgiver eller arbejdsplads.

Borg et al. henviser dog også til, at der endnu ikke er tilstrækkeligt mange studier til at vurdere effekten af indsatser på organisatorisk niveau på TTA.

### ***Tertiær forebyggelse på gruppeniveau***

Borg et al. (14) henviser til, at der kun er foretaget ganske få undersøgelser af, hvorledes social støtte fra kollegerne fungerer under tilbagevenden til arbejde for medarbejdere med mentale helbredsproblemer, men at en enkelt studie tyder på, at støtte fra kollegerne har betydning for tilbagevenden til arbejde.

De fandt dog flere undersøgelser, der viste, at kolleger har flere negative holdninger over for medarbejdere, der har været sygemeldt på grund af mentale helbredsudfordringer end over for medarbejdere, som vender tilbage efter sygemelding på grund af diabetes.

### ***Tertiær forebyggelse på individniveau***

#### *Kognitiv adfærdstræning*

Joyce et al. (2016)(13) fandt, at kognitiv adfærdstræning (CBT, *cognitive behavioral therapy*) for personer som er diagnosticeret med mentale helbredsproblemer, kan reducere mentale helbredsproblemer, mens effekten på arbejdspladsrelaterede udfald - som hurtig tilbagevenden til arbejdet - er uklar. Effekt af CBT på arbejdsrelaterede udfald blev dog fundet, hvis CBT var integreret i TTA-programmer, eller hvis CBT var særlig fokuseret på problemløsningskompetencer ift. arbejdspladsudfordringer.

#### *Eksponeringsterapi*

Eksponeringsterapi er en tilgang, hvor medarbejderne med angstsymptomer eller med diagnosticeret PTSD under vejledning bliver eksponeret til de arbejdspladssituationer, som udløser angst, dette med henblik på at de gradvis lærer, hvordan situationerne kan håndteres. Joyce et al. (13) fandt kun et mindre antal studier, som har undersøgt effekten af disse indsatser. På baggrund af det konkluderer de, at eksponeringsterapi kan reducere symptomerne. Det ser også ud som om, eksponeringsterapi kan bidrage til at reducere sygefravær, men her er resultaterne mindre entydige.

### ***Tertiær forebyggelse: kombinerede indsatser***

Borg et al. (2010)(14) henviser til, at varigheden af sygefravær ikke nødvendigvis hænger sammen med sygdommens medicinske sværhedsgrad, men er betinget af fire faktorer: medicinske, arbejdsrelaterede, kontekstuelle og personlige faktorer.

I forhold til kombinerede indsatser for at støtte sygemeldte medarbejdere i at vende tilbage til arbejde, er det derfor især vigtigt, at der er en god koordinering mellem de fire primære aktører: den sygemeldte, arbejdspladsen, det sociale system og sundhedssystemet. På baggrund af gennemgang af den internationale litteratur fremhæver Borg et al. (2010)(14):

- Der er indikation for, at usikkerhed i samarbejdet og dårlig kommunikation mellem det sociale system og de øvrige aktører hæmmer tilbagevenden til arbejde.
- Der er indikation for, at koordination (*case management*) af de forskellige aktører kan fremme tilbagevenden til arbejde.
- Der kan være betydelige forskelle mellem de forskellige aktørers målsætninger, perspektiver og opfattelser, hvilket kan skabe problemer med at give personer med MSU den fornødne hjælp til at vende tilbage til arbejde. Dette kan potentielt forsinke TTA-forløbet.

### 7.4.2. Internationale anbefalinger

#### *Anbefalinger fra projektet Job&Sind*

I Job&Sind projektet (24) er der som tidligere nævnt gennemgået 14 internationale retningslinjers anbefalinger om MSU. Anbefalingerne vedrørende den tertiære forebyggelse ligger inden for følgende områder:

- **Indsatser for at vende tilbage-til-arbejdet (TTA) og fastholdelse:** Disse anbefalinger vedrører tilbage-til-arbejdet processen, bl.a. at der udarbejdes en handleplan for TTA-processen, at lederen og medarbejderen vurderer og drøfter behov for arbejdstilpasninger, at lederen koordinerer med andre aktører i TTA-forløbet, og at arbejdspladsen etablerer faste procedurer for processen, der sikrer en hurtig og ensartet behandling af alle, der er sygemeldte (inklusive dem der er sygemeldt p.g.a. MSU).
- **Formalisering af støtte fra kolleger:** Anbefalingen på dette område fokuserer på vigtigheden af, at arbejdspladsen understøtter netværk og aktiviteter, hvor kolleger kan støtte medarbejderen med mentale helbredsproblemer (denne anbefaling er også relevant for de sekundære forebyggelsesaktiviteter).

På portalen [www.mentalsundhed.dk](http://www.mentalsundhed.dk) findes anbefalinger med et tilsvarende indhold.

#### *TTA som dynamisk proces med flere faser*

Et nyligt scoping-review konkluderer, at det er centralt, at TTA-processen ansues som en dynamisk proces med flere faser. Reviewet henviser til, at der findes mange forskellige arbejdspladsinitiativer, der kan bidrage i en fastholdelsesproces, men der er kun begrænset viden om, hvordan disse initiativer kan kombineres på arbejdspladsen, således at fastholdelse i arbejdet fremmes. Samtidig er der mange forskellige aktører, hvis viden kan styrke fastholdelsen, men deres viden bliver ikke altid bragt i spil. Reviewet peger på at der er behov for:

- At afdække, hvordan forskellige initiativer kan kombineres på arbejdspladsen for at fremme fastholdelse af psykisk sårbare medarbejdere
- At undersøge, hvordan arbejdspladser kan tilrettelægge arbejdet og arbejdsvilkårene således, at medarbejdere med MSU, der vender tilbage til arbejdet efter sygefravær, kan fastholdes og støttes i helbredelsesprocessen, f.eks. ved at pege på, hvad det forudsætter af viden og evne at gennemføre målrettede arbejdstilpasninger
- At gentænke, hvordan forskellige eksterne parter kan hjælpe til at styrke fastholdelse på arbejdspladsen

Resultaterne peger endvidere på, at det er vigtigt, at en "tilbage til arbejde indsats" adresserer flere niveauer i organisationen og ikke alene individniveauet (54).

#### **Principper for arbejdspladsens indsats ved TTA**

Den canadiske Institute for Work and Health har på baggrund af en systematisk opsamling af viden fra international forskning og erfaringer fra praksis udviklet syv principper, som betragtes som afgørende for

succesfuld tilbagevenden til arbejde (TTA) efter længere tids fravær (26). Principperne understøttes af nyere dansk forskning om tilbagevenden til arbejde. Chancerne for en succesfuld TTA-proces forbedres hvis:

1. Arbejdspladsen er engageret i arbejdsmiljø og sikkerhed, hvilket afspejles i adfærd og handling hos alle aktører på arbejdspladsen.
2. Arbejdspladsen tilbyder den tilbagevendende medarbejder arbejdsopgaver og/eller arbejdstid tilpasset medarbejderens arbejdsevne, så medarbejderen tidligt og sikkert har mulighed for at vende tilbage.
3. TTA-forløbet planlægges, så det belaster kolleger og ledere mindst muligt.
4. Ledere har viden om forebyggelse af uarbejdsdygtighed og om planlægning af TTA-forløb
5. Arbejdspladsen tager tidligt i forløbet og med en støttende kommunikation kontakt med den sygemeldte.
6. Der er én person, som har ansvaret for at koordinere TTA-forløbet på arbejdspladsen
7. Arbejdspladsen og sundhedssystemet kommunikerer efter behov og med medarbejderens accept med hinanden om kravene i arbejdet.

#### *7.4.3. Viden fra danske undersøgelser*

Som beskrevet herover anbefales en god kommunikation og koordinering mellem forskellige aktører på og uden for arbejdspladsen for at sikre en god TTA-proces. Denne anbefaling er efterprøvet i dansk regi.

#### **Det store TTA-projekt**

Mellem april 2010 og september 2012 deltog 22 danske kommuner i et meget omfattende tilbage-til-arbejde (TTA) projekt – også kendt som Det store TTA-projekt. Med afsæt i eksisterende viden og tidligere, mindre projekter havde projektet til formål at afprøve, om det er muligt at etablere en tidlig, tværfaglig og koordineret indsats inden for eksisterende lovgivningsmæssige rammer og med udgangspunkt i jobcentrenes sagsbehandling i sygedagpengesager. Projektet inkluderede en bred gruppe af sygemeldte, herunder både sygemeldte med fysiske og psykiske helbredsproblemer.

Indsatsen blev implementeret i de deltagende jobcentre, hvor der blev oprettet tværfaglige teams bestående af sagsbehandlere og sundhedsprofessionelle (psykologer, fysioterapeuter, (arbejds-)mediciner og psykiatere). Forud for projektet deltog de tværfaglige teams i en omfattende uddannelse for at lære indsatsens principper og fremgangsmåder at kende.

Resultaterne ift. sygefraværets længde var blandet, og der kunne ikke vises en overordnet signifikant positiv effekt på tværs af kommunerne (55;56). Den omfattende procesevaluering af projektet viste store forskelle i implementeringen af indsatsen. Evalueringen viste bl.a., at det ikke altid lykkedes at oprette velfungerede tværfaglige teams eller opnå en tidlig afklaring i jobcenteret. Derudover viste det sig, at det kun lykkedes at etablere et tæt samarbejde mellem jobcentre, de sygemeldte og deres arbejdsgivere i et begrænset antal sager (57).

Procesevalueringen af TTA-projektet viste dog også, at der i de tilfælde, hvor det lykkedes at etablere en tæt samarbejde mellem TTA-aktørerne fra jobcentre, arbejdsgiveren og den sygemeldte, blev givet udtryk for stor tilfredshed. Både arbejdsgiverne og de sygemeldte var positive over for inddragelsen af de

sundhedsfaglige TTA-aktører, bl.a. i forbindelse med tilpasninger af arbejdspladsen og den sygemeldtes arbejdsopgaver i forhold til vedkommendes skånebehov. I forhold til sygemeldte med psykiske helbredsproblemer oplevede både de sygemeldte og arbejdsgiverne, at psykologen havde været nyttig i forhold til at udarbejde en realistisk plan for sygemeldte. Disse positive erfaringer er særlig relevante, da der forud for TTA-projektet ikke havde været særligt stort fokus på inddragelse af psykologerne i samarbejdet med arbejdspladserne (57).

### **Fagforbundenes roller**

Der er gennemført forskellige danske undersøgelser med fokus på fagforbundenes muligheder for at understøtte medlemmer og virksomheder i håndteringen af MSU.

Et projekt søger at afdække, hvad der leder frem til, at nogle mennesker udstødes af arbejdet på grund af psykiske lidelser og ender på førtidspension. Projektet undersøger, om det kan sandsynliggøres, at der er en sammenhæng mellem dårligt psykosocialt arbejdsmiljø og tildelingen af arbejdsskadeserstatning for psykiske lidelser og tildeling af førtidspension. Der kunne dog ikke peges på nogen sammenhæng.

LO-forbundenes praksis overfor medlemmer med psykiske lidelser er blevet undersøgt gennem telefoninterview, og der er gennemført et gruppeinterview med sagsbehandlere fra fem LO-forbund, som i det daglige har kontakt med medlemmer med psykiske lidelser. I projektet påpeger de interviewede respondenter forskellige faktorer i forbund og hos myndigheder, som de oplever, kan udgøre en risiko for, at ressourcer anvendes på en måde, der ikke gavner de skadelidte. Hertil hører udokumenterede antagelser, politik, der fremmer et ideologisk mål på bekostning af individet, samt problemer knyttet til manglende viden og manglende evne til at etablere samarbejde mellem myndigheder, forbund og arbejdspladser (58).

En anden undersøgelse, udført for et stort fagforbund viser, at afdelingerne og de tillidsvalgte i en række sygdomsforløb spiller en begrænset rolle i forløbet omkring de stresssygemeldte kolleger og medlemmer, men at der er områder, hvor TR, AMR og afdelinger potentielt kunne spille en langt større rolle. Det gælder fx, når et medlem begynder at udvise tegn på stress under selve sygemeldingsperioden, i forbindelse med tilbagevenden til arbejdet, eller under den efterfølgende konsolidering på arbejdspladsen. Det gælder ligeledes de mulige forebyggende aspekter af 'stressarbejdet', så færre bliver sygemeldt med stress (59).

En lille undersøgelse, gennemført for 3F og Dansk Psykologforening i fællesskab, har sat fokus på psykologers vurdering af årsager til stress. Psykologerne vurderer bl.a., at medarbejderne ofte forsøger at sige fra i forhold til arbejdsbelastninger, og at ledelsen som regel lytter imødekommende, men at opfølgning ofte udebliver. De vurderer, at arbejdspladsernes manglende evne til at se deres egen andel i stress sjældent skyldes modvilje, men snarere er et udtryk for manglende evne til at håndtere det på en hensigtsmæssig måde. Psykologerne mener endvidere, at der er et behov for øget organisatorisk læring af stress-tilfælde, og at de behandlende psykologer kunne spille en mere aktiv rolle, specielt i forbindelse med tilbagevenden til arbejdspladsen efter en stresssygemelding (60).

#### 7.4.4. Opsamling på tertiær forebyggelse

##### *Hvad kan man på ledelsesniveau gøre for tertiær forebyggelse af MSU?*

Forskningen, internationale anbefalinger og danske erfaringer peger på lederens vigtige rolle i at støtte medarbejderne i processen med at vende tilbage til arbejde efter en sygemelding på grund af mentale helbredsproblemer. Internationale anbefalinger, understøttet af forskningen, fremhæver, at det er vigtigt, at lederne udvikler en TTA-plan sammen med den sygemeldte, så processen kan tilpasses den sygemeldtes behov. Derudover peger studierne på, at lederens opbakning og støtte til den sygemeldte medarbejder er central for at skabe et godt TTA-forløb. Hertil hører også, at lederen får den nødvendige træning til at klæde dem på til at arbejde imod stigma og fordomme, som ellers kan stå i vejen for et godt TTA-forløb. Ligeledes fremhæver internationale anbefalinger, at der er brug for kompetenceudvikling blandt lederne, så de bedre kan planlægge TTA-processerne, men også så de får mere indblik i, hvad der skal til for at forebygge uarbejdsdygtighed. Samtidig gøres der opmærksom på, at TTA-forløbene skal planlægges, så de belaster ledere og kolleger mindst mulig. Erfaringer fra Danmark tyder desuden på, at lederne selv mener, at de har behov for mere viden om, hvad medarbejderne med MSU, som vender tilbage til arbejde har brug for. Det viser sig bl.a. i den store tilfredshed blandt lederne, når de har mulighed for at få professionel støtte fra psykologerne, som kan rådgive lederne i tilpasninger af arbejdsopgaverne for medarbejderne med MSU.

##### *Hvad kan man på organisationsniveau gøre for tertiær forebyggelse af MSU?*

Forskningen tyder på, at man på organisationsniveau kan bidrage på mange måder til at skaffe de rigtige rammer og forudsætninger for, at medarbejdere, der er sygemeldt med MSU, har en bedre chance for at vende tilbage til arbejdet. Hertil hører organisatorisk fokus på fastholdelse, politikker for TTA, kendskab til MSU, mulighed for arbejdstilpasninger og et godt psykosocialt arbejdsmiljø. Der henvises dog også til, at medarbejdere med MSU ofte vender tilbage til arbejde hos en anden arbejdsgiver, og at der endnu ikke er tilstrækkeligt mange studier til at vurdere effekten af interventioner foretaget på organisatorisk niveau. Internationalt anbefales det dog, at arbejdspladserne gør en indsats for at støtte mulighederne for succesrige TTA-processer, bl.a. at arbejdspladsen generelt engagerer sig positivt for arbejdsmiljø og sikkerhed, at arbejdspladsen på et tidligt tidspunkt tager kontakt med den sygemeldte, at der findes faste procedurer for TTA, som også indeholder mulighed for at gennemføre arbejdstilpasninger, og at der udpeges en person, som er ansvarlig for at koordinere TTA-forløbe på arbejdspladsen. Der foreligger kun få evalueringer af indsatser, hvor omfattende organisatoriske indsatser for medarbejdernes TTA er blevet afprøvet. Men de erfaringer, som foreligger, tyder på, at tillidsrepræsentanten samt arbejdsmiljørepræsentanter kan spille en positiv rolle i at opnå en mere koordineret og et mere systematisk TTA-forløb.

##### *Hvad kan grupper gøre for tertiær forebyggelse af MSU?*

Forskningen tyder på, at social støtte fra kollegerne er vigtig for tilbagevenden til arbejde for medarbejdere med mentale helbredsproblemer. Forskningen tyder dog også på, at der blandt medarbejdergrupper fortsat kan findes negative holdninger over for personer, der har været sygemeldt på grund af mentale helbredsudfordringer. Som nævnt i et af de foregående afsnit anbefales der grundlæggende mere information om mentale helbredsproblemer for at modarbejde fordomme og stigma. Derudover anbefales der mere specifikt i forhold til TTA-processen, at social støtte fra kollegerne formaliseres mere, fx så den medarbejder, som vender tilbage har en fast kontaktperson, som vedkommende kan sparre med.

Derudover henviser anbefalinger til, at det er vigtigt, at TTA-forløbene planlægges, så kollegerne belastes i mindst muligt omfang. Erfaringer fra et dansk projekt viser, at det er vigtigt at inddrage kollegerne i aftaler om arbejdstilpasninger, så at kollegerne også har mulighed for at tilpasse deres egen arbejdsopgaver til situationen.

#### *Hvad kan individer gøre for tertiær forebyggelse af MSU?*

Forskningen viser, at kognitiv adfærdstræning kan reducere mentale helbredsproblemer, men kognitiv adfærdstræning viser tilsyneladende kun effekter på hurtigere tilbagevenden til arbejdet, hvis adfærdstræningen direkte beskæftiger sig med de udfordringer, som er forbundet med arbejdsopgaverne. Hvis kognitiv adfærdstræning skal integreres i TTA-programmer, så er det derfor vigtigt, at træningen har særligt fokus på problemløsningskompetencer ift. arbejdspladsudfordringer. I forhold til medarbejderne med angstsymptomer viser forskningen, at eksponeringsterapi, hvor medarbejderne gradvist lærer, hvordan angstprovokerende situationerne kan håndteres, kan reducere symptomerne. Resultaterne af eksponeringsterapi i forhold til reduktion af sygefravær er dog mindre entydig. I forhold til internationale anbefalinger fremhæves der, at individuelle indsatser ikke bør stå alene, men skal integreres med indsatser på arbejdspladsen.

#### *Hvilken rolle spiller kombinerede indsatser for tertiær forebyggelse af MSU?*

TTA-forskningen, internationale anbefalinger og danske erfaringer peger meget tydeligt på, at der er brug for en velfungerende koordination mellem de relevante aktører i en medarbejders TTA-proces. I forbindelse med langtidssygemeldinger er de relevante aktører ikke kun den sygemeldte selv og arbejdspladsen, men også det sociale forsikringssystem (som i Danmark er jobcentre i kommunerne) og sundhedssystemet. Forskelle mellem de forskellige aktørers målsætninger, perspektiver og opfattelser kan potentielt forsinke TTA-forløbet, og der er derfor brug for et godt samarbejde og en systematisk koordinering.

## **7.5. Proces, implementering og evaluering af indsatser**

Det er blevet understreget (61), at arbejdspladsorganisationer er komplicerede størrelser, og det derfor ikke er overraskende, at en indsats, der igangsættes i en sådan organisation, har mange risikoeer for at støde på uventede forhindringer eller føre til uventede virkninger. Dette gælder i særlig grad for organisationsrettede indsatser, idet der netop 'pilles' ved organisationen i denne type indsatser.

Grawich et al.(16) opsummerer en række vigtige betingelser for, at indsatser kan lykkes:

- at de tager udgangspunkt i en behovsvurdering
- at der er opbakning fra topledelsen
- at medarbejderne inddrages
- at indsatserne hænger sammen som del af en mere omfattende strategi
- at indsatserne implementeres og evalueres

Ikke alle typer indsatser passer til alle arbejdspladser eller virksomheder. Det er derfor vigtigt inden igangsættelsen at vurdere behovet. Indsatsen skal kunne tilpasses kulturen, strukturen og de daglige rutiner i virksomheden, ellers kan de tage tid og energi fra kerneopgaven, og medarbejderne vil kunne komme til at opfatte indsatsen som meningsløs, eller forstyrrende, og miste motivationen. Samme

konklusion drages af i et aktuelt interventionsprojekt fra NFA, som peger på vigtigheden af at udvikle designs, der både passer til arbejdsmiljøproblemstillingen, brancheforholdene og deltagervirksomhedernes organisering (62). Rammer, behov og motiver for indsatsen ser ud til at spille en stor rolle for, om indsatsen lykkes (15). Det vil sige, at det kan være afgørende, at det fremgår tydeligt i formidling og praksis, at indsatsen bliver sat i gang for at forbedre medarbejdernes arbejdsmiljø og helbred, og ikke f.eks. udelukkende ud fra virksomhedens økonomiske rationaler.

Andre studier bekræfter, at især støtte fra ledelsen ser ud til at være afgørende for, at indsatserne bliver gennemført som planlagt. Omvendt kan manglede støtte fra lederne også føre til, at indsatserne ikke helt bliver til noget eller fuldstændig går i stå. Ledernes indsats for gennemførelser af arbejdspladsindsatser har dermed stor betydning for medarbejdernes psykosociale arbejdsmiljø (15).

Mange studier tyder på, at inddragelse af medarbejderne er afgørende for, om organisationsrettede indsatser lykkes (15). Medarbejderinddragelse er bl.a. vigtig i afdækningen af, hvilket behov der er for indsatser, i udviklingen og afprøvning af passende løsningsforslag og i den efterfølgende proces, hvor løsninger skal integreres i arbejdspladsens rutiner. Kontinuerlig dialog og kommunikation mellem ledelse og medarbejdere er central i denne proces.

Indsatsen bør også være et led i en overordnet strategi for at sikre en kontinuerlig forebyggelsesindsats, der er fleksibel mht. tilpasning til skiftende omstændigheder og opnåelsen af forskellige delmål. Det er ikke sandsynligt, at arbejdspladsen løser alle MSU problemer ved at gennemføre et enkelt projekt. Erfaringer peger mere på, at der er brug for, at aktørerne på arbejdspladsen opbygger og vedligeholder forskellige redskaber og kompetencer i forebyggelsesarbejdet.

Den sidste betingelse opstillet af Grawich et al. (16) er, at indsatsen implementeres og evalueres. Der skal være afsat tilstrækkelige ressourcer til, at indsatsen kan gennemføres, og der skal være en klar plan for gennemførelsen og en klar ansvarsfordeling for processen. Også af disse grunde er topledelsens opbakning vigtig. Især evaluering af processen er central, da den giver indsigt i, hvorfor bestemte aspekter af indsatsen var svære (eller nemme) at gennemføre. En evaluering af processen giver dermed mulighed for at opnå læring og forbedrer dermed grundlaget for gennemførelse af fremtidige indsatser.

I modsætning til procesevaluering opleves der tit begrænsninger i den traditionelle effektevaluering, som ikke altid passer til evalueringer af indsatser på arbejdspladserne. Blandt andet fordi det kan være svært at finde en passende kontrolgruppe, eller fordi interventionsprocessen bliver påvirket af udefrakommende ændringer. Det har øget interessen for virkningsevaluering, som en metode til at vurdere 'virkningen' og resultaterne af brede indsatser. Virkningsevaluering bygger på, at man forud for en indsats laver en beskrivelse af de mulige måder, indsatserne kan nå målet på (en såkaldt programteori), og med udgangspunkt i denne beskrivelse identificerer de forventede målbare virkninger, som den efterfølgende evaluering fokuserer på. Denne type evaluering giver viden om, hvordan indsatserne udspiller sig i organisationen. Det giver desuden indsigt i de mekanismer, der hjælper eller forhindrer indsatsen i at virke. Fremfor at vurdere indsatserne efter en effekt, fx sygefravær, som afhænger af mange andre faktorer, er formålet med virkningsevaluering at udvikle evnen til at identificere og vurdere de *mekanismer*, der forventes at bidrage til effekten, og skabe større indsigt i, hvorfor og hvornår indsatser 'virker', og hvornår de ikke gør det (63).



## 8. Virksomhedernes forebyggelsespraksis

Herunder gennemgås analyser af udvalgte data fra VAI (Virksomhedernes Arbejdsmiljøindsats 2014). Analysen er opdelt i primære og tertiære indsatser. Ingen af spørgsmålene i VAI, som vedrører sekundære indsatser, er relevante for denne rapport.

### 8.1. Primære forebyggelsesindsatser i VAI

Figur 3 viser fordelingen blandt 36 brancher med hensyn til fire generelle indsatser inden for den primære forebyggelse af MSU. Figur 4 viser fordelingen af de samme indsatser efter virksomhedsstørrelse i grupperne 1-9 ansatte, 10-34 ansatte og 35 eller flere ansatte. Da fokus er på den primære forebyggelse, vedrører indsatserne forebyggelsen af arbejdsrelateret stress gennem forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø på arbejdspladsen. De fire indsatser er: kortlægning af det psykosociale arbejdsmiljø, udarbejdelse af politik eller retningslinjer om forebyggelse eller håndtering af stress, tidlige konkrete indsatser for at forebygge sygdomsmeldinger blandt medarbejderne, og uddannelse af ledere i at håndtere det psykosociale arbejdsmiljø.

#### *Kortlægning af det psykosociale arbejdsmiljø*

Gennemførelse af arbejdspladsvurderinger (APV) minimum hvert 3. år er et krav i arbejdsmiljølovgivningen. Kravet indebærer bl.a. kortlægning af virksomhedens samlede arbejdsmiljø, herunder det psykosociale arbejdsmiljø.

I gennemsnit har 62% af virksomhederne foretaget en kortlægning af det psykosociale arbejdsmiljø inden for de sidste 3 år, men der ses en stor spredning mht. denne indsats: I branchen "hospitaller" har 83% af virksomhederne gennemført en kortlægning mens kun 33% har lavet en sådan indsats i branchen "Installation og reparation af maskiner" (Figur 3a).

De 6 brancher, hvor henholdsvis den laveste og højeste andel af virksomheder har gennemført en kortlægning af det psykosociale arbejdsmiljø, ses her:

Indsats: Er der inden for de seneste 3 år foretaget en kortlægning af det psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladsen?	
Øverste 6	Nederste 6
33 Hospitaler	28 Restauranter og barer
31 Daginstitutioner	03 Færdiggørelse af byggeri
32 Døgninstitutioner og hjemmepleje	13 Transportmidler
35 Undervisning	04 Butikker
21 Politi, beredskab og fængsler	24 Frisører og anden personlig pleje
34 Læger, tandlæger og dyrlæger	08 Installation og reparation af maskine

#### *Udarbejdelse af politik eller retningslinjer for stress*

I modsætning til kortlægning af arbejdsmiljøet, er det ikke et lovgivningskrav, at en virksomhed skal have en stresspolitik. Spredningen er fra 78%, der har en sådan politik eller retningslinjer, i branchen "hospitaller" til 18% i branchen "transportmidler". Blandt alle 36 brancher er det i gennemsnit 46%, der angiver, at de

har en politik eller retningslinje for forebyggelse eller håndtering af stress (se Figur 3b). De 6 brancher med henholdsvis den laveste og højeste andel ses her:

Indsats: Har arbejdspladsen en politik eller retningslinjer om forebyggelse eller håndtering af stress?	
Øverste 6	Nederste 6
33 Hospitaler	02 Opførelse og nedrivning af byggeri
21 Politi, beredskab og fængsler	14 Træ og møbler
32 Døgninstitutioner og hjemmepleje	10 Metal og maskiner
31 Daginstitutioner	08 Installation og reparation af maskine
35 Undervisning	22 Religiøse institutioner og begravelse
27 Rengøring	13 Transportmidler

#### Tidlig indsats for at forebygge sygemeldinger

Den gennemsnitlige score for alle virksomheder er 2,8, på skalaen fra 1 til 4, hvor 1=Nej og 4=I høj grad. Scoren er dermed tæt på 3=I nogen grad. Variationen mellem brancher er moderat (se figur 3c): Branchen "Døgninstitutioner og hjemmepleje" har den højeste score med 3,3 og branchen "Færdiggørelse af byggeri" den laveste (score 2,5). De 6 brancher med henholdsvis den laveste og højeste score ses herunder:

Indsats: Er der på arbejdspladsen inden for det seneste år gennemført konkrete indsatser for at forebygge sygemeldinger ved at gennemføre en tidlig forebyggende indsats blandt medarbejderne?	
Øverste 6	Nederste 6
32 Døgninstitutioner og hjemmepleje	30 Transport af passagerer
31 Daginstitutioner	05 Engros
33 Hospitaler	13 Transportmidler
16 IT og telekommunikation	08 Installation og reparation af maskine
34 Læger, tandlæger og dyrlæger	15 Film, presse og bøger
27 Rengøring	03 Færdiggørelse af byggeri

#### Uddannelse af ledere til at håndtere det psykosociale arbejdsmiljø

Den gennemsnitlige score for alle 36 brancher er 2,2, dvs. en anelse over scoren 2 der svarer til "i ringe grad" (se figur 3d). Den branche, der scorer højest er "døgninstitutioner" (score 3,1) mens branchen "Installation og reparation af maskine" scorer lavest (score 1,5). De 6 brancher med henholdsvis den laveste og højeste score ses her:

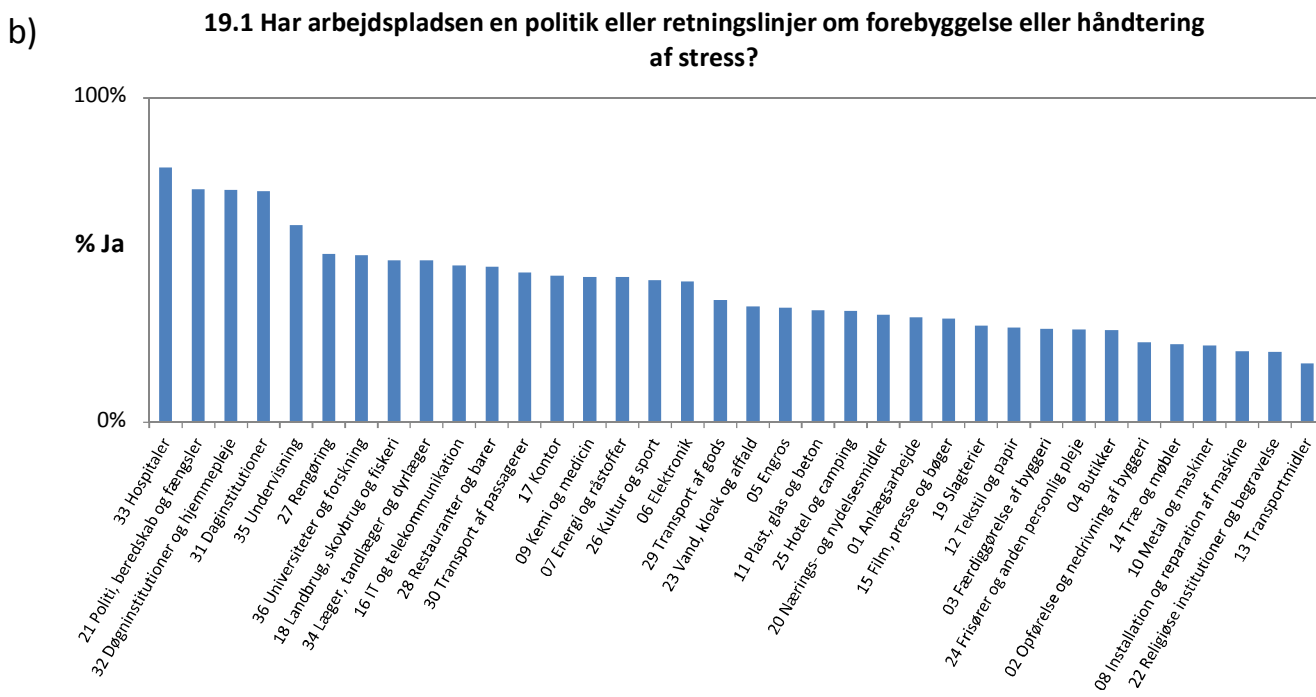
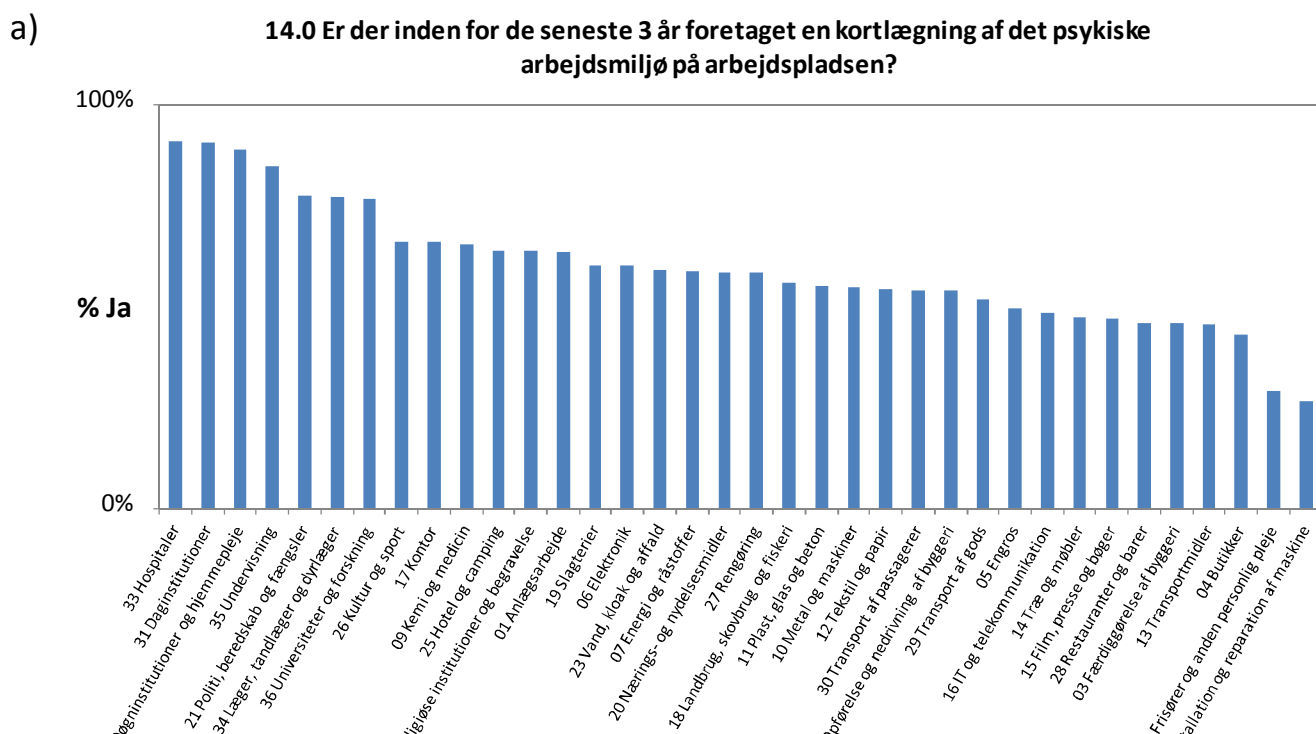
Indsats: Bliver ledere med personaleansvar uddannet i at håndtere det psykiske arbejdsmiljø?	
Øverste 6	Nederste 6
32 Døgninstitutioner og hjemmepleje	16 IT og telekommunikation
33 Hospitaler	15 Film, presse og bøger
31 Daginstitutioner	05 Engros
21 Politi, beredskab og fængsler	12 Tekstil og papir
34 Læger, tandlæger og dyrlæger	24 Frisører og anden personlig pleje
35 Undervisning	08 Installation og reparation af maskine

### *Virksomhedsstørrelsens betydning for indsatserne*

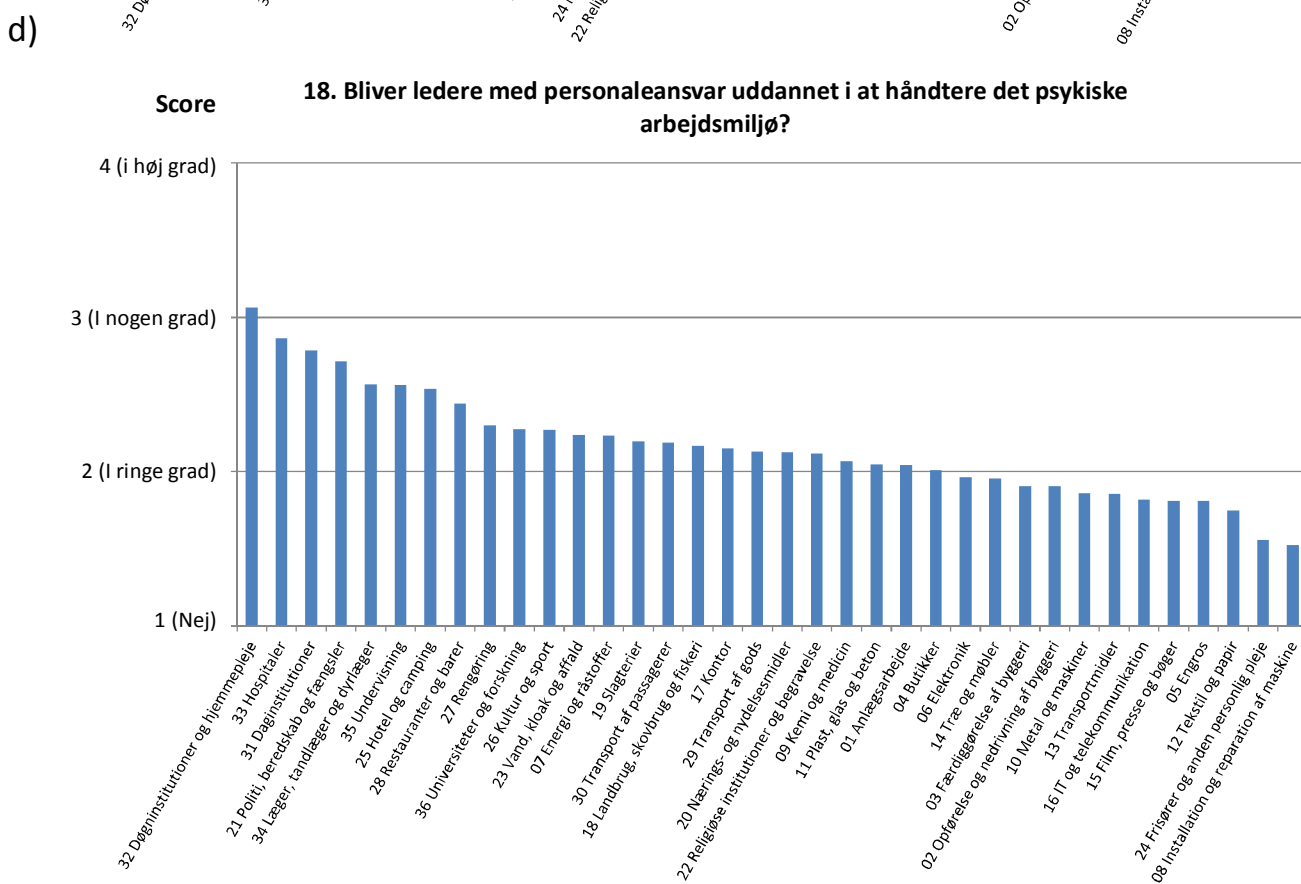
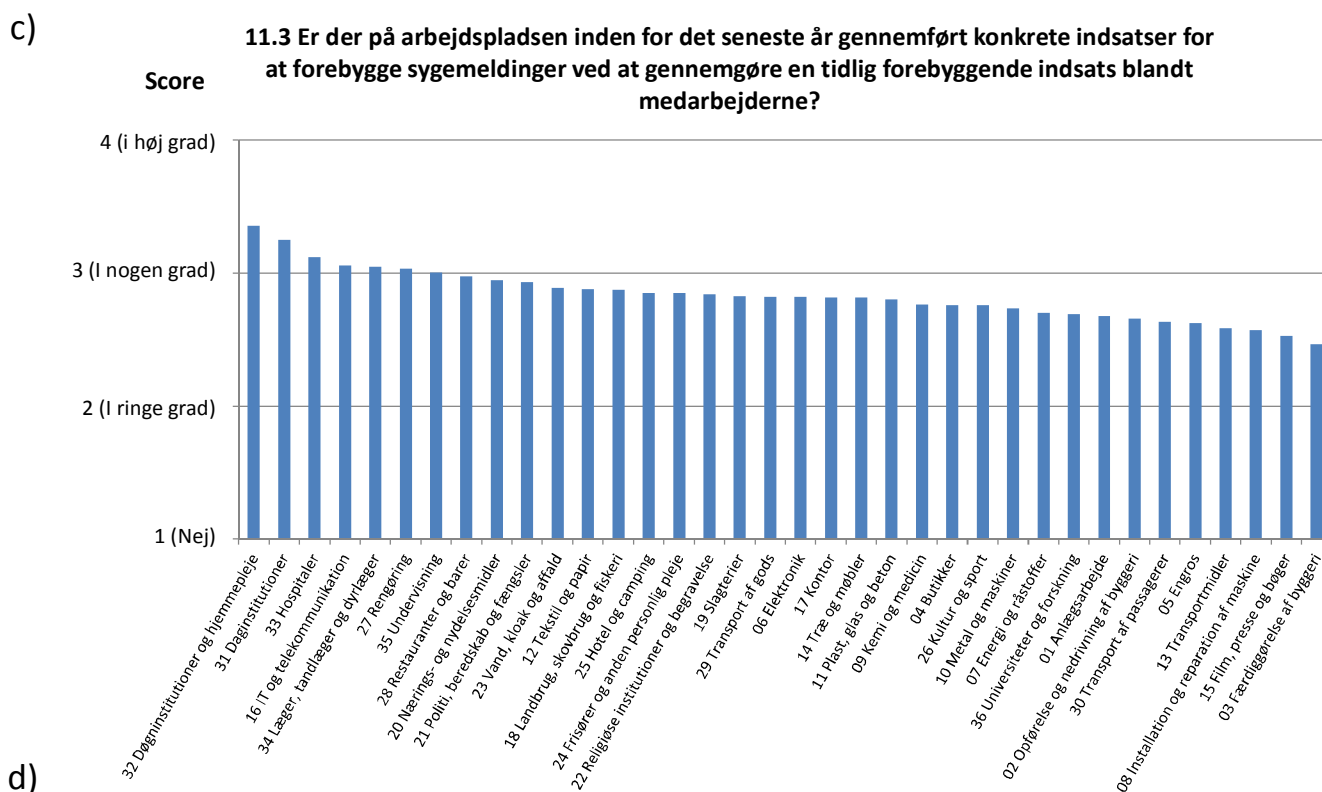
Med hensyn til fordelingen af de fire indsatser i forhold til virksomhedsstørrelse, så viser figur 4 klart, at jo mindre virksomheden er, jo mindre udbredt er indsatsen. Kontrasten mellem den mindste og den største virksomhedsstørrelse synes dog mindst i forhold til konkrete tidlige forebyggende indsatser for at mindske sygemeldinger blandt medarbejderne (figur 4c). Undersøgelsen indeholder ikke information om, hvad det er for type indsatser, som virksomhederne har igangsat.

### *Opsamling på virksomhedernes primære forebyggelse af MSU (arbejdsrelateret stress)*

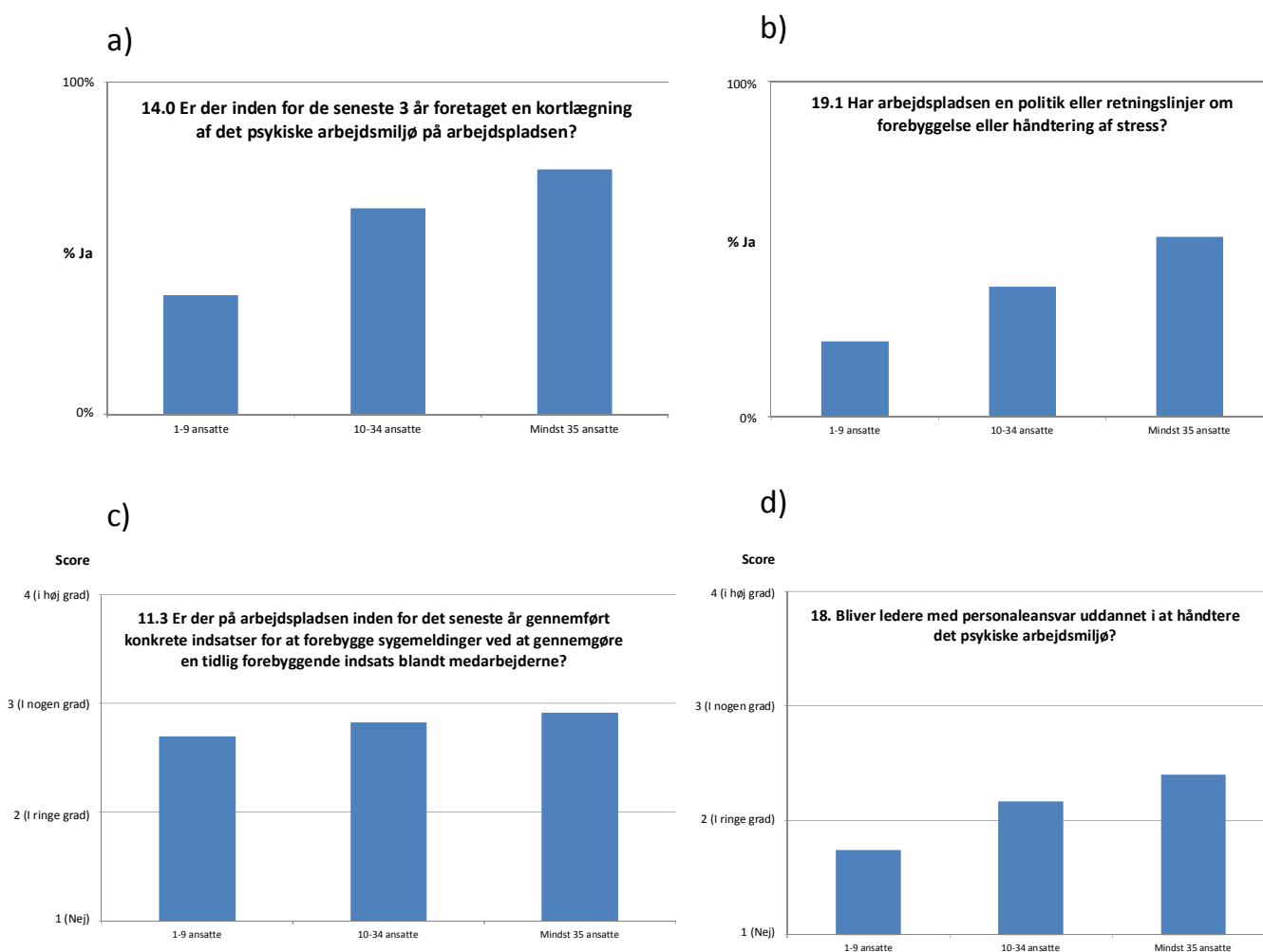
De mest markante resultater er, at kun knap halvdelen af virksomhederne har en politik eller retningslinjer for forebyggelse eller håndtering af stress. Analysen viser også, at lederen i mange virksomheder kun i ringe grad eller slet ikke er uddannet i forhold til at håndtere det psykosociale arbejdsmiljø. Disse tal dækker over en vis variation mellem forskellige brancher. De fire indsatser inden for den primære forebyggelse af stress udføres oftere i brancher som hospitaler, daginstitutioner, døgninstitutioner og hjemmepleje, undervisning og politi, beredskab og fængsler, end i andre brancher. De nævnte brancher er domineret af offentlige virksomheder. Endvidere er det ret tydeligt, at de tre indsatser for den primære forebyggelse af arbejdsrelateret stress er mindre udbredt blandt små virksomheder i forhold til blandt større virksomheder. Denne tendens synes at være tydeligst for konkrete og ressourcekrævende indsatser som uddannelse af lederen, udarbejdelse af retningslinjer/politik for stress og kortlægning af det psykosociale arbejdsmiljø, og den afspejler formodentlig virksomhedens afvejning af behov og ressourcer, som sandsynligvis er mindre, jo mindre arbejdspladsen er.



Figur 3a-b. Virksomhedernes indsatser i den primære forebyggelse af MSU (arbejdsrelateret stress) i 36 brancher: Indsatserne er: a) kortlægning af det psykosociale arbejdsmiljø, b) politik eller retningslinjer om forebyggelse eller håndtering af stress (figur 3 fortsættes på næste side).



Figur 3c-d (fortsat fra forrige side). Virksomhedernes indsatser i den primære forebyggelse af MSU (arbejdsrelateret stress) i 36 brancher: Indsatserne er: c) tidlige indsatser for at forebygge sygefravær, d) uddannelse af ledere til at håndtere det psykosociale arbejdsmiljø.



Figur 4a-d. Virksomhedernes indsatser i den primære forebyggelse af MSU (arbejdsrelateret stress) fordelt efter virksomhedsstørrelse: Indsatserne er: a) kortlægning af det psykosociale arbejdsmiljø, b) politik eller retningslinjer om forebyggelse eller håndtering af stress c) tidlige indsatser for at forebygge sygefravær, og d) uddannelse af ledere til at håndtere det psykosociale arbejdsmiljø.

## 8.2. Tertiære forebyggelsesindsatser i VAI

Figur 5 viser fordelingen blandt 36 brancher med hensyn til to generelle indsatser for sikre eller støtte tilbagevenden til arbejdet af medarbejdere, der er langtidssygemeldte (tertiær forebyggelse). Figur 6 viser fordelingen af de samme indsatser efter virksomhedsstørrelse. Kun en vis andel af langtidssygefraværet skyldes MSU, men den præcise andel kendes ikke. Årsagen til langtidssygefraværet er ikke specificeret i undersøgelsen (Virksomhedernes Arbejdsmiljøindsats (VAI) 2014), og VAI-undersøgelsens resultater må derfor fortolkes med et vist forbehold i forhold til tertiære forebyggelsesindsatser med fokus på MSU.

### Indgåelse af individuelle aftaler med langtidssygemeldte

Gennemgående er der en høj grad af indgåelse af sådanne aftale, gennemsnittet er 83% for alle virksomheder. Spredningen er også moderat, fra 99% i branchen "hospitaller" til 62% i branchen "religiøse institutioner og begravelse", dog med branchen "frisører og anden personlig pleje" som en afvigelse (her har 36% indgået sådanne aftaler) (figur 5a). De 6 brancher med henholdsvis den laveste og højeste andel ses her:

**Indsats: Er der inden for det seneste år indgået individuelle aftaler med langtidssygemeldte om deres tilbagevenden til arbejdspladsen?**

<b>Øverste 6</b>	<b>Nederste 6</b>
33 Hospitaler	02 Opførelse og nedrivning af byggeri
32 Døgninstitutioner og hjemmepleje	18 Landbrug, skovbrug og fiskeri
35 Undervisning	08 Installation og reparation af maskine
31 Duginstitutioner	04 Butikker
34 Læger, tandlæger og dyrlæger	22 Religiøse institutioner og begravelse
36 Universiteter og forskning	24 Frisører og anden personlig pleje

*Konkrete indsatser for at sikre eller støtte tilbagevenden til arbejdet af langtidssygemeldte medarbejdere*

Den gennemsnitlige score for alle virksomheder er 3,3, på skalaen fra 1 til 4, hvor 1=Nej og 4=I høj grad. Scoren er dermed mellem 3=I nogen grad og 4=I høj grad (figur 5b). I lighed med indsatsen bestående af individuelle aftaler (gennemgået herover) er variationen mellem brancher ligeledes moderat (se figur 5b): Branchen "Døgninstitutioner og hjemmepleje" har den højeste score med 3,7 og branchen "frisører og anden personlig pleje" den laveste (score 2,9). De 6 brancher med henholdsvis den laveste og højeste score ses herunder:

**Indsats: Er der på arbejdspladsen inden for det seneste år gennemført konkrete indsatser for at støtte medarbejderes tilbagevenden til arbejde efter langtidssygemelding?**

<b>Øverste 6</b>	<b>Nederste 6</b>
32 Døgninstitutioner og hjemmepleje	30 Transport af passagerer
33 Hospitaler	04 Butikker
31 Duginstitutioner	13 Transportmidler
34 Læger, tandlæger og dyrlæger	28 Restauranter og barer
35 Undervisning	03 Færdiggørelse af byggeri
12 Tekstil og papir	24 Frisører og anden personlig pleje

*Virksomhedsstørrelsens betydning for indsatserne*

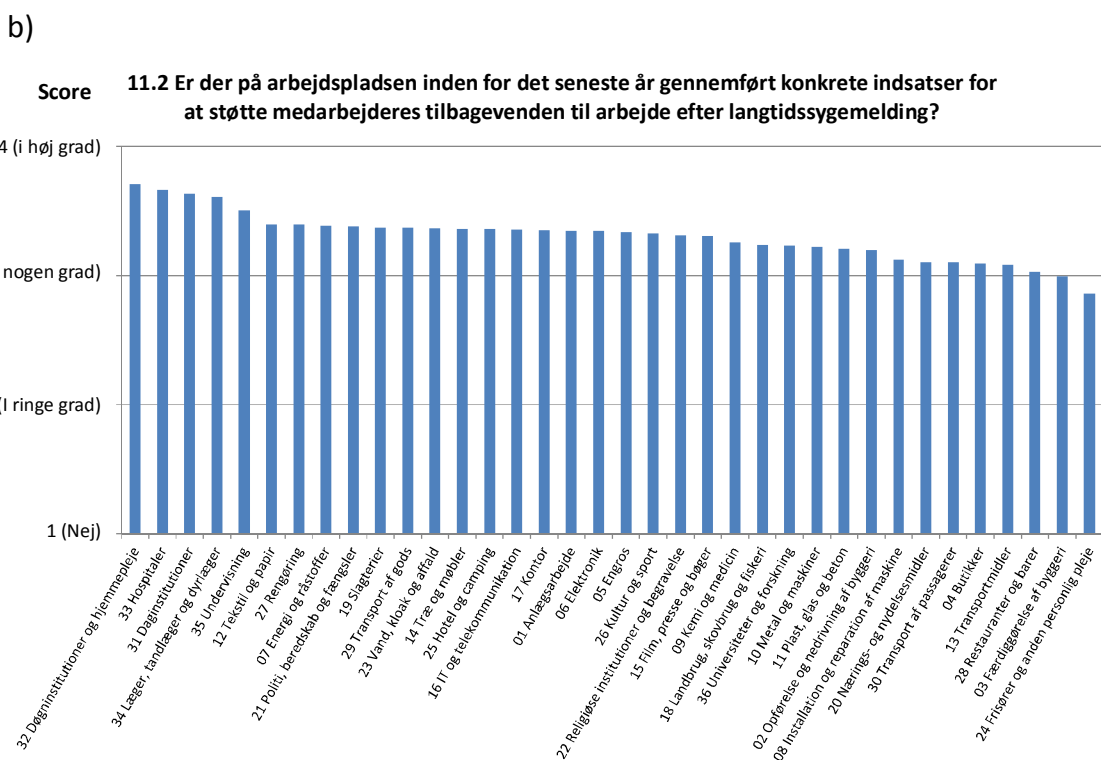
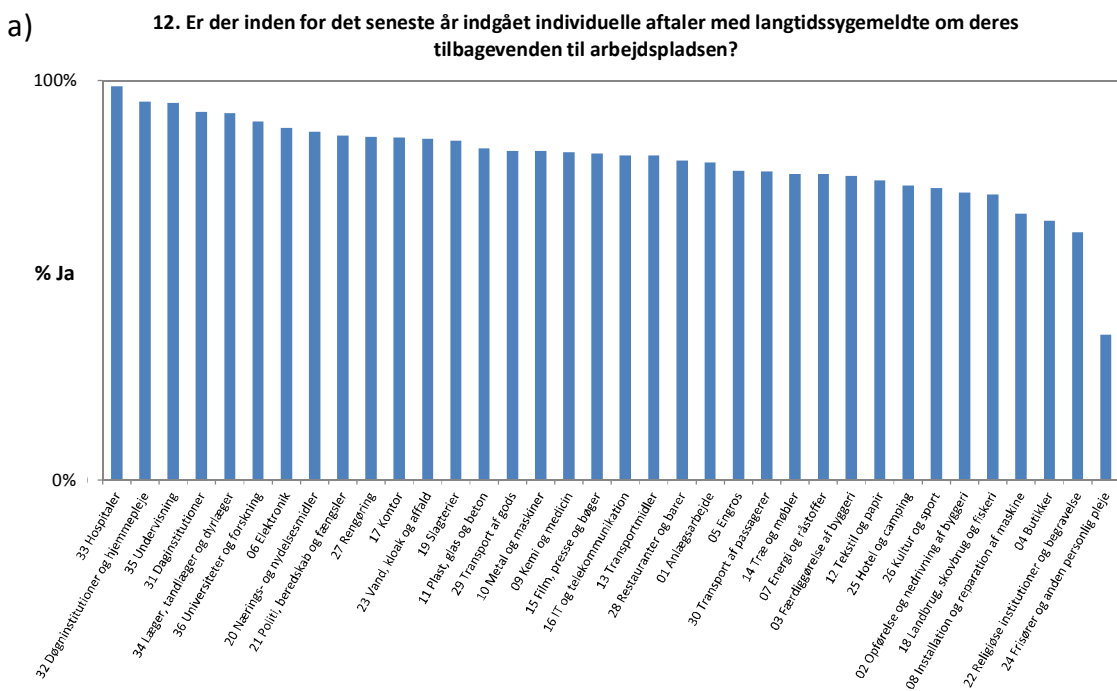
Med hensyn til fordelingen af indsatserne i forhold til virksomhedsstørrelse, så viser figur 6, at jo mindre virksomheden er, jo mindre udbredt er indsatsen. Kontrasten er markant i forhold til den meget konkrete indsats vedrørende indgåelse af individuelle aftaler om tilbagevenden til arbejdet. Her har 50% af små virksomheder (1-9 ansatte) indgået en sådan aftale, mens for virksomheder med mere end 35 ansatte er det 92% (figur 6a). Med hensyn til (andre) konkrete indsatser for at sikre eller støtte tilbagevenden til arbejdet er forskellen mindre: Små virksomheder scorer 3,0 og store virksomheder 3,4 på denne skala, dvs. begge virksomhedsstørrelser ligger tæt på scoren 3=I nogen grad. VAI-undersøgelsen, som analysen er baseret på, indeholder ikke information om, hvad det er for nogle indsatser, virksomhederne har sat i gang.

*Opsamling på virksomhedernes tertiære forebyggelse af langtidsygefravær*

Det mest markante resultat er, at indsatser for at sikre eller støtte tilbagevenden til arbejdet af en langtidssygemeldt medarbejder er relativt udbredt i alle brancher. Der er endvidere samme tendens som set i den primære forebyggelse af MSU, at indsatserne er mere udbredte blandt brancherne domineret af offentlige virksomheder (hospitaler, duginstitutioner, undervisning, døgninstitutioner og hjemmepleje) end brancher det fortrinsvis udgøres af private virksomheder. Det er også tydeligt, at små virksomheder i mindre grad end større

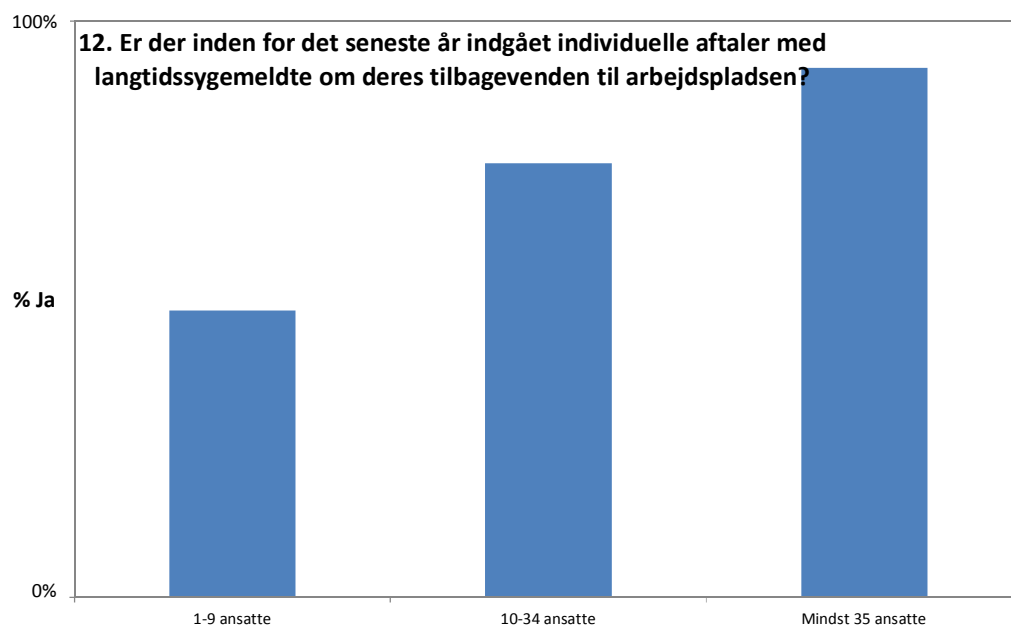
virksomheder gennemfører denne slags indsatser. Forskellen var størst mht. den konkrete indsats (indgåelse af aftaler med hensyn til tilbagevenden til arbejdet), til gengæld ser det ud til, at små virksomheder er næsten lige så gode som større virksomheder, når det drejer sig om andre, konkrete indsatser for at støtte tilbagevenden til arbejdet. Det er muligt, at virksomhedernes indsatser afhænger af, hvad der er årsag til sygefraværet. Dermed kan det billede, der er tegnet af virksomhedernes indsatsniveau herover, komme til at se anderledes ud, hvis analysen kun fokuserede på langtidssygefravær pga. MSU. Som nævnt er det ikke muligt at lave denne analyse på basis af VAI, da sygefraværsårsagen ikke indgår i data.



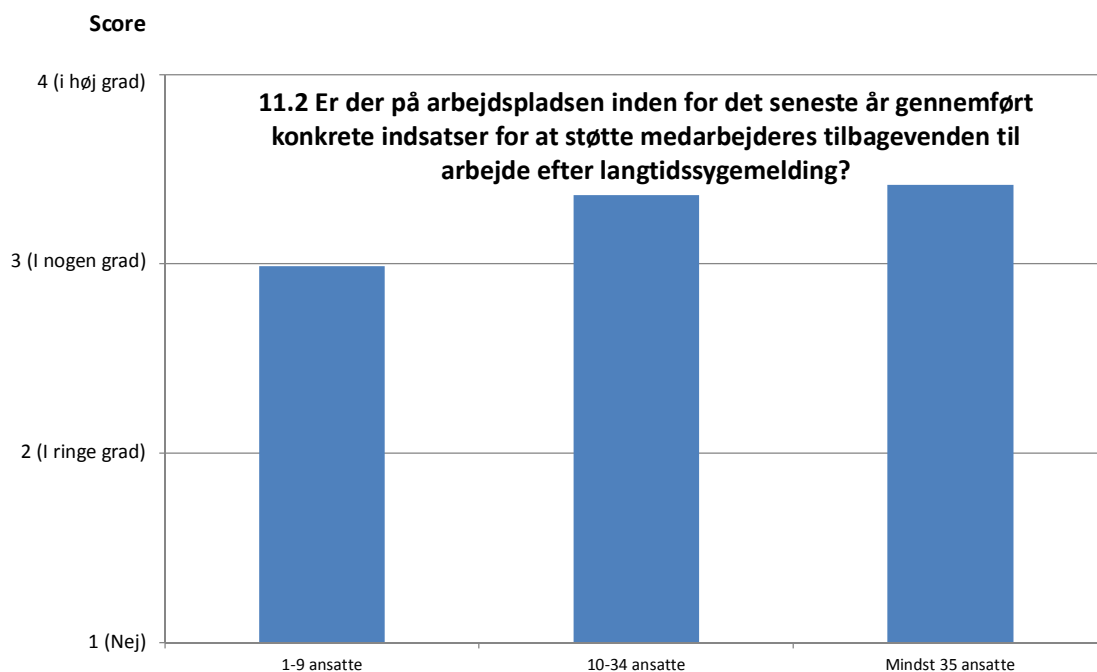


Figur 5a-b. Virksomhedernes indsatser i den tertiære forebyggelse af langtidssygefravær (langtidssygefravær skyldes bl.a. MSU) i 36 brancher: Indsatserne er: a) individuelle aftaler med langtidssygemeldte, b) konkrete indsatser for at støtte medarbejderes tilbagevenden til arbejdet efter langtidssygemelding.

a)



b)



Figur 6a-b. Virksomhedernes indsatser i den tertiære forebyggelse af langtidssygefravær (langtidssygefravær skyldes bl.a. MSU) fordelt efter virksomhedsstørrelse: Indsatserne er: a) individuelle aftaler med langtidssygemeldte, b) konkrete indsatser for at støtte medarbejderes tilbagevenden til arbejdet efter langtidssygemelding.

## 9. Områder, hvor indsatser kan gøre en forskel

### 9.1. Veldokumenterede versus lovende indsatser

I dette afsnit samles de resultater, der giver anledning til at foreslå temaer og områder, hvor støtte kan betyde en forskel og skabe innovation og fremdrift i forebyggelsen af MSU.

Der efterspørges ofte indsatser med "dokumenteret effekt", underforstået indsatser, som i videnskabelige undersøgelser har vist en forventet positiv effekt. Denne anvendelse af "dokumenteret effekt" er uhensigtsmæssig. For det første kan det føre til en forventning om, at igangsættelsen af en given indsats nærmest med garanti vil føre til den forventede effekt. For det andet kan det føre til den misforståelse, at andre indsatser er inferiøre, hvilket kan føre til et fravalg af dem. Af forskellige grunde er disse slutninger ikke korrekte. At en bestemt type indsats, fx fysisk aktivitet, bedømmes til at have en veldokumenteret effekt på MSU, afspejler en *samlet vurdering* på baggrund af en lang række individuelle studier (mange gange flere hundrede). I nogen af de enkelte studier har der ingen effekt været eller endog en negativ effekt. Der er ingen garanti for, at en bestemt indsats, som har en "veldokumenteret effekt" på MSU i videnskabelige studier, også har en positiv effekt, næste gang den udføres. Effekten af en bestemt indsats afhænger af den konkrete kontekst og de betingelser, den gennemføres under, fx om målgruppen er velmotiveret, om indsatsen svarer til det problem, som foreligger, om indsatsen indføres på den rigtige måde, osv. Studiets resultat afhænger også af, hvilket effektmål der er valgt. Det kan fx være nemmere at få positiv effekt af en indsats for at forbedre MSU, hvis man måler på trivsel (et individuelt mål, direkte relateret til forbedring af MSU) end på sygefravær (et organisatorisk mål, der afhænger af meget andet end MSU). Endelig er det ressourcekrævende at gennemføre videnskabelige studier, og derfor vil der være mange indsatser, som ikke er blevet evalueret videnskabeligt, eller som ikke er blevet evalueret tilstrækkeligt grundigt til, at man kan komme med en konklusion.

Af disse grunde bruges ikke en kategorisk betegnelse som "indsats med veldokumenteret effekt" her. Alle de indsatser, som er medtaget og opsummeret i det foregående afsnit 7, betegnes som "lovende" baseret på en helhedsbetragtning af den viden, der er gennemgået i afsnit 7 (videnskabelig evidens, internationale anbefalinger, og viden fra danske undersøgelser).

I opsamlingerne i det foregående kapitel 7 er givet oversigter over de forskellige konkrete indsatser. I dette afsnit tages et mere tværgående perspektiv på behovet for indsatser.

### 9.2. Øget opmærksomhed og mere viden om MSU på arbejdspladserne

Opmærksomhed og viden omkring MSU er grundlaget for alle indsatser. Der er behov for opmærksomhed og viden på mange niveauer, herunder arbejdspladsen, ledere, tillidsvalgte, nøglepersoner, og medarbejderne.

*Arbejdspladsen:* Det primære fokus for samfundsmæssige virkemidler og arbejdspladsrettede indsatser mod MSU har været på arbejdsrelateret stress, bl.a. af den åbenlyse grund, at arbejdspladsfaktorer spiller en rolle for denne type MSU. Andre typer MSU, såsom depression, anses i arbejdssammenhæng ofte for at tilhøre privatsfæren og er dermed mere eller mindre tabubelagte. Medarbejderne er ofte ikke villige til at

afsløre trivselsproblemer, og fra såvel ledelsen som fra arbejdstagersiden er der typisk stor usikkerhed om, hvor udbredt et problem, det er, og hvordan man skal håndtere det. Der er derfor behov for, at arbejdspladserne får øget opmærksomhed på MSU, og i særdeleshed øget opmærksomhed på, at der er andre MSU end stress. Arbejdspladsen skal have øget opmærksomhed på, at MSU er udbredte (jf. Arbejdsrapport 1.1), og at de har store konsekvenser for de medarbejdere, der bliver ramt af dem, og også for arbejdspladsen. Arbejdspladsen skal også være opmærksom på, at den har muligheder for at håndtere og forebygge MSU.

*Ledere:* Ledere indtager en nøgleposition mht. forebyggelsen og håndteringen af MSU, lige fra den tidlige forebyggende indsats til fastholdelsen af medarbejdere, der vender tilbage efter langtidssygefravær pga. MSU. Lederen har fx brug for viden om, hvordan MSU kommer til udtryk, hvordan psykiske problemer forløber, hvordan arbejdsevnen påvirkes, osv. Ledelsesopgaven er central i forhold til at kunne håndtere og forebygge MSU, der er derfor også behov for indsatser, der kan medvirke til ikke blot at ruste den enkelte leder bedre, men også at øge opmærksomheden på, hvordan håndtering og forebyggelse af MSU kan integreres i udførelsen af ledelsesopgaven. Derudover har nogle ledere også brug for støtte og sparring for at finde de passende løsninger i forhold til håndtering af medarbejdere med MSU. Det kan være sparring med lederkollegerne eller overordnede, men det kan også være mere fagspecifik hjælp fra psykologer eller andre arbejdsmiljøprofessionelle, som fx kan hjælpe med forslag til arbejdspladstilpasninger for medarbejdere med MSU.

*Tillidsvalgte, arbejdsmiljørepræsentanter, arbejdsmiljøprofessionelle og andre nøglepersoner* spiller en vigtig rolle i alle faser af forebyggelsen og håndteringen af MSU, fra tidlige indsats til opfølgning på personer, der vender tilbage fra langtidssygefravær. For at deres rolle kan styrkes, og de bedre kan medvirke i det forebyggende arbejde, forudsættes det dog, at de besidder det nødvendige vidensgrundlag om MSU. I denne sammenhæng peger flere undersøgelser på, at der er brug for forbedringer, da deres adgang til viden gennem uddannelse og træning er usystematisk, begrænset og sporadisk.

*Medarbejdere:* For at imødegå stigmatisering og fordomme omkring MSU og for at kunne medvirke til forebyggelse, er det vigtigt, alle medarbejdere har en grundlæggende forståelse for MSU, og hvordan det kommer til udtryk.

Forøgelse af vidensniveau og målgruppers kompetencer til at forebygge MSU kan gøres på forskellige måder. Aktører på arbejdspladserne er meget forskellige, og vidensformidling bør derfor været målrettet målgruppens forudsætninger og dens evne til at omsætte og anvende denne viden. Viden, der formidles til arbejdspladserne, skal frem for alt være praksisnært, relevant for målgruppen og handlingsorienteret.

Eksempler på indsatser, der kan styrke opmærksomhed og viden omkring MSU på arbejdspladserne, er:

- Målrettede kampagner
- Undervisning af ledere, tillidsvalgte, TRIO'er og nøglepersoner på arbejdspladsen eller i relevante fora (fx lederuddannelser, arbejdsmiljøuddannelse, osv.)
- Undervisning og træning af "mellemmændene", dvs. konsulenter og andre arbejdsmiljøprofessionelle, der servicerer og støtter virksomhederne.
- Priser eller belønning til ledere, TRIO'er eller arbejdspladser for særlige indsatser vedrørende forebyggelse af MSU med det formål at styrke opmærksomheden på området.

- Støtte opsamlingen og formidling af branchespecifik viden om håndtering af MSU i branchenetværk.

Der findes et stort omfang af materiale rettet mod arbejdspladser, som endda er af en høj kvalitet i forhold til såvel form som indhold. Formidling af viden har dog størst virkning, når den opsøges af virksomheder (*pull-strategi*), hvorimod der kun i begrænset omfang skabes ændringer gennem formidling til brede målgrupper (*push-strategi*). Derfor er der brug for at skabe øget efterspørgsel blandt virksomhederne efter denne viden.

### Særlige indsatsområder:

Unge, som typisk har flere symptomer på MSU end ældre (jf. Arbejdsrapport 1.1), kan være en særlig målgruppe for nogle af indsatserne, nævnt herover, fx målrettede kampagner på erhvervsuddannelserne, fokus på bedre introduktion af nyuddannede, og i uddannelsen af ledere, tillidsvalgte eller nøglepersoner på arbejdspladsen, således at opmærksomheden på problemstillingerne vedrørende unge og MSU øges.

Små arbejdspladser har færre ressourcer end store arbejdspladser at allokere til forebyggende indsatser. Data fra VAI viser, at lederne på små arbejdspladser – og dermed også på mange private arbejdspladser – i mindre grad bliver uddannet i at håndtere det psykosociale arbejdsmiljø end på store arbejdspladser. Undersøgelser viser, at små arbejdspladser bedre nås gennem branchespecifikke netværk end gennem generelle kampagner.

### 9.3. Støtte skabelsen af kapable og robuste arbejdspladser

Viden og opmærksomhed om MSU er et nødvendigt grundlag for forebyggelsen og håndteringen af MSU, men der er også behov for, at arbejdspladsen skaber konkrete rammer og tager konkrete initiativer for at forebygge MSU. Det anbefales, at arbejdspladserne opbygger kontinuerte indsatser, som kan integreres med udførelsen af kerneopgaven, idet kortvarige projekter får generelt begrænset effekt. Det anbefales, at arbejdspladserne anvender en palet af forskellige indsatser, inklusive indsatser på det organisatoriske niveau. Det er vigtigt, at arbejdspladserne forbereder indsatsen, og bl.a. sikrer at medarbejderne inddrages, at der allokeres ressourcer til indsatsen, og at lederne og samarbejdsorganerne får den støtte, de har behov for. Der bør sættes på opbygning af viden, vilje og handlekompetence på arbejdspladsniveau til at forebygge og håndtere MSU. Dermed styrker arbejdspladserne deres robusthed overfor MSU, og deres evne til selv at håndtere udfordringerne med MSU.

En kapabel og robust arbejdsplads er ikke et slutpunkt, der opnås med en bestemt tidsbegrænset indsats, men resultatet af en vedvarende proces, hvor der på arbejdspladsarenaen kontinuerligt arbejdes med forskellige indsatser. Eksempler på indsatser, som arbejdspladsen kan anvende i denne proces, er:

- Etablering af politikker for forebyggelse og håndtering af MSU.
- Kortlægninger og forbedringer af det psykosociale arbejdsmiljø.
- Øget ”opmærksomhedskultur” omkring MSU, evt. anvendelse af screeninger med opfølgning.
- Tilbud om coaching, psykologhjælp, terapi til medarbejdere med behov (fx opfølgning på en screening).
- Træning og sparring for ledere.
- Arbejdstilpasninger til medarbejdere, der har behov.
- Styrkelse af medarbejdernes robusthed, fx tilbud om stresshåndteringskurser, styrkelse af den sociale kapital.

- Styrkelse af samarbejdsstrukturer som arbejdsmiljøorganisationen, samarbejdsudvalget, TRIO, mm.
- Etablering af netværk på arbejdspladsen til at støtte personer med MSU eller personer, der vender tilbage fra langtidssygefravær.

Små virksomheder, der som oftest er private virksomheder, har større udfordringer end store virksomheder med at igangsætte og vedligeholde ressourcerkrævende indsatser, herunder de fleste af ovenstående. For at styrke forebyggelsen af MSU i små virksomheder er en mere effektiv vej at styrke deres muligheder for at aktivere ressourcer, der findes uden for arbejdspladsen. Disse indsatser gennemgås herunder.

#### **9.4. Styrk sammenhængen mellem arbejdspladsens behov for støtte og samfundets virkemidler**

Arbejdspladsnære aktiviteter for at forebygge og håndtere MSU foregår i sammenhæng med andre aktørers indsatser, fx konsulenter, rådgivere og andre 'mellemmænd' som beskrevet i afsnit 6 om 'landskabet for indsatser'. Der er et stort potentiale i, at arbejdspladserne kan aktivere sådanne eksterne aktører i forebyggelsen af MSU, og at der er samspil mellem de forskellige virkemidler, som er til rådighed for arbejdspladsen ('orkestrering', jf. afsnit 6). En af forudsætningerne er, at arbejdspladsen har ressourcer til at overskue markedet og indsigt i, hvad de eksterne aktører kan bidrage med. Flere undersøgelser peger på, at arbejdspladserne er meget ringe rustet til at overskue og vurdere tilbuddene. Der er således ingen centrale aktører, der indsamler viden om sådanne eksterne aktører eller tilbyder disse aktører muligheder for vidensdeling eller kompetenceudvikling eller muligheder for at opnå en valideret kvalitetsvurdering.

Som gennemgået i afsnit 7 findes der forskellige anbefalinger og praktiske erfaringer, såsom indsatser der retter sig mod at styrke arbejdspladsernes udbytte af og forbedre deres muligheder for at samarbejde med eksterne aktører. Sådanne indsatser kan f.eks. bygge på:

- Uddannelse af særlige TTA-koordinatorer.
- Styrke uddannelse og viden om MSU blandt konsulenter og arbejdsmiljøprofessionelle, bl.a gennem muligheder for vidensdeling.
- Styrke branchenetværk til at formidle viden og erfaringer om håndtering af MSU og til at definere udviklings- forsknings- og støttebehov.
- Udvikling af 'indsatspakker' til virksomheder, som kan rekvireres, når behovet opstår, fx fra branchenetværk.
- 'Hotlines' eller andre hurtige adgange til viden og sparring for ledere, medarbejdere, eller nøglepersoner på virksomheder.

De nævnte indsatser er baseret på aktører uden for arbejdspladsen, og derfor er de specielt velegnede til at støtte små arbejdspladser i deres arbejde med at forebygge MSU.

#### **9.5. Skab en bedre evaluerings- og læringskultur omkring MSU indsatser**

Der er stort behov for opsamling og læring fra MSU indsatser. Videnskabelige studier viser, at mange MSU indsatser ikke fører til det ønskede resultat, fordi arbejdspladser (organisationer) er komplicerede størrelser, hvor indsatserne mange gange møder uventede forhindringer, fører til uønskede virkninger, eller der er uventede barrierer for at gennemføre indsatsen eller dele af den. Det er vigtigt at lære fra processen og de udfordringer, der er opstået undervejs. Der peges på, at elementer i virkningsevaluering kan bidrage til en

Øget forståelse af de processer, der fører frem til resultater, og de virkningsmekanismer, der kan aktiveres for at styrke den forebyggende effekt, eller som stiller sig hindrende i vejen. Hermed øges forståelsen af, ikke blot hvad der kan give en effekt, men også hvorfor den kan opnås, under hvilke omstændigheder, og hvad der kan forhindre, at den opnås.

Indsatser på dette område kan fx være:

- Uddannelse og træning af ledere og andre nøglepersoner på arbejdspladserne i brug af værktøjer til systematiske planlægning, udførelse og evaluering af indsatser
- Udvikling af evalueringsmodeller i brancheregion
- Tværgående analyser af flere indsatser indenfor samme branche og med samme fokus
- Styrke konsulenters og arbejdsmiljøprofessionelles kompetencer inden for evaluering af indsatser
- Formidling af erfaringer fra evalueringer, fx i branchenetværk.

Indsatsen mod MSU på arbejdspladsen kan forbedres med en systematisk tilgang til implementering af indsatserne, som indeholder en evaluering og læring herfra. Fremfor alt er der behov for opsamling og deling af en sådan læring, således at der kan bygges videre på erfaringer, når et tilstrækkeligt antal gennemførte indsatser giver grundlag for at konkludere, at de øger arbejdspladsernes evne til at håndtere og forebygge MSU.





## Bilagsoversigt

---

Bilag A: Metoder

Bilag B: Rapporter og andet materiale anvendt i analyserne

Bilag C: Referenceliste

Bilag til arbejdsrapport, analyse 2.1

Udarbejdet for Norliv af det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og TeamArbejdsliv

## 10.BILAG A: Metoder

Analyse 2, del 1, blev gennemført som et tilpasset 'scoping review'. Scoping reviews er en samlebetegnelse for en kortlægningsproces af eksisterende faglitteratur og/eller viden indenfor et givet emnefelt (2). Til støtte for gennemførelsen af Analyse 2, delanalyse 1 har vi struktureret scoping reviewet som en systematisk proces bestående af fem trin:

1. Formulering af formål og undersøgelsesspørgsmål (se afsnit 4. Formål)
2. Identifikation af indsatser (anbefalinger, redskaber og metoder)
3. Vurdering af relevante indsatser (anbefalinger, redskaber og metoder)
4. Kategorisering af relevante indsatser (anbefalinger, redskaber og metoder)
5. Tværgående analyse, herunder fokus på hvad vi ved om virkning og indsatser der forekommer lovende.

### 10.1. Identifikation af indsatser

Vi anvendte og bearbejdede materiale fra NFA og TA (jf. materialeliste i Bilag B), samt ny oversigtslitteratur. Ud over materiale publiceret som forskningsartikler i internationale peer-reviewede tidsskrifter omfatter materialet fra NFA og TA rapporter fra forskningsprojekter, undersøgelser, evalueringer og udredningsopgaver gennemført inden for de seneste år.

### 10.2. Kriterier for vurdering af indsatser

Materialer, der handler om indsatser med fokus på arbejdspladsen i forhold til forebyggelse eller håndtering MSU eller MSU-relaterede problemer, blev vurderet til at være relevant.

### 10.3. Indsamling af viden om indsatser

For at samle op på de centrale informationer i de relevante dokumenter tog vi, hvor der var muligt, udgangspunkt i dokumenternes egen systematiske opsamling. For dokumenterne, som manglede en systematisk opsamling af informationer relevant for *scoping review*, blev informationerne systematisk indhentet ved brug af en skabelon med følgende indhold:

- En kort beskrivelse af materialet
- En vurdering af forebyggelsesniveau og indsatsområde
- En vurdering af beskrivelsen af indsatsen
- Oplysning om hvorvidt risikofaktorer er dokumenteret
- En vurdering af målgruppen for indsatsen
- En beskrivelse af metoden anvendt til at vurdere indsatsen og dens virkninger
- Oplysning om der er udpeget virkningsmekanismer for indsatsen
- Information om hvem indsatsen er relevant for
- En vurdering af overførbare af indsatsen til arbejdstagere i privat ansættelse, til små og mellemstore virksomheder, og til seniorer.
- En vurdering af samlet læring.

#### 10.4. Kategorisering af indsatser

På baggrund af disse opsamlinger systematiserede vi indholdet i materialet. I tråd med Malachowski og Kirsch (3) tog vi udgangspunkt i en kategorisering af data som en indholdsanalyse af de forebyggende initiativer, anbefalinger, værktøjer og metoder i nedenstående matrix. Indholdsanalyse og kategorisering sammenstiller indsatsområde (om indsatser retter sig mod individer og grupper, ledelse eller organisationen (IGLO-modellen) med forebyggelsesniveau (om indsatser er beskrevet som primær, sekundær, eller tertiær forebyggelse eller en kombination).

##### Matrix for kategorisering af data

Forebyggelsesniveau Indsatsområde	Forebyggelse af mentale sundhedsproblemer (primær forebyggelse)	Håndtering af konsekvenserne af de mentale helbredsudfordringer (sekundær forebyggelse)	Hjælp til tilbagevenden til arbejdet for sygemeldte (tertiær forebyggelse)
Individ			
Gruppe			
Ledelse			
Organisation			

#### 10.5. Virksomhederne Arbejdsmiljøindsats (VAI)

Ovenstående analyse af indsatserne er blevet suppleret med data fra undersøgelsen 'Virksomhedernes Arbejdsmiljø Indsats (VAI) 2014' (64). Denne undersøgelse afdækker virksomhedernes arbejdsmiljøarbejde – dels på prioritering af arbejdsmiljø på arbejdspladsen, indsatser for fastholdelse, samt konkrete tiltag for at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø. VAI stiles til 8.000 virksomheder hvert andet år. Ved undersøgelsen i 2014 blev 8.100 arbejdspladser kontaktede og bedt dem om at udfylde et spørgeskema med 58 spørgsmål omhandlende arbejdspladsens arbejdsmiljøindsats. Over 4.300 arbejdsgiver- eller medarbejderrepræsentanter har i løbet af 2014 eller 2015 besvaret spørgeskemaet. Besvarelsene repræsenterer tilsammen omkring 3.500 danske arbejdspladser. Undersøgelsen er således opgjort på baggrund af svar fra både medarbejder- og ledelsesrepræsentanter. Metoden bag udtrækningen af virksomhederne og analysen af data i VAI er beskrevet på NFA's webside (65).

#### 10.6. Kilder med anbefalinger til forebyggelse og håndtering af MSU

##### 10.6.1. Portalen [mentalsundhed.dk](http://mentalsundhed.dk)

Portalen [www.mentalsundhed.dk](http://www.mentalsundhed.dk) er blevet brugt som kilde til arbejdspladsrettede anbefalinger til håndtering af MSU. Portalen [www.mentalsundhed.dk](http://www.mentalsundhed.dk) er en samling af anbefalinger til forskellige målgrupper på arbejdspladsen, dels til den person som har MSU og dels til de personer, som har vigtige roller i at hjælpe (lederen, kollegerne samt såkaldte nøglepersoner med særlige roller på arbejdspladsen med hensyn til håndtering af MSU-problematikker). Ud over at indeholde anbefalinger til de forskellige grupper, indeholder portalen [www.mentalsundhed.dk](http://www.mentalsundhed.dk) også link eller henvisninger til en lang række

værktøjer, som de førnævnte personer eller grupper kan bruge til at følge anbefalingerne. Portalen [www.mentalsundhed.dk](http://www.mentalsundhed.dk) er blevet til i samarbejde mellem et bredt partnerskab bestående af 35 organisationer repræsenterende blandt andet arbejdstagere, arbejdsgivere, patienter, behandlere, praktikere og forskere.

### *10.6.2. Projekt Job&Sind*

En anden kilde til anbefalinger til forebyggelse og håndtering af MSU på arbejdspladsen er Job&Sind projektet (24). Formålet med projektet Job&Sind, som er et igangværende projekt på NFA der forventes afsluttet med udgangen af 2018, er at etablere anbefalinger med hensyn til at forebygge og håndtere udfordringerne med mentale helbredsproblemer på arbejdspladserne. Der findes allerede en lang række sådanne anbefalinger i andre lande i form af arbejdspladsrettede retningslinjer, vejledninger eller standarder m.v. Herefter vil alle de internationale publikationer af denne art blive omtalt som "retningslinjer". I Job&Sind projektet er blevet gennemført en litteratursøgning for at identificere sådanne internationale retningslinjer. Herefter er de blevet evalueret, og på baggrund af gennemgangen af dem, er det hensigten at etablere anbefalinger til danske arbejdspladser. I projektet blev gennemgået 17 internationale retningslinjer, heraf 8 med fokus på primær forebyggelse af mentale helbredsproblemer på arbejdspladsen, 3 med fokus på tertiær forebyggelse, og 6 retningslinjer havde blandet fokus. Retningslinjerne var blevet til med anvendelsen af forskellige metoder, bl.a. anvendelsen af litteraturstudier, DELPHI-metode, inddragelse af "best-practice" viden og interessenter i tilblivelsesprocessen. I Job&Sind projektet er anbefalingerne blevet formuleret på dansk så de bedst muligt fanger den mening og intention, der ligger i de internationale retningslinjer. Dette har resulteret i en lang række af anbefalinger, der efterfølgende er blevet struktureret efter en række overordnede temaer.

Der er stort overlap mellem anbefalingerne, der findes på portalen [www.mentalsundhed.dk](http://www.mentalsundhed.dk) og dem, som er fremkommet i Job&SindD-projektet, og ingen modstrid mod anbefalingerne de to steder. Derfor er der i nærværende analyse primært refereret til Job&Sind projektet, da tilblivelsen af anbefalinger i Job&Sind projektet er tydeligere end tilfældet er for anbefalingerne på [www.mentalsundhed.dk](http://www.mentalsundhed.dk).

Bilag til arbejdsrapport, analyse 2.1

Udarbejdet for Norliv af det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og TeamArbejdsliv

## 11.BILAG B. Rapporter og andet materiale anvendt i analyserne

### Fra det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø:

Birgit Aust, Louise Meinertz Jakobsen, Sofie Østergaard Jaspers, Astrid Jørgensen, Mads Nordentoft, Andreas Brøgger Jensen. Psykosociale arbejdsmiljøinterventioner – hvad virker? En systematisk gennemgang af forskning i interventioner rettet mod det psykosociale arbejdsmiljø samt en oversigt over viden om implementering af arbejdspladsinterventioner. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2017.

Jesper Kristiansen, Birgit Aust, Signe Ravn Andersen, Line Aabo, Andreas Benjamin Christensen og Astrid Jørgensen. Flerstrengt indsats for at bevare og forbedre folkeskolelæreres psykiske trivsel - resultater og erfaringer fra BALANCE-projektet. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2016.

Malene Friis Andersen, Helle Løvdal Buchardt, Maria Kristine Friborg, Birgit Aust. Ledernes udfordringer og muligheder i håndteringen af medarbejdere med psykisk relaterede trivsels- og fraværsproblemer. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2016.

Christian Dyrland Wåhlin-Jacobsen, Louise Nøhr Henriksen, Nidhi Gupta, Johan Simonsen Abildgaard og Andreas Holtermann. Styrket arbejdsevne for medarbejdere i industrien (SAMI) Beskrivelse af effekter, implementering og videreføring. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2016

Ida E.H. Madsen, Anne-Sophie Krarup Hansen, Reiner Rugulies. Arbejdsmiljø, psykisk helbred og arbejdsmarkedstilknytning i udsatte grupper (AhA). Slutrapport for Arbejdsmiljøforskningsfonden (Projekt 9- 2011-03). Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2016.

Louise M. Jakobsen, Anette F.B. Jørgensen, Reiner Rugulies. Psykisk helbred og velbefindende i omsorgsarbejde (PIO). Slutrapport til Arbejdsmiljøforskningsfonden (Projekt 27-2010-03). Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2016.

Marie H.T. Martin, Maj Britt D. Nielsen, Reiner Rugulies. Metoder til og modeller for effektvurdering af virksomhedsrettet tilbagevenden til arbejdet - Initiativer for sygemeldte med psykiske problemer. Slutrapport til Arbejdsmiljøforskningsfonden (Projekt 31-2008-09). Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2015.

Jennum P, Bonke J, Clark AJ, Flyvbjerg A, Garde AH, Hermansen K, Johansen C, Moller M, Rod NH, Sjodin A, Zachariae B. Sovn og sundhed. København: Vidensrad for Forebyggelse, 2015:1-224

Rugulies Rugulies, Ida E.H. Madsen, Pernille U. Hjarsbech, Simone Visbjerg Møller. Psykisk arbejdsmiljø og psykisk helbred: Epidemiologiske sammenhænge og indvirkning på sygefravær og arbejdspladsfastholdelse. Slutrapport til Arbejdsmiljøforskningsfonden (Projekt 03-2008-09). Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2013.

Jens Peter Bonde, Nicolai Utzon-Frank, Mette Bertelsen, Marianne Borritz, Nanna Hurtwitz Elle, Merete Nordentoft, Kasper Olesen, Naja Hulvej Rod, Reiner Rugulies. A scientific review addressing delayed onset posttraumatic stress disorder and posttraumatic depression. Copenhagen: Department of Occupational and Environmental Medicine, Bispebjerg University Hospital, 2013.

Marie H.T. Martin, Louise Moefelt, Signe M. Petersen, Louise M. Jakobsen, Anette F.B. Jørgensen, Reiner Rugulies, Maj Britt D. Nielsen. Koordinator indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med psykiske helbredsproblemer. Evalueringsrapport for Køge Bugt. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2012.

Reiner Rugulies, Maj Britt D. Nielsen, Katja Løngaard, Ida E.H. Madsen. Psykosocialt arbejdsmiljø, psykisk helbred og arbejdsevne. Slutrapport til Arbejdsmiljøforskningsfonden (Projekt 5-2006-04). Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2011.

Marie H.T. Martin, Louise Meinertz, Signe M.A. Petersen, Reiner Rugulies, Maj Britt D. Nielsen. Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med psykiske helbredsproblemer. Evalueringsrapport for København. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2010.

Borg V, Nexø MA, Kolte IV & Andersen MF. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. København, 2010.

### **Fra det TeamArbejdsliv:**

Limborg HJ. Aktuelle erfaringer med rådgivning og støtte til håndtering af det psykiske arbejdsmiljø indenfor den kommunale sektor. Forhandlingsfællesskabet og Team Arbejdsliv. Juli 2015

Nielsen K, Limborg HJ, Wiegman IM, Hvenegaard H, Wessberg ER. Materiale, der formidler viden om psykisk arbejdsmiljø. Forhandlingsfællesskabet og Team Arbejdsliv. Juli 2015

Albertsen, K, Wiegman IM, Jessen J, Nielsen C. Kvalitet af sygeplejen og arbejdsmiljø i sundhedssektoren. Dokumentationsrapport nr. 2. TeamArbejdsliv og Dansk Sygeplejeråd. Maj 2015

Albertsen K, Mogensen M, Thörnfeldt C (2013): Forskningsudredning – psykosocialt arbejdsmiljø i socialpædagogisk arbejde. Socialpædagogerne og TeamArbejdsliv

Albertsen K, Kjær B, Limborg HJ, Fournaise MN (2015). Inklusion i daginstitutioner – mellem pædagogik og arbejdsmiljø. TeamArbejdsliv, Århus Universitet og BUPL.

Albertsen K, Limborg HJ, Thörnfeldt, Pihl P. Kvantitativ kortlægning af karakteren af det psykiske arbejdsmiljø blandt lønmodtagere på LO-området, i LO. Psykisk arbejdsmiljø og samarbejdssystemet inden for LO-området. LO-dokumentation Nr. 1. 2014

Limborg HJ, Albertsen K, Pihl P. Førtidspensioner og arbejdsbetinget psykiske sygdomme – forbund og arbejdspladsers muligheder for at støtte medlemmer med arbejdsbetinget psykiske lidelser, i LO.

Nielsen K, Limborg HJ. Samarbejdssystemets muligheder og begrænsninger for at håndtere det psykiske arbejdsmiljø. i LO. Psykisk arbejdsmiljø og samarbejdssystemet inden for LO-området. LODokumentation Nr. 1. 2014

Albertsen K, Kjær, SB. Kvalitativ undersøgelse af psykologers vurderinger af årsager til stress. TeamArbejdsliv, 3F og Dansk Psykologforening.

Dragsbæk JS, Gensby U, Limborg HJ, Møller N, Hasle P. Kortlægning af redskaber til registrering og vurdering af arbejdsmiljøet på virksomhedsniveau. Kortlægningsprojekt for Arbejdstilsynet. Ålborg Universitet og Team Arbejdsliv. Dec. 2016

Gensby U, Limborg HJ, Mahood Q, Ståhl C, Albertsen K. (accepted). Scoping review of employer strategies to prevent work disability in common mental health disorders. Nordic Journal of Working Life Studies

Hvenegaard H, Wessberg ER, Limborg HJ, Pedersen F. Stress og tilbage på jobbet: HK'eres oplevelser med stress. HK og Team Arbejdsliv. Marts 2016

Pedersen F. Evaluering af arbejdet med handleplanen. Devaluering D – Knæk Kurven. COWI og Team Arbejdsliv. December 2016

Pedersen F, Uglebjerg A, Nielsen K, Andersen RV, Wessberg ER, Dencker S. Evaluering af tre særligt støttede indsats. Devaluering C – Knæk Kurven. Cowi og Team Arbejdsliv. December 2016

Pedersen F, Nielsen K, Andersen RV, Dencker S Brancherettede indsatser i små virksomheder – EL- og tømmer/snedkervirksomheder. Devaluering B – Knæk Kurven. Cowi og Team Arbejdsliv. December 2016

Albertsen K, Wiegmann IM. (2014) Hverdagsrehabilitering og relationel koordinering. Afsluttende rapport fra ReKoHveR-projektet.

Grøn S, Hübner G, Limborg HJ. (2016). Ressourcepersoner som virkemiddel – en analyse af otte forebyggelsesprojekter. Tidsskrift for Arbejdsliv 18 (1) 34-50

Limborg, H. J., & Mathiesen, K. (2010). Virkemidler i arbejdsmiljøarbejdet – en oversigt. For Arbejdsmiljøforskningsfonden.



Hasle, P., Limborg, H. J., & Nielsen, K. T. (2014). Working environment interventions: Bridging the gap between policy instruments and practice. *Safety Science*, 68, 73–80.

Hasle, P., Limborg, H. J., Ledskov, A., & Nalholm, E. (2004). Arbejdsmiljøarbejdet i mindre og mellemstore virksomheder - en litteraturanalyse. Lyngby: Institut for Produktion og Ledelse, DTU.

Hasle, Peter and Hans Joergen Limborg: "A review of the literature on Preventive Occupational Health and Safety Activities in Small Enterprises" in *Industrial Health* (2006, 44 6-12)

Limborg, H. J., Grøn, S., & Jensen, M. F. (2014). Networking among small and medium-sized enterprises: Meeting the challenge of promoting safety and health measures. *Small Enterprise Research*, 21(2), 214–222.

Bilag til arbejdsrapport, analyse 2.1

Udarbejdet for Norliv af det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og TeamArbejdsliv

## 12. BILAG C. Referenceliste

- (1) Arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. 2013.
- (2) Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 2005 February 1;8(1):19-32.
- (3) Malachowski C, Kirsch B. Workplace antistigma initiatives: A scoping study. *Psychiatric Services* 2013;64(7):694-702.
- (4) Arbejdsmiljørådet. Tolv faktablade om de grundlæggende dimensioner i det psykiske arbejdsmiljø. TeamArbejdsliv; 2012.
- (5) Kvorning, L., Grøn, S., and Limborg, HJ. Hvordan bliver en forebyggelsespakke en gave? - En realistisk evaluering af, hvordan små virksomheder transformerer en arbejdsmiljøindsats til daglig praksis. *Tidsskrift for Arbejdsliv*; 2016.
- (6) Helbo Jespersen A. OHS Management systems audit as a regulatory instrument of psychosocial risk - principles and practice Aalborg Universitet (Ph.D. afhandling); 2016.
- (7) Aldrich, PT., Limborg, HJ., and Plougmann, P. Arbejdsmiljørådgivning i et vækstperspektiv. LO; 2014.
- (8) Seim R, Møller N, Limborg HJ. Professionelle og medarbejderrepræsentanter - nye roller i arbejdsmiljøarbejdet. *Tidsskrift for Arbejdsliv* 2016;18(1).
- (9) Nielsen K, Limborg HJ, Navrbjerg S. anbefalinger. I: Psykisk arbejdsmiljø og samarbejdssystemet indenfor LO området. LO-dokumentation Nr 1/2014..
- (10) Grøn S, Hübner G, Limborg HJ. Ressourcepersoner som virkemiddel - en analyse af otte forebyggelsesprojekter. *Tidsskrift for Arbejdsliv* 2016;18(1):34-50.
- (11) Hasle P, Limborg HJ, Grøn S, Rejlund B. Orchestration in occupational health and safety policy programmes. *Nordic Journal of Working Life Studies* 2017;7(3):42-63.
- (12) Hasle, P., Limborg, HJ., Ledskov, A., and Nalholm, E. Arbejdsmiljøarbejdet i mindre og mellemstore virksomheder - en litteraturanalyse. Institut for Produktion og Ledelse, DTU; 2004.
- (13) Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med* 2016;46(4):683-97.
- (14) Borg V, Andersen Nexø M, Kolte IV, Andersen MF. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2010.

- (15) Aust, B., Meinertz Jakobsen, L., Østergaard Jaspers, S., Jørgensen, A., Nordentoft, M, and Brøgger Jensen, A. Psykosociale arbejdsmiljøinterventioner - Hvad virker? En systematisk gennemgang af forskning i interventioner rettet mod det psykosociale arbejdsmiljø samt en oversigt over viden om implementering af arbejdspladsinterventioner. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2017.
- (16) Grawitch MJ, Ballard DW, Erb KR. To be or not to be (stressed): The critical role of a psychologically healthy workplace in effective stress management. *Stress and Health* 2015;31(4):264-73.
- (17) LaMontagne AD, Martin A, Page KM, Reavley NJ, Noblet AJ, Milner AJ et al. Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry* 2014;14(1):131.
- (18) Day A, Kelloway EK, Hurrell Jr JJ. Workplace well-being: How to build psychologically healthy workplaces. John Wiley & Sons; 2014.
- (19) Kuoppala J, Lamminpää A, Liira J, Vainio H. Leadership, job well-being, and health effects-a systematic review and a meta-analysis. *J Occup Environ Med* 2008;50(8):904-15.
- (20) Lundmark R, Hasson H, Schwarz UT, Hasson D, Tafvelin S. Leading for change: line managers' influence on the outcomes of an occupational health intervention. *Work and Stress* 2017;31(3):276-96.
- (21) Nielsen K, Randall R, Yarker J, Brenner SO. The effects of transformational leadership on followers perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study. *Work & Stress* 2008;22(1):16-32.
- (22) Nielsen K, Yarker J, Brenner SO, Randall R, Borg V. The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people. *Journal of Advanced Nursing* 2008 September 1;63(5):465-75.
- (23) Tsutsumi A. Development of an evidence-based guideline for supervisor training in promoting mental health: literature review. *J Occup Health* 2011;53(1):1-9.
- (24) Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Arbejdsfastholdelse af medarbejdere med psykiske helbredsproblemer - Job og Sind projektet. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/projekter/arbejdsfastholdelse-af-medarbejdere-med-psykiske-helbredsproblemer--job-og-sind-projektet> . 2017.
- (25) European Agency for Safety and Health at Work. Mental health promotion in the workplace – A good practice report. European Agency for Safety and Health at Work; 2011.
- (26) Standards for Psychological Health and Safety in the Workplace. Mental Health Commission of Canada; 2013.
- (27) Pedersen, F., Uglebjerg, A., and Guldager, L. Evaluering af SPARK. Samarbejde om Psykisk Arbejdsmiljø i Kommunerne. TeamArbejdsliv; 2017.
- (28) Albertsen, K., Kjær, B., Limborg, HJ., and Fournaise, M. Inklusion i daginstitutioner - mellem pædagogik og arbejdsmiljø. TeamArbejdsliv; 2015.

- (29) Gittell JH. High Performance Healthcare: Using The Power Of Relationships To Achieve Quality, Efficiency and Resilience. New York: McGraw-Hill; 2009.
- (30) Kristensen TS. Trivsel og produktivitet - to sider af samme sag. En gennemgang af den internationale litteratur om social kapital, arbejdsmiljø, produktivitet og kvalitet i ydelserne. HK Danmark; 2010.
- (31) Nielsen, K., Limborg, HJ., Wiegman, IM., Hvenegaard, H., and Wessberg, ER. Materiale, der formidler viden om psykisk arbejdsmiljø - delnotat. Forhandlingsfællesskabet og TeamArbejdsliv; 2015.
- (32) Sørensen OH. Improving the primary task: Effects of implementation intensity on employee health and organizational performance. J Org Effectiveness 2016 November 22;3(4):343-59.
- (33) Albertsen, K., Wiegman, IM., and Limborg, HJ. Hverdagsrehabilitering og relationel koordinering. TeamArbejdsliv; 2014.
- (34) Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Interventionsprojekt om social kapital i mejeriindustrien. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/projekter/interventionsprojekt-om-social-kapital-i-mejeriindustrien> . 2017.
- (35) Kristensen T., Limborg HJ, Albertsen K, Pedersen F. Jobbet eller arbejdspladsen - hvad betyder mest? En analyse af social kapital i folkeskoler. Tidsskrift for Arbejdsliv 2013;2013(3).
- (36) Limborg, HJ., Albertsen, K., Jensen, M. F., and Pedersen, F. Engagement eller mistillid. Håndtering af dokumentationskrav i folkeskolen. TeamArbejdsliv; 2012.
- (37) Garde AH, Albertsen K, Nabe-Nielsen K, Carneiro IG, Skotte JH, Hansen SM et al. Implementation of self-rostering (the PRIO project): effects on working hours, recovery, and health. Scand J Work Environ Health 2012;314-26.
- (38) Albertsen K, Garde AH, Nabe-Nielsen K, Hansen ÅM, Lund H, Hvid H. Work-life balance among shift workers: results from an intervention study about self-rostering. Int Arch Occup Env Health 2014;87(3):265-74.
- (39) Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, TeamArbejdsliv. Bedre arbejdsmiljø for unge i detailhandlen. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/projekter/bedre-arbejdsmiljoe-for-unge-i-detailindustrien>, [www.teamarbejdsliv.dk](http://www.teamarbejdsliv.dk) . 2017.
- (40) Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mentalhealth. American Psychologist 2012;67(3):231-43.
- (41) Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2004;4:23.
- (42) Andersen MF, Nielsen K, Brinkmann S. How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study. Journal of Occupational Rehabilitation 2014;24(4):709-24.
- (43) Hinshaw SP, Cicchetti D. Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. Development and Psychopathology 2000;12(4):555-98.

- (44) Schomerus G, Angermeyer MC. Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2008;17(1):31-7.
- (45) Svensson T, Karlsson A., Alexanderson K., Nordqvist C. Shame-inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness-absentees' interactions with rehabilitation professionals. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2003;13(3):183-95.
- (46) Wang J, Patten S, Currie S, Sareen J, Schmitz N. Perceived needs for and use of workplace accommodations by individuals with a depressive and/or anxiety disorder. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2011;53(11):1268-72.
- (47) Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work & Environmental Health* 2012;38(2):93-104.
- (48) Moll S. The web of silence: a qualitative case study of early intervention and support for healthcare workers with mental ill-health. *BMC Public Health* 2014;14:138.
- (49) Kristiansen, J., Aust, B., Ravn Andersen, S., Aabo, L., Christensen, AB., and Jørgensen, A. Kapitel 5: Resultater fra procesevalueringen. I: Flerstrengt indsats for at bevare og forbedre folkeskolelæreres psykiske trivsel – Resultater og erfaringer fra BALANCE-projektet. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2016.
- (50) Kristiansen, J., Aust, B., Ravn Andersen, S., Aabo, L., Christensen, AB., and Jørgensen, A. Flerstrengt indsats for at bevare og forbedre folkeskolelæreres psykiske trivsel – Resultater og erfaringer fra BALANCE-projektet. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2016.
- (51) Kristiansen, J., Aust, B., Ravn Andersen, S., Aabo, L., Christensen, AB., and Jørgensen, A. Kapitel 6: Diskussion. I: Flerstrengt indsats for at bevare og forbedre folkeskolelæreres psykiske trivsel – Resultater og erfaringer fra BALANCE-projektet. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2016.
- (52) Høgelund J, Holm A, Epløv LF. The effect of part-time sick leave for employees with mental disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 2012;15(4):157-70.
- (53) Pomaki G, Franche R, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen T. Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2012;22(2):182-95.
- (54) Gensby U, Limborg HJ, Mahood Q, Ståhl C, Albertsen K. Scoping review of employer strategies to prevent work disability in common mental health disorders. *Nordic Journal of Working Life Studies*. In press 2017.
- (55) Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Det store TTA-projekt. Proces-, effekt- og økonomisk evaluering. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (rapport); 2012.
- (56) Poulsen OM, Aust B, Bjorner J, Rugulies R, Hansen V, Tverborgvik T et al. Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: Results from a randomized controlled trial in three municipalities. *Scand J Work Environ Health* 2014;40(1):47-56.

- (57) Aust B, Nielsen M, Grundtvig G, Buchardt HL, Ferm L, Andersen I et al. Implementation of the Danish return-to-work program: process evaluation of trial in 21 Danish municipalities. *Scand J Work Environ Health* 2015;41(6):529-41.
- (58) Limborg, HJ., Albertsen, K., Phil, P. Dårligt psykisk arbejdsmiljø, førtidspensioner og arbejdsbetingede sygdomme - forbund og arbejdspladsens muligheder for at støtte medlemmer med arbejdsbetingede psykiske lidelser. I: *Psykisk arbejdsmiljø og samarbejdssystemet inden for LO området*. LO-dokumentation nr. 1. 2014.
- (59) Hvenegaard, H., Wessberg, ER., Limborg, HJ., and Pedersen, F. Stress og tilbage på jobbet - HK'eres oplevelse med stress. *TeamArbejdsliv*; 2017.
- (60) Albertsen, K. and Bjerregaard, SK. Kvalitativ undersøgelse af psykologers vurderinger af årsager til stress. *Notat TeamArbejdsliv*; 2016.
- (61) Semmer NK. Job stress interventions and the organization of work. *Scand J Work Environ Health* 2006 December;32(6):515-27.
- (62) Wåhlin-Jacobsen, CD., Nøhr Henriksen, L., Gupta, N., Abildgaard, JS., and Holtermann, A. Styrket arbejdsevne for medarbejdere i industrien (SAMI). Beskrivelse af effekter, implementering og videreføring. *Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (rapport)*; 2016.
- (63) Hasle, P., Nielsen, K., Limborg, HJ., Bramming, P., and Seim, R. Programteori, virkemidler og mekanismer: Baggrundsnotat til workshop. *CAVI*; 2012.
- (64) Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Virksomhedernes arbejdsmiljøindsats 2012-20 (VAI). <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/arbejdsmiljoedata/virksomhedernes-arbejdsmiljoeindsats-20>. 2017.
- (65) Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Metodebeskrivelse for undersøgelsen 'Virksomhedernes arbejdsmiljøindsats 2014'. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/arbejdsmiljoedata/virksomhedernes-arbejdsmiljoeindsats-20/metodebeskrivelse>. 2017.

**norliv**

Foreningen for kunder  
i Nordea Liv & Pension

team**arbejdsliv**



# Analysen om mentale sundhedsudfordringer (MSU) og forebyggende initiativer for erhvervsaktive i Danmark: Arbejdsrapport

---

## Analyse 2.2

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og TeamArbejdsliv

**Udarbejdet af:**

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø  
Lersø Parkallé 105  
2100 København Ø  
Tlf. 39 16 52 00

TeamArbejdsliv  
Høffdingsvej 22, 1. sal  
2500 Valby  
Tlf. 38 34 50 34

**For:**

Norliv – Foreningen for kunder i Nordea Liv og Pension



## Arbejdsrapport Analyse 2.2

Udarbejdet for Norliv af:

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø(NFA) og TeamArbejdsliv (TA)  
November 2017

Arbejdsgrupperne bag rapporterne har bestået af følgende personer:

Arbejdsrapport 1.2	Arbejdsrapport 2.2	
<u>NFA</u> Jeppe Karl Sørensen Elisabeth Framke Nina Føns Johnsen Reiner Rugulies Anne Helene Garde	<u>NFA</u> Jesper Kristiansen Iben Louise Karlsen Birgit Aust	<u>TA</u> Hans Jørgen Limborg Karen Albertsen Ulrik Gensby Flemming Pedersen

# Indhold

<b>13. Resumé.....</b>	<b>81</b>
<b>14. Baggrund .....</b>	<b>82</b>
<b>15. Små virksomheder.....</b>	<b>84</b>
15.1. Baggrund for at vælge små virksomheder .....	84
15.2. Case 1: Indsatspakker .....	85
15.2.1. Behovsafklaring og udvikling.....	85
15.2.2. Udbredelse .....	85
15.2.3. Evaluering.....	86
15.3. Case 2: Anvendelse af virksomhedsnetværk.....	86
15.3.1. Evaluering.....	87
15.4. Sammenfatning og læring.....	88
<b>16. Ledelsen .....</b>	<b>90</b>
16.1. Baggrund for at se nærmere på ledernes rolle .....	90
16.2. Case 1: Styrkelse af ledernes muligheder for en tidlig indsats.....	91
16.2.1. Baggrund.....	91
16.2.2. Beskrivelse af indsatsen .....	91
16.2.3. Resultater/Evaluering af indsatsen.....	92
16.2.4. Konklusioner i undersøgelsen .....	92
16.3. Case 2: Måltrettet træning af ledere .....	93
16.3.1. Baggrund .....	93
16.3.2. Beskrivelse af indsatsen .....	93
16.3.3. Resultaterne af indsatsen .....	93
16.3.4. Opsamling .....	94
16.4. Sammenfatning og læring.....	94
<b>17. Unge arbejdstagere .....</b>	<b>95</b>
17.1. Baggrund for at have de yngre erhvervsaktive som målgruppe .....	95
17.2. Yngre erhvervsaktive .....	96
17.3. Introduktion af nyuddannede .....	97
17.4. Sammenfatning og læring.....	98
<b>18. Kombinerede indsatser .....</b>	<b>99</b>
18.1. Baggrund for at vælge kombinerede indsatser.....	99
18.2. Case 1: BALANCE-projektet.....	99
18.2.1. Interventionsindsatser .....	100
18.2.2. Resultater og evaluering .....	101
18.2.3. Konklusioner fra BALANCE-projektet.....	101
18.3. Case 2: SAMI-projektet .....	101
18.3.1. Interventionsindsatser .....	102
18.3.2. Resultater og evaluering .....	102
18.3.3. Konklusioner fra SAMI-projektet.....	103
18.4. Opsamling og konklusioner.....	103
<b>19. Delphi-studie.....</b>	<b>105</b>
19.1. Metode .....	105
19.1.1. Delphi-studie med brug af ekspertpanel .....	105

19.1.2.	Ekspertudvælgelse, kriterier og sample karakteristika.....	105
19.1.3.	Struktur og procedure.....	106
19.2.	Resultater.....	108
19.2.1.	Delphi runde 1: Ekspertpanelets erfaringer med MSU indsatser.....	108
19.2.2.	Delphi runde 2 og 3: Validering af input og relevansvurdering.....	112
19.3.	Sammenfatning og konklusion på Delphi-studiet .....	114
<b>20.</b>	<b>Opsamling og konklusion .....</b>	<b>116</b>
<b>21.</b>	<b>Bilag 1: Følgebrev til Delphi-studie panel.....</b>	<b>118</b>
<b>22.</b>	<b>Bilag 2: Delphi-studie interviewguide .....</b>	<b>119</b>
<b>23.</b>	<b>Bilag 3: Feedback fra ekspertpanelet .....</b>	<b>121</b>

## 13. Resumé

Denne arbejdsrapport udgør anden del af Analyse 2 udarbejdet for Norliv af det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og TeamArbejdsliv. I rapporten uddybes de indsatser for at forebygge og håndtere mentale sundhedsudfordringer blandt erhvervsaktive, som blev afdækket og analyseret i første del (rapport 2.1). Uddybningen er blevet fokuseret på udvalgte målgrupper, hvor der antages at være et særligt behov for indsatser for at forebygge og håndtere mentale sundhedsudfordringer, og hvor det videre antages, at sådanne indsatser kan gøre en vigtig forskel. Baggrunden for udvælgelsen af målgrupperne er dels rapport 1.1, hvor omfang og forekomst af forskellige mentale sundhedsudfordringer og psykosociale arbejdsmiljøforhold er blevet afdækket, og del rapport 2.1, som har analyseret forskellige indsatser og deres effekter.

Målgrupperne, som udpeges i denne rapport er:

- Små og mellemstore virksomheder
- Ledelsen
- Unge og førstegangsansatte.

I rapporten uddybes indsatserne i målgrupperne vha. 'cases'. Disse 'cases' bruges til at belyse forskellige problemstillinger i forhold til indsatser i målgrupperne.

Udover den beskrivende uddybning af indsatser er der gennemført en Delphi-undersøgelse. Formålet med denne undersøgelse er at dokumentere konkrete erfaringer med indsatser på arbejdspladsen til at forebygge og håndtere mentale sundhedsudfordringer. Delphi-undersøgelsen er gennemført ved hjælp af 12 interviews af eksperter inden for brancheområderne transport, industri, detailhandel og finans.

Ekspertpanelet i Delphi-studiet peger på følgende fem temaer som de vigtigste i forhold til forebyggelse og håndtering af mentale sundhedsudfordringer: Arbejdspladsens tidlige indsats, klæde ledelsen på til at håndtere psykisk arbejdsmiljø og medarbejdere med mistroivsel, styrkelsen af samarbejdsstrukturer på arbejdspladsen, eksterne ressourcepersoner og rådgivning, opmærksomhed om ledernes eget psykiske arbejdsmiljø, og dialogbaserede, praksisrettede forskningsprojekter.

Flere af temaerne understøtter behovet for de generelle indsatsområder, der er påpeget i rapport 2.1 (afsnit 9), specifikt områderne, der handler om at støtte skabelsen af kapable og robuste arbejdspladser (afsnit 9.3) og styrkelse af sammenhængen mellem arbejdspladsens behov for støtte og samfundets ressourcer. Prioriteringen af temaet om ledelsen understøtter valget af ledelsen som en vigtig målgruppe for indsatser i denne rapport.

Ligesom indsatserne for udvalgte målgrupper nævnt herover, så kan eksperterfaringerne opsamlet i Delphi-studiet forstås i et ressourceperspektiv. Man kan samlet sige, at det fælles mål for de indsatser for at forebygge og håndtere mentale sundhedsudfordringer, som er beskrevet i denne rapport, er at tilføre, aktivere eller styrke arbejdspladsressourcer eller personlige ressourcer, hvorved der kan opnås fordele for både den enkelte erhvervsaktive, for arbejdspladsen, og for samfundet som helhed.

## 14. Baggrund

Denne arbejdsrapport udgør anden del af Analyse 2 udarbejdet for Norliv af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) og TeamArbejdsliv (TA). Rapporten supplerer dermed den første arbejdsrapport 2.1 og kan læses i forlængelse af denne.

I rapport 2.1 blev viden om indsatserne for at forebygge mentale sundhedsudfordringer afdækket blandt erhvervsaktive med fokus på indsatser, hvor arbejdspladsen er arenaen. Indsatserne blev kategoriseret efter, om de var primære (dvs. henvendt til alle på arbejdspladsen), sekundære (dvs. rettet til medarbejdere med nedsat trivsel eller psykiske helbredsproblemer) eller tertiære (dvs. rettet til erhvervsaktive, som vil vende tilbage til arbejdet efter langtidssygefravær pga. psykiske helbredsproblemer). Indsatserne blev endvidere opdelt efter, om målgruppen var ledelsen, organisationen, gruppen, individet, eller en kombination af alle de nævnte elementer.

I det opsamlende kapitel i rapport 2.1 blev foreslået en række tværgående områder, hvor sådanne indsatser kunne fokuseres, og disse tværgående områder blev karakteriseret.

De tværgående områder er (se rapport 2.1, kapitel 9):

- Øge opmærksomheden og viden om de mentale sundhedsudfordringer.
- Arbejdspladsrettede indsatser, så arbejdspladserne bliver kapable og robuste med henblik på at håndtere de mentale sundhedsudfordringer.
- Indsatser rettet til aktører uden for arbejdspladsen for at skabe bedre sammenhæng mellem arbejdspladsen og samfundets virkemidler samt at finde metoder til at styrke arbejdspladsens interne ressourcer.
- En bedre evaluerings- og læringskultur, således at man styrker viden om, hvilke indsatser, der virker, og om hvilke betingelser, der skal til for, at de virker.

Den foreliggende arbejdsrapport skal også ses i sammenhæng med rapport 1.1, som afdækker omfang og udbredelse af mentale sundhedsudfordringer blandt erhvervsaktive og tidligere erhvervsaktive. Derfor refereres til disse to arbejdsrapporter, hhv. rapport 2.1 og 1.1, hvor det er relevant.

Formålet med analysen, som præsenteres i denne rapport, er at uddybe udvalgte indsatser med arbejdspladsen som arena. Dette gøres på to måder. For det første udfoldes konkrete indsatser inden for de specifikke målgrupper, som udpeges i denne rapport.

Målgrupperne er:

- Små og mellemstore virksomheder
- Ledelsen
- Unge og førstegangsansatte.

For det andet uddybes behov og erfaringer med indsatser i et såkaldt Delphi-studium. Denne del er baseret på interview med branche- og virksomhedsrepræsentanter og andre nøglepersoner. Baseret på resultaterne i Analyse 1 og dialog med Norliv blev følgende brancher udvalgt:

- Detailhandel
- Finans
- Transport
- Industri.

Derudover indeholder denne rapport også en uddybning af *kombinerede indsatser*. Denne type indsats blev flere steder anbefalet i rapport 2.1 som en perspektivrig fremgangsmåde til at forebygge og håndtere mentale sundhedsudfordringer. Men det fremgår også, at der endnu mangler evidens for denne fremgangsmåde fra videnskabelige studier, og praksiserfaringerne har indtil videre været blandede.

Bortset fra Delphi-studiet, som er en særskilt undersøgelse og derfor har sin egen metodebeskrivelse, så er opbygningen af de enkelte afsnit følgende. Først er et indledende afsnit, der begrunder, hvorfor målgruppen er af særlig interesse med hensyn til forebyggelsen af mentale sundhedsudfordringer, hvor arbejdspladsen udgør den centrale arena. Derefter følger to 'cases', dvs. udvalgte konkrete eksempler på indsatser til denne målgruppe. Eksemplerne kan naturligvis ikke give et udtømmende billede af alle muligheder for at lave indsatser inden for målgruppen. De er valgt for at kunne inspirere og for at fremhæve visse pointer og eventuelle udfordringer med indsatserne. Efter gennemgangen er derfor et afsluttende afsnit, hvor sådanne pointer og udfordringer fremhæves.

## 15. Små virksomheder

### 15.1. Baggrund for at vælge små virksomheder

I arbejdsrapport 2.1 blev virksomhederne analyseret efter størrelserne 1-9 ansatte, 10-34 ansatte og mindst 35 ansatte, hvilket er den inddeling, som anvendes i undersøgelsen Virksomhedernes Arbejdsmiljøindsats (VAI), som ligger til grund for analysen. Internationalt anvendes ofte 1-50 ansatte som definition af små virksomheder, mens virksomheder med 1-10 ansatte betegnes som "mikrovirksomheder" (1). I afsnittet her defineres små virksomheder, med mindre andet anføres, som virksomheder med mindre end 35 ansatte, hvilket er den opdeling i VAI, der ligger tættest på den internationale definition. Virksomheder med 1-9 ansatte betegnes som "mikrovirksomheder" i overensstemmelse med internationale definitioner. Opdelingen er relevant i Danmark, da virksomheder med mere end 10 ansatte skal etablere en arbejdsmiljøorganisation (AMO), og virksomheder med over 35 oftest har etableret det aftalebaserede samarbejdsudvalg (SU) og har en valgt tillidsmand.

Analyse 1 viser, at MSU forekommer stort set lige så ofte i små virksomheder (<50 ansatte) som i større virksomheder. Imidlertid viser analyserne også, at systematiske arbejdsmiljøindsatser er mindre udbredte i små virksomheder (Analyse 2, kapitel 8). Sammenlignet med store virksomheder har små virksomheder en række udfordringer i forhold til sundhedsfremmende aktiviteter (1): Små virksomheder er mindre finansielt stabile end større virksomheder, og de har derfor mindre råderum til at investere i sundhedsfremmende aktiviteter, som har tendens til først at kunne betale sig over en lang tidshorisont. Endvidere er små virksomheder mindre effektive i registrering af fravær og andre helbredsproblemer, og de er derfor dårligere stillede end større virksomheder med hensyn til at vurdere behovet for og det potentielle udbytte af sundhedsfremmeindsatser.

De samme barrierer nævnes i et review af små virksomheders forebyggelsesindsatser (2). Reviewet påpeger, at ejeren/lederen synes at være den centrale person i forebyggelsesindsatsen, idet ejerens-/lederens prioriteringer er afgørende for, hvor højt sikkerhed og sundhed kommer på dagsorden (2). Små virksomheder har som regel en 'ad hoc' og reaktiv tilgang til sikkerhed og sundhed, dvs. problemer løses, når de opstår (2). Kvalitative studier viser dog også, at der ofte er tæt kontakt og gode sociale relationer mellem ejer/leder og medarbejdere, idet ejeren/lederen ofte tager del i produktionen side om side med medarbejderne i små virksomheder. Dette kan medføre, at medarbejderne kan have stor forståelse for virksomhedens behov og mangle anerkendelse af eller have for stor tolerance overfor forhold som er negative i forhold til helbred og sundhed (3). Lederen/ejeren i små virksomheder mangler endvidere ofte viden om regler og tilgange, der skal sikre sikkerhed og sundhed, og små virksomheder har ofte – som også nævnt herover – mangel på de økonomiske og personalemæssige ressourcer, der er nødvendige for at håndtere sikkerheds- og sundhedsarbejdet (3).

Undersøgelser af de faktorer, som små virksomheder oplever som væsentlige barrierer for sikkerheds- og sundhedsrelaterede indsatser, viser, at de er både af ekstern og intern art (4). Blandt eksterne barrierer opleves, at lovgivningen er for streng og for bureaukratisk og alt for overordnet til at kunne omsættes til de særlige vilkår, den enkelte virksomhed oplever at have. Dette kan tolkes som, at de små virksomheder - som før nævnt - mangler den nødvendige viden og ressourcerne til igangsætte de tiltag, som lovgivningen kræver. Blandt væsentlige interne barrierer nævnes manglende tid og økonomiske ressourcer, manglende kommunikation internt i virksomheden, og at produktionen prioriteres over sikkerhed (4).

Som nævnt i rapport 2.1 (kap. 9.2) er mange af de indsatser, som foreslås til at forebygge og håndtere MSU, ressourcekrævende, hvilket igen giver små virksomheder udfordringer i forhold til større virksomheder. Konklusionen er derfor, at hvis man har som mål at forebygge MSU, så er der grund til at være særligt opmærksom på, hvilke indsatser der kan give succes på små virksomheder.

Nedenstående gennemgang giver to eksempler på indsatser til små virksomheder, som har været nævnt i kapitel 9. Begge eksempler beskrives på baggrund af undersøgelser publiceret i videnskabelige tidsskrifter. De indsatser, som gennemgås, har ikke direkte fokus på forebyggelse af MSU, men de anvendte metoder kan enkelt tilpasses til dette fokus. Det er tanken, at udfoldningen af indsatserne og forfatterens observationer kan hjælpe til at inspirere andre til indsatser, der har fokus på MSU med små virksomheder som den centrale arena.

## 15.2. Case 1: Indsatspakker

Dugdill et al. (5) beskriver processen med at implementere en række forskellige indsatser for at skabe bedre sundhed og sikkerhed blandt ansatte på små virksomheder i det nordvestlige England. I alt modtog 123 små virksomheder mindst en af fire mulige indsatspakker (som beskrives herunder). De fleste (41 %) tilhørte servicesektoren, fremstillings- (19 %), byggebranchen (8 %) og detailsektoren (8 %). Den største virksomhed havde 90 ansatte, 81 % af virksomhederne havde mindre en 25 ansatte, og 52 % havde mindre end 10 ansatte (mikrovirksomheder).

### 15.2.1. Behovsafklaring og udvikling

Første fase af projektet var udvikling af indsatser, som var relevante i forhold til virksomhedernes behov. Dette arbejde foregik i samarbejde mellem projektteamet og lokale virksomheder, virksomhedsorganisationer og serviceudbydere til virksomheder i området.

På grundlag af denne konsultationsproces blev der udviklet fire 'indsatspakker':

- En sundheds- og sikkerhedsstartpakke
- En pakke bestående af et arbejdspladseftersyn af sundhed og sikkerhed
- En pakke indeholdende rådgivning med hensyn til udvikling af sundheds- og sikkerhedspolitikker
- En pakke bestående af uddannelse i sundhed og sikkerhed.

De to første indsatspakker blev tilbudt virksomhederne gratis. De to andre blev tilbudt virksomhederne mod betaling, dog med det første år til en reduceret pris. Bortset fra dette er indholdet i pakkerne ikke nærmere beskrevet i artiklen af Dugdill et al. (5). Artiklen fokuserer primært på at undersøge processen med at nå ud til de små virksomheder med tilbuddet om pakkerne, og på at undersøge de faktorer, der gjorde, at virksomhederne tog imod en eller flere af pakkerne.

### 15.2.2. Udbredelse

Der blev anvendt forskellige metoder til at nå virksomhederne: Der blev produceret en folder, som blev sendt til alle 600 virksomheder i området (store såvel som små, men over 70 % var mikrovirksomheder). Derudover fik små virksomheder besøg af en sundheds- og sikkerhedsfagperson både uopfordret og efter invitation. Endelig blev kendskabet til projektet udbredt via 'mund-til-mund' via virksomheder, som havde modtaget en af indsatspakkerne fra projektet.



### 15.2.3. Evaluering

I alt 115 virksomheder (ud af 123, der tog imod mindst en af indsatspakkerne) tog imod 'startpakken' (94 %). Færre virksomheder tog imod indsatspakken med arbejdspladseftersyn af sundhed og sikkerhed (33 %), og endnu færre tog imod de to indsatspakker, der involverede betaling (henholdsvis 16 % og 20 %, der tog imod rådgivning om udvikling af sundheds- og sikkerhedspolitikker og pakken med uddannelse i sundhed og sikkerhed). Det var virksomhederne i byggebranchen, som havde den højeste andel af virksomheder, der tog imod 'betalingspakkerne' (hvh. 60 % og 50 % af de deltagende byggevirksomheder). Grunden til, at andelen var højere i denne sektor, forklarer forfatterne med stærkere ydre motivationsfaktorer, bl.a. at risikoen for ulykker var større i denne sektor end i de andre sektorer og krav om at dokumentere, at man følger lovgivningen inden for arbejdsmiljø og sikkerhed i sektoren.

Med hensyn til motivationen for at deltage i projektet angav størstedelen (63 %) af virksomhederne, at de ønskede at gøre brug af det gratis arbejdspladseftersyn, 22 % var motiverede af, at de mente, at virksomheden kunne høste fordele af deltagelsen, og 7 % deltog pga. en begivenhed på arbejdspladsen, fx besøg af en inspektionsmyndighed.

Blandt de fordele, der kom ud af at deltage i projektet, var, ifølge virksomhederne bedre omdømme i lokalsamfundet og bedre muligheder for at vinde udliciteringer (virksomheder i bygningssektoren). Andre fordele, som blev nævnt i interviewene, var større tro i virksomhederne på, at de kunne håndtere udfordringer inden for sundhed og sikkerhed i fremtiden. En del af virksomhederne (19 %) mente, at det var for tidligt at se fordelene ved at deltage i projektet, men de forventede, at fordelene ville vise sig i fremtiden.

Forfatterne konkluderer, at studiet viser, at det er muligt at nå ud til små virksomheder med indsatspakker med fokus på sundhed og sikkerhed, hvis den rigtige tilgang anvendes, og der er fokus på virksomhedens behov. Betaling for indsatspakken var tydeligvis en forhindring for virksomhederne, og forfatterne foreslår, at en eller form for tilskud til finansieringen kan overvejes for at sikre større anvendelse af indsatserne.

### 15.3. Case 2: Anvendelse af virksomhedsnetværk

Limborg et al. (6) beskriver to projekter, som blev udført i et netværk af små virksomheder. Det ene projekt omfattede 21 små mejerier og det andet 25 små bryggerier. Begge projekter havde til formål at reducere risikoen for muskel-skeletskader. Blandt mejerierne var målet at udvikle tekniske løsninger til tre udvalgte arbejdsprocesser, der indebærer løft med risiko for rygskeer og lignende. Projektet blandt bryggerierne havde til formål at udvikle ergonomiske forbedringer i arbejdsprocesserne for at reducere risikoen for udvikling af muskel-skeletskader.

Netværket af mejerier håndterede opgaven ved at danne tre arbejdsgrupper med hver 3-5 mejerier, som arbejdede med at udvikle en løsning for hver af de tre udvalgte arbejdsprocesser. Inden for hver arbejdsgruppe blev valgt et 'test-mejeri', som førte an i udviklingen og afprøvning af den tekniske løsning med aktiv involvering og deltagelse af medarbejderne. De andre mejerier i arbejdsgruppen fik lov at følge med i udviklingsprocessen og kunne låne og afprøve den udviklede løfteanordning. Alle tre arbejdsgrupper lykkedes med at udvikle fungerende tekniske løsninger i form af prototyper. Kun en af prototyperne blev købt af alle de andre mejerier, men de to andre virkede som inspiration til de andre mejerier til at udarbejde egne anordninger.

I netværket af bryggerier var det særligt ejeren af et af mikrobryggerierne, der førte an i at motivere de andre bryggerier. Tre bryggerier deltog i udviklingen af en løfteanordning. Udstyret blev implementeret med succes i disse bryggerier, men ikke i de andre bryggerier i netværket, hovedsageligt på grund af omkostningerne forbundet med det.

### 15.3.1. Evaluering

I studiet er anvendt kvalitative interviews, dokumentanalyser og observationer til at belyse mekanismerne i indsatserne beskrevet herover, herunder kortlægning af mulige årsager til, at to næsten ens indsatser giver forskelligt resultat.

Blandt konklusionerne er, at mejerierne og bryggerierne var forskellige med hensyn til en række indre og ydre motivationsfaktorer. Blandt de ydre motivationsfaktorer var pres fra Arbejdstilsynet, ekstern finansiering og professionel støtte i udviklingsprocessen.

Begge netværk havde professionel støtte i form af en konsulent. I mejerinetværket havde konsulenten en aktiv rolle ved bl.a. at sørge for, at mejerierne holdt møder, sikre medarbejdernes inddragelse og facilitere kontakter til leverandører. I bryggerinetværket skete en udskiftning af konsulenten undervejs i processen, og konsekvensen var, at vidensdelingen i bryggerinetværket blev mindre formel, og erfaringerne fra projektet blev ikke udbredt til de deltagende virksomheder, sådan som det skete blandt mejerierne.

Både mejerier og bryggerier havde søgt og opnået ekstern finansiering til udviklingen af deres tekniske løsninger på de ergonomiske udfordringer gennem den daværende Forebyggelsesfond, som støttede virksomheder med udviklings- og forebyggelsestiltag. Alle virksomhedsrepræsentanter gav udtryk for, at den eksterne finansiering var en forudsætning for projektet.

Der var i særlig grad forskel mellem mejerierne og bryggerierne med hensyn til forskellige interne motivationsfaktorer i deres virksomhedsnetværk. Netværket af mejerier var karakteriseret af en fælles identitet og gensidig tillid til hinanden. Den fælles identitet blandt mejerierne blev især båret frem af en 'pionerperson', der fremhævede de fælles udfordringer i form af Arbejdstilsynet og 'den dominerende store konkurrent' på markedet, samt de små mejeriers historie med at dele deres erfaringer. Der blev i processen etableret en 'pagt om åbenhed' i relation til projektet. Ifølge forfatterne var 'pagten om åbenhed' af stor betydning for mejerierne succes med udviklingen og udbredelsen af tekniske løsninger i projektet. Denne pagt betød, at der var en fælles forståelse for, at indsatsen var til alles bedste og en anerkendelse af asymmetri i samarbejdet, fx ved at forskellige mejerier kunne bidrage med forskellige ressourcer i projektet. En pagt om åbenhed stred mod den normale tradition for at holde metoder og processer hemmeligt for hinanden.

I modsætning til mejeriernes fælles identitet var 'det fælles bedste' ikke dominerende blandt netværket af bryggerier. Motivationen til at deltage i projektet kom typisk fra bryggeriejerne, der selv deltog i driften, og dermed mærkede belastningerne på egen krop. Drivkraften i projektet kom fra enkeltstående bryggerier, som selv ønskede at være testbryggerier for at kunne nyde fordel af de udviklede løsninger. Dette forhold skyldtes ikke mindst, at denne branche var meget ung, da projektet blev gennemført, og at virksomhederne generelt var meget små mikrovirksomheder.

Endelig var medarbejderne til en vis grad involveret i udviklingen af løsningerne blandt mejerierne, mens dette ikke skete blandt bryggerierne, da flere af disse havde meget få ansatte.

Forfatterne konkluderer, at virksomhedsnetværk kan være vigtige metoder til nå ud til små virksomheder med forebyggende indsatser, men også at der findes ydre og indre motiverende mekanismer, som er vigtige for, at netværket når målene. Sådanne mekanismer er fx ydre pres, opnåelse af ekstern finansiering af indsatserne, professionel støtte, gensidig tillid mellem virksomhederne i netværket, en fælles identitet og en pagt om åbenhed med hensyn til udvikling af indsatserne og deling af de opnåede erfaringer.

#### 15.4. Sammenfatning og læring

De to cases illustrerer nogle af de pointer, som i forskellige oversigtsartikler (1-3) er fremhævet som de faktorer, der spiller ind, når små virksomheder igangsætter indsatser for at sikre og forbedre sikkerhed og sundhed.

Undersøgelsen af tilbud om såkaldte 'forebyggelsespakker' bekræftede resultaterne fra Dugdill et al.'s (5) undersøgelse i en dansk kontekst (7). De danske forebyggelsespakker omfattede hjælp til små virksomheder til at undgå eller forebygge forskellige typer arbejdsmiljøudfordringer, såsom for stort arbejdspress/mængde, dårlige og akavede arbejdsstillinger, tunge løft, vold på arbejde og arbejdsulykker. Evalueringen af forebyggelsespakkerne (7;8) finder, at pakkerne kan være en stor hjælp for små virksomheder, der ikke selv har ressourcer til at udvikle og gennemføre en indsats. Men det er vanskeligt for en virksomhed alene at gennemføre forløbet, hvis den ikke modtager støtte fra eksterne konsulenter eller forskere.

Det skal understreges, at eksempler i de to cases gennemgået herover ikke direkte har haft fokus på mentale sundhedsudfordringer. Indsatser, som har dette formål, kan med fordel tage udgangspunkt i de generelle indsatsområder, som er påpeget i rapport 2.1 (kapitel 9): Indsatserne kan fokusere på at skabe øget viden og opmærksomhed omkring mentale sundhedsudfordringer på små virksomheder, udvikle den lille virksomheds kompetencer til at håndtere mentale sundhedsudfordringer eller på at øge støtte fra samfundets udbud af virkemidler til små virksomheder.

Særligt for små virksomheder kommer ressourceadgangen til at spille en særlig central rolle.

Dette går også igen i følgende opsamling af centrale observationer fra de to cases gennemgået herover:

- Færdige 'pakker' eller tilbud, som i case 1, er eksempler på virkemidler, der kommer udefra. Dette kan være en vigtig tilgang til at initiere indsatser på små virksomheder, som dermed ikke selv skal bruge ressourcer på at udvikle indsatserne.
- Et andet eksempel på tilførsel af ressourcer udefra er case 2 i form af ekstern finansiering, eksterne aktører til koordinering og styring osv. De ledelsesmæssige, personalemæssige eller økonomiske ressourcer inden for virksomheden er meget begrænsede, og disse ressourcer kan være vigtige for, at indsatserne bliver igangsat og gennemført.
- Små virksomheders netværk kan bruges som vigtig formidler af praktisk viden om både mentale sundhedsudfordringer og de indsatser, som 'kollegavirksomheder' har haft succes med.
- "Ydre" motiverende faktorer, fx lovkrav, myndighedspåbud og konkurrenter er vigtige for, at små virksomheder sætter gang i indsatser. Også her kan netværket spille en rolle ved at formidle viden om konkrete mentale sundhedsudfordringer, som virksomhedsmedlemmer har behov for.
- "Interne" motiverende faktorer er ligeledes vigtige, fx at virksomheden kan høste fordele af indsatsen. Igen kan netværket spille en rolle som formidler af erfaringer blandt deres medlemmer.

I rapport 2.1 (afsnit 7.2.1) præsenteres anbefalingen om "*psychologically healthy workplaces*" som en model for forebyggelse og håndtering af mentale sundhedsudfordringer. Der er formuleret følgende overordnede anbefaling til, hvordan denne tilgang kan realiseres i små virksomheder, der som nævnt har

færre ressourcer til rådighed end store virksomheder. Det anbefales, at der er fokus på arbejdspladskulturen, således at der er et positivt klima for fokus på sikkerhed og sundhed, herunder den mentale sundhed (1). Små virksomheder har gode forudsætninger for at etablere en sådan god kultur, givet den nære daglige kontakt mellem medarbejdere og ejer/leder. Konkrete mål med at udvikle denne kultur er at fjerne medarbejderens tendens til at "beskytte" virksomheden på bekostning af fx sikkerhed og sundhed. Ejeren/lederen skal erkende deres forpligtelser på at sikre sikkerhed og sundhed på en måde, således at dette omsættes i konkrete tiltag i virksomheden (1). Det er naturligvis godt med et positivt sikkerheds- og sundhedsklima på virksomheden. Hvis man skal konkretisere denne anbefaling i forhold til studierne gennemgået i dette afsnit, så kan et positivt klima indbefatte, at arbejdspladsen er aktiv for at rekruttere ekstern støtte og rådgivning, fx gennem branchenetværk eller andre eksterne ressourcer. Det er desuden en vigtig pointe, at der er behov for at afdække hvilke typer ressourcer, virksomhederne har brug for, så fx udbydere af sådanne serviceydelser indretter deres udbud i overensstemmelse hermed.

## 16. Ledelsen

### 16.1. Baggrund for at se nærmere på ledernes rolle

Resultaterne i rapport 2.1 peger på, at ledelsen spiller en central rolle i forebyggelsen og håndteringen af mentale sundhedsudfordringer på alle tre forebyggelsesniveauer, dvs. det primære forebyggelsesniveau (den tidlige indsats for at forebygge mentale sundhedsudfordringer), det sekundære forebyggelsesniveau (til ansatte med tegn på psykiske helbredsproblemer) og det tertiære forebyggelsesniveau (personer, der vender tilbage til arbejdet efter sygefravær pga. mentale helbredsproblemer), se fx afsnit 7.2, 7.3 og 7.4 i rapport 2.1.

Også analyserne i rapport 1.1 peger på ledelsen som en vigtig faktor. Som vist i Analyse 1.1 (afsnit 4. om psykosocialt arbejdsmiljø) findes der store forskelle i medarbejdernes oplevelse af ledelseskvalitet. Mens knap hver tredje (29,5 %) af de erhvervsaktive rapporterer høj ledelseskvalitet, rapporterer en næsten lige så stor andel af medarbejdere (28,4 %) en lav score af ledelseskvalitet. Derudover rapporterer cirka hver fjerde et lavt niveau af anerkendelse fra ledelsen og hver femte rapporterer, at alle medarbejdere sjældent eller aldrig bliver hørt i beslutninger, der har betydning for dem.

Endvidere viser analyserne i rapport 1.2 sammenhænge mellem psykosociale arbejdsmiljøforhold og de mentale sundhedsudfordringer, depressive symptomer, angstsymptomer, stress og søvnproblemer. Ledelsen har både formelt ansvar for det psykosociale arbejdsmiljø, og i praksis har ledelsen en nøglerolle i tildelingen af ressourcer og beslutninger vedrørende det psykosociale arbejdsmiljø. Også dette understøtter argumenterne for at have fokus på ledelsen.

Denne konklusion underbygges i den internationale oversigtslitteratur, som dels peger på sammenhængen mellem ledelse og de ansattes velbefindende (9;10) og dels peger på, at indsatser rettet mod lederne synes at være en virksom måde at påvirke de ansattes helbred på (11;12). Ifølge Kelloway og Barling (12) påvirker ledelsen de ansattes trivsel på forskellige måder. For det første ved at tjene som rollemodeller, hvorved de påvirker deres ansattes handlingsmønstre. For det andet gennem deres formelle magt, som giver dem mulighed for at belønne eller straffe medarbejderne. Og endelig har lederne beslutningskompetencer, der potentielt kan belaste eller aflaste forskellige medarbejdere.

Endvidere giver Kelloway og Barling (12) nogle argumenter for, hvorfor det er en god ide at fokusere på lederne for at forbedre medarbejdernes velbefindende: Det første argument er, at det er en kost-effektiv indsats, fordi indsatsen er begrænset til et mindre antal personer på arbejdspladsen (lederne på en arbejdsplads), mens effekten rammer mange (alle medarbejderne). Det andet argument er, at den tilgængelige evidens tyder på, at indsatserne faktisk virker, forstået på den måde, at indsatser, som har til hensigt at ændre ledernes adfærd eller ledelsesstil, gennemgående også opnår dette (13).

Som påpeget i rapport 2.1 (afsnit 7.2.2) er en mulig indsats til lederne at fokusere på ledelsesstilen. En anden type indsats er at styrke de ressourcer, som der er behov for i udførelsen af ledelsesopgaven, eller gøre dem lettere tilgængelige. Dette er i afsnit 7.2.2. eksemplificeret ved målrettet kompetencetræning for at opfylde en konkret retningslinje (11). Vores viden om ledernes kompetencer og deres behov for hjælp og støtte er begrænset (14). Der findes dog to danske undersøgelser henholdsvis gennemført af Lederne (15) og Akademikernes Centralorganisation (AC) (16), som giver lidt indblik. Begge undersøgelser tyder på, at lederne er meget beviste om deres vigtige rolle ift. medarbejdernes mentale sundhed, men omkring

halvdelen svarer, at de kun i nogen eller mindre grad føler sig klædt på til at håndtere de problemer, der kan opstå i forbindelse med medarbejdernes stress. Studierne tyder dermed på, at der er en diskrepans mellem lederens oplevelse af på den ene side, at det er en central ledelsesopgave at håndtere og arbejde med psykiske belastninger hos deres medarbejdere, og på den anden side mange lederes oplevelse af at mangle de fornødne redskaber og kompetencer til det.

Der kan derfor være et behov for en videreudvikling af lederens kompetencer i forhold til at håndtere medarbejdere med mentale sundhedsudfordringer og for at udvikle ressourcer og redskaber, der understøtter denne opgave. For nogle ledere kan træning af ledelsesstilen være en god indsats, idet ledelsesstilen har betydning for arbejdsmiljøet og trivselen via de mekanismer nævnt herover (12).

På trods af at forskningen, anbefalinger og erfaringer fra danske studier tyder på, at lederne spiller en vigtig rolle i opsporing og håndtering af medarbejderne med mentale sundhedsudfordringer, findes der kun meget få studier, som undersøger nærmere, hvad der skal til, for at lederne kan udfylde denne vigtige rolle. Vi vil derfor her præsentere to cases som eksempler på, at lederens kompetencer i at udføre denne ledelsesopgave støttes gennem målrettede tilførsel af ressourcer. Eksemplerne er naturligvis ikke udtømmende, men kan alligevel give et indtryk af, hvad indsatser til lederne kan indeholde.

## 16.2. Case 1: Styrkelse af lederens muligheder for en tidlig indsats

### 16.2.1. Baggrund

*Tidlig Indsats* (TI) er et tilbud til ansatte i Københavns Kommune, som har til hensigt at reducere sygefravær og håndtere kommunalt ansattes mistro på arbejdet. Udbyderen af *Tidlig Indsats* er Københavns Kommunes arbejdsmiljørådgiver, Arbejdsmiljø København (AMK).

### 16.2.2. Beskrivelse af indsatsen

*Tidlig Indsats* er et tilbud til lederne, medarbejdere og medarbejderrepræsentanter om afklarende forløb, der kan udløses af generel mistro, længerevarende fravær eller frygt for fravær, ønske om hjælp til at udarbejde fastholdelsesplaner eller behov for afklaring af en arbejdssituation (17). Tilbuddet til lederne består af sparring om fravær og fastholdelse samt tilbud om kurser til de ledere, som ønsker at vide mere om håndtering og forebyggelse af fravær. Lederne kan også tilmelde en medarbejder til et individuelt forløb i *Tidlig Indsats*. Det forudsættes, at lederen og medarbejderen har aftalt det i fællesskab. I *Tidlig Indsats*-konceptet lægges vægt på, at der arbejdes sammen med både leder og medarbejder, og at man forsøger at balancere hensynet til den enkelte medarbejder med hensynet til arbejdspladsens behov. Tilbuddene til medarbejderen består i kortere, afklarende forløb i forbindelse med psykosociale eller fysiske problemstillinger, der har betydning for arbejdet. *Tidlig Indsats* har til hensigt at give hjælp til selvhjælp og at støtte en dialog mellem medarbejder og leder, og undervejs i forløbet er *Tidlig Indsats* i kontakt med lederen typisk 1-3 gange, mens der i sjældnere tilfælde gennemføres arbejdspladsbesøg og rundbordssamtaler. I forløbene indgår hhv. korttidsterapi og behandling. I mere komplekse forløb, hvor forskellige aktører og parallelle forløb skal koordineres (fx med jobcenter eller læge), understøtter *Tidlig Indsats* yderligere udredning og fungerer som tovholdere.

### 16.2.3. Resultater/Evaluering af indsatsen

Ledernes erfaringer om anvendelsen af *Tidlig Indsats* samt om deres mere generelle oplevelse i håndtering af medarbejdere med MSU er blevet undersøgt af det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (14). Undersøgelsen blev gennemført ved hjælp af interviews med 21 ledere fra tre forvaltninger/områder: social og sundhed, pædagogisk samt teknik og miljø. Resultaterne herunder er fra denne undersøgelse.

Undersøgelsen viste, at lederne oplever det som en central opgave at identificere, håndtere og fastholde medarbejdere med psykisk relaterede trivsels- og fraværproblemer. En del af lederne føler sig fornuftigt klædt på til at løse opgaven, og de anvender organisatoriske ressourcer som lederuddannelse, deres chef og lederkollegaer til at sparre med om både konkrete og generelle udfordringer forbundet med denne opgave. Der er dog også en del ledere, som udtrykker et behov for mere viden og kompetenceudvikling. Derudover nævnes der udfordringer som mangel på tid, stort ledelsesspænd og sparsom daglig kontakt til medarbejderne. Organisationens fokus på at nedbringe sygefraværet synes at fremme lederne opmærksomhed på området, men kan også skabe dilemmaer for lederen. Flere af lederne oplever også en til tider vanskelig balance mellem både at tage hensyn til medarbejderen med psykisk relaterede trivsels- og fraværproblemer og det øvrige team. Lederne oplever ofte at have viden om medarbejderen med trivsels- eller fraværproblemer, som ikke kan videregives til kollegerne i teamet på grund af fortrolighedshensyn. Dette gør det udfordrende at skabe forståelse for de beslutninger, der er truffet for at håndtere situationen med den ramte medarbejder. Et andet aspekt er, at lederne er opmærksomme på ikke at skabe en "domino-effekt", dvs. at ved at tage hensyn til en ramt medarbejder belastes resten af teamet hårdere, hvilket fører til flere sygemeldinger.

I forhold til *Tidlig Indsats* viste undersøgelsen, at lederne er overordnet tilfredse med anvendelsen af *Tidlig Indsats*, fordi de oplever at spare tid ved at få professionel og arbejdsrelateret støtte til medarbejdere med psykisk relaterede helbredsproblemer, og fordi *Tidlig Indsats*, modsat mange andre psykologbaserede tiltag, har et arbejdsrettet fokus. Overordnet er de fleste af lederne glade for det samarbejde, de har oplevet. Nogle ledere vurderer dog, at et yderligere samarbejde ville være hensigtsmæssigt, så indsatsen blev et fælles anliggende og dermed bedre kunne kobles til arbejdspladsen. Enkelte ledere mener derimod, at et øget samarbejde vil kunne påvirke det fortrolige rum, som medarbejderen har med psykologen.

Størstedelen af lederne oplever, at anvendelsen af *Tidlig Indsats* giver positive resultater for medarbejderen, spændende fra sygdomsbedring til større rolleklarhed og færre konflikter. Gennem forløbet har lederen mulighed for at sparre med *Tidlig Indsats*-konsulenterne, hvor de oplever at få redskaber til at håndtere den enkelte situation. Resultaterne viser, at forløb hos *Tidlig Indsats* ligeledes kan påvirke relationen mellem leder og medarbejder i overvejende positiv retning.

### 16.2.4. Konklusioner i undersøgelsen

På baggrund af undersøgelsens resultater kan fremhæves nogle opmærksomhedspunkter til potentiel forbedring af lederne muligheder for at håndtere MSU bl.a. bedre afklaring eller modificering af de modsatrettede krav fra organisationen, som lederne oplever, fx krav i forhold til at nedbringe sygefraværet samtidig med et fokus på rummeligheden og hjælp til medarbejdere, der trives dårligt; mere systematiske og veletablerede sparringsmuligheder også for at fremme kontinuerlig læring og refleksion, tilbud om målrettet undervisning til ledere med ingen eller begrænset erfaringer og mere opmærksomhed på at udvikle en kultur, hvor det er legitimt, at medarbejderne gør lederen opmærksom på alvorligere nedsat trivsel med betydning for opgaveløsningen.

### 16.3. Case 2: Måltrettet træning af ledere

Tidligere i rapporten er citeret oversigtsartiklen af Tsutsumi (2011) (11), som handler om effekterne af indsatser rettet til ledere (se afsnit 7.2.2). Et af de studier, som er inkluderet i oversigtsartiklen, er følgende undersøgelse af Theorell et al. (2001) (18). Studiet beskriver effekten af en indsats bestående af en målrettet træning af ledere til at håndtere udfordringerne ved forestående større organisatoriske ændringer i en forsikrings- og pensionsvirksomhed. Undersøgelsen afviger fra andre tilsvarende undersøgelser ved, at effekten af indsatsen er målt med biomarkører såvel som med selvrapporterede mål.

#### 16.3.1. Baggrund

Forfatterne beskriver baggrunden for igangsættelsen af indsatsen. Kort fortalt havde den pågældende virksomhed haft monopol på pensionsdelen af deres forretning, men der var strømninger i gang, som ville kunne ende med, at dette monopol ville ende, og andre virksomheder ville kunne begynde at konkurrere med virksomheden på dette område. Virksomheden forventede, at en ændret konkurrencesituation ville nødvendiggøre store organisationsforandringer. Dette medførte en stor grad af bekymring blandt ledelse og medarbejdere. For at forhindre en yderligere forringelse af det sociale klima på arbejdspladsen, besluttede virksomheden at igangsætte en træning af lederne.

#### 16.3.2. Beskrivelse af indsatsen

En afdeling med 42 ledere (og 181 andre ansatte) indgik i indsatsen, mens tre andre afdelinger også med i alt 42 ledere (218 andre ansatte) fra samme virksomhed indgik i sammenligningsgruppen. Indsatsen bestod af obligatoriske møder for lederne hver anden uge gennem et helt år. Hvert møde startede med 30 min struktureret oplæg, og resten af mødet bestod af diskussion mellem lederne.

Emnerne for oplæggene og diskussionerne var organiseret i perioder (18):

- 1) Individet: Medicinsk og psykologisk viden om hvordan individet fungerer og reagerer.
- 2) Gruppen: Socialpsykologisk viden om hvordan grupper fungerer.
- 3) Social-psykologiske processer: Hensigten med denne del var at igangsætte praktiske anvendelser.
- 4) Omorganisering: Viden om psykosocial *redesign* og om, hvordan man starter processer for at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø.

Programmet blev evalueret undervejs, og der skete tilpasninger af programmet som følge af feedback fra deltagerne. Et væsentligt aspekt af programmet var ifølge Theorell et al., at det var hensigten, de to uger mellem hvert møde skulle bruges til refleksion og diskussion mellem ledere og medarbejdere på basis af programmet. I hvilken udstrækning dette skete, angives ikke i artiklen.

#### 16.3.3. Resultaterne af indsatsen

Både ledere og medarbejdere udfyldte et spørgeskema og afgav blodprøver før og efter indsatsen. For de selvrapporterede mål fandt forfatterne en effekt af indsatsen på den oplevede indflydelse på, hvordan arbejdsopgaverne skal løses, (*decision authority*) blandt lederne såvel som blandt medarbejderne, men med den største effekt blandt lederne. Der blev ikke fundet statistisk signifikante effekter af indsatsen i forhold til andre selvrapporterede mål (mulighed for at anvende sine intellektuelle evner, psykologiske krav, socialt klima og arbejdstempo). Med hensyn til biologiske mål blev der fundet en statistisk signifikant effekt af indsatsen med hensyn til kortisol (serum-kortisol) for medarbejderne, men ikke blandt lederne.



Medarbejderne i den afdeling, hvor lederne fik træning, havde et fald i kortisol fra før til efter træningsprogrammet. Fald i kortisol anses som udtryk for mindre stressbelastning.

Forfatterne nævner ikke, om der blev gennemført en procesevaluering. De nævner dog, at deltagelsen i træningsprogrammet var højt, og at der skete ændringer i programmet undervejs som en reaktion på tilbagemeldinger fra deltagerne. Forfatterne nævner også, at en del af lederne både trænings- og sammenligningsgruppen var involveret i andre arbejdspladsbaserede programmer, som direkte eller indirekte kunne påvirke de målte udfald.

#### 16.3.4. Opsamling

Indsatsen, som er beskrevet herover, er et eksempel på en *målrettet* træningsindsats til lederne for at styrke deres kompetencer til at håndtere en *konkret* udfordring. I dette tilfælde den øgede konkurrence udefra, der forventes at nødvendiggøre store organisatoriske forandringer i virksomheden med heraf følgende usikkerhed og bekymring hos medarbejderne. Det ser ud som om, det er muligt at opnå forbedringer for lederne og medarbejderne gennem en sådan målrettet indsats.

### 16.4. Sammenfatning og læring

De to cases gennemgået herover har det til fælles, at lederne fik tilføjet ressourcer til at håndtere en bestemt problemstilling. I eksemplet med *Tidlig Indsats* er problemstillingen en 'krise' med en medarbejder, fx en sygemelding er enten en realitet eller en forestående mulighed. Det er en tidskrævende proces at finde den optimale løsning på krisen, der vil balancere hensyn til medarbejderen og arbejdspladsen. Endvidere kræver opnåelsen af en god løsning omfattende viden om forhold af bl.a. psykologisk, social, arbejdsmæssig, lovgivningsmæssig art. I *Tidlig Indsats* programmet blev der stillet eksterne ressourcer til rådighed til at sparre med lederne, og evalueringen tyder overordnet set på, at lederne var glade for *Tidlig Indsats* programmet, og at de mener, at programmet har haft positive effekter for medarbejderne og arbejdspladsen. Især mindre erfarne ledere havde gavn af programmet. Resultaterne af evalueringen af *Tidlig Indsats* viser også, at der er behov for øget viden om mentale sundhedsudfordringer blandt lederne bl.a. til at gøre lederen og arbejdspladsen i stand til tidligere at opdage medarbejdere med mistro og til at skabe mere åbenhed og dermed mindre stigmatisering omkring mentale sundhedsudfordringer, hvilket er i overensstemmelse med opsamlingen i kapitel 9 (afsnit 9.2).

I det andet eksempel fik lederne forbedret deres kompetencer til at håndtere usikkerhed og stress i forbindelse med virksomhedens usikre forhold på grund af en forventet konkurrenceudsættelse. Indsatsen afviger dermed fra mere generel uddannelse af lederen i 'god ledelse' ved at fokusere på at kvalificere lederne til at håndtere aktuelle ledelsesmæssige udfordringer. Indsatser med træning af generelle ledelseskompetencer har vist blandede resultater, men der er fundet positive associationer med medarbejdernes trivsel (10). Indsatsen i dette eksempel er lidt specielt ved, at træningen stod på over en længerevarende periode på et år. Desværre er der ingen dybtgående procesevaluering, der kunne have belyst udfordringerne ved at vedligeholde en så lang proces.

Samlet set støtter de to eksempler den gængse opfattelse, at en målrettet indsats rettet til lederne kan have positive effekter for de ansattes helbred og trivsel. Eksemplet med *Tidlig Indsats* viser tillige, at en sådan indsats ikke nødvendigvis opleves af lederne som en ekstra belastning (som fx deltagelse i ledertræning nemt ville), men kan virke som tilførsel af relevante ressourcer, der aflaster lederen.

## 17. Unge arbejdstagere

### 17.1. Baggrund for at have de yngre erhvervsaktive som målgruppe

I rapport 1.1 blev omfanget og udbredelsen af mentale sundhedsudfordringer (MSU) blandt erhvervsaktive og tidligere erhvervsaktive danskere i alderen 18-74 år afdækket. Af disse analyser fremkom et billede af, at de yngre erhvervsaktive skiller sig ud fra de ældre med hensyn til mentale sundhedsudfordringer. Særligt for kvinder var tendensen tydelig, idet yngre erhvervsaktive kvinder, defineret som værende i aldersgruppen 18-24 år, rapporterer det højeste niveau af mentale sundhedsudfordringer (angst, depression og stress). Med yngre mænd var billedet lidt mere blandet, men med en klar tendens til at de yngste aldersgrupper (18-34 år) havde flere depressive symptomer end mænd i de højere aldersgrupper.

I rapport 2.1 blev det desuden fundet, at yngre erhvervsaktive er en af de grupper, som der er forholdsvis positive erfaringer med, når det kommer til indsatser for at forebygge udviklingen af mentale sundhedsudfordringer (afsnit 7.2).

Både danske og internationale kilder peger på, at mentale helbredsudfordringer udgør en særlig fremtrædende problemstilling for den yngre del af befolkningen (19;20). Forskellige data tyder på, at forekomsten af psykiske symptomer og lidelser er relativt høj blandt børn og unge allerede før den erhvervsaktive alder (19). Incidensraten<sup>1</sup> af en lang række psykiske lidelser udviser således generelt stor aldersafhængighed med et maksimum mellem i 10-20 års alderen (21). Fx stiger incidensraten for affektive lidelser (hertil hører depression) med alderen op til ca. 20 års alderen både mænd og kvinder for derefter at falde til omkring 65 års alderen (21).

Tilgængelige data tyder dermed på, at psykiske symptomer og lidelser er udbredte blandt børn og unge, allerede før de træder ind i arbejdslivet. Overhyppigheden af mentale sundhedsudfordringer blandt yngre erhvervsaktive, som der er peget på i rapport 1.1, skyldes derfor ikke nødvendigvis arbejdsbetingede faktorer, men kan ligeledes skyldes forhold uden for arbejdspladsen og før arbejdslivets start (22).

Risikofaktorer for psykiske lidelser blandt børn og unge er fx at vokse op i fattigdom, blive mobbet i skolen, eller at have familiemæssige problemer (fx have forældre med misbrugsproblemer eller langvarige, psykiske lidelser) (19). Kemiske og biologiske påvirkninger under graviditeten formodes også at kunne spille en rolle, ligesom genetiske risikofaktorer (19). Børn og unges psykiske helbredsproblemer aftager for en stor dels vedkommende spontant med alderen, men med øget risiko for mentale helbredsproblemer senere i livet. Det skal understreges, at viden på området er mangelfuld (19).

Selvom arbejdspladsen således ikke nødvendigvis er den væsentligste årsag til mentale helbredsudfordringer, som rammer unge i erhverv, så er den særdeles relevant som en central arena for forebyggelsesindsatser rettet til denne gruppe. Der kan være gode grunde til at vælge at fokusere forebyggelsesindsatser til unge erhvervsaktive. Med inspiration fra Due *et als* rapport (19) kan nævnes, at det kan være vigtigt at bryde en 'ond cirkel': Mentale helbredsproblemer påvirker produktivitet og arbejdsevne negativt (23), og dette kan føre til, at den unge arbejdstager oplever det som nederlag, hvilket kan forstærke de psykiske symptomer.

---

<sup>1</sup> Incidensraten er antallet af nye tilfælde per år for en vis populationsstørrelse, fx antal tilfælde per år per 10.000 personer.

Med afsæt i denne identificering af yngre erhvervsaktive som en gruppe, det er relevant at fokusere på, når man ønsker at forebygge MSU, ser vi her nærmere på den viden, der foreligger om denne målgruppe. I gennemgangen vil vi trække en del på viden fra forskningen i arbejdsulykker, hvor der har været en længere tradition for at have fokus på unge erhvervsaktive end inden for forskningen i mentale sundhedsudfordringer. Sidst i afsnittet gennemgås derefter to oversigtsartikler om introduktion af nyansatte som en indsats henvendt til unge erhvervsaktive.

## 17.2. Yngre erhvervsaktive

Yngre erhvervsaktive viser ikke kun en høj forekomst af mentale sundhedsudfordringer, men også en høj forekomst af ulykker og fysisk krævende arbejde. Baggrunden for dette kan bl.a. være, at yngre medarbejdere får flere af de fysisk tunge arbejdsopgaver, at de mangler erfaringer i forhold til, hvordan de kan udføre arbejdet uden at skade sig selv eller også, at de mangler kendskab til deres rettigheder som arbejdstagere. Derudover kan de også være mere villige til at påtage sig de mest fysisk krævende opgaver. I forhold til høj forekomst af mentale sundhedsudfordringer kan det spille en rolle, at det at blive færdig med uddannelsen og starte i sit første job i sig selv kan være en belastning, som udløser stress og andre reaktioner (24).

For at udvikle tilpassede indsatser, som forebygger disse forskellige udfordringer og belastninger, er det dog vigtigt at se nærmere på målgruppen, fordi yngre erhvervsaktive, defineret som værende i alderen 18-24 år, i praksis er en meget heterogen gruppe. I en artikel fra 2013 (25) argumenteres for, at det er hensigtsmæssigt at skelne mellem forskellige typer af unge i arbejde, når man ønsker at forstå, hvorfor de er udsatte og efterfølgende nå dem i forebyggelsesøjemed. Artiklens formål er at generere viden om målgruppen "unge" til brug for skades- og ulykkesforebyggelse. Men det er ligeledes relevant at inddrage dette mere differentierede perspektiv på de yngre erhvervsaktive i forbindelse med mentale sundhedsudfordringer, fordi det giver et indblik i målgruppen, viden om forskellige livssituationer, den unge står i, samt viden om den unges tilknytning til den pågældende arbejdsplads og dermed mulighed for at målrette og nå den enkelte med mentale sundhedsudfordringer.

Differentieringen af de unge er lavet på baggrund af kvalitative interviews med unge (18-24 år) ansat i detailbranchen, hvilket også er en branche med et højt antal ansatte med mentale sundhedsudfordringer (jf. analyse 1.1.) samt i metalindustrien og på SOSU-området.

I artiklen (25) og en efterfølgende rapport (26) foreslås følgende inddeling af de unge arbejdstagere:

1. **Faglærte:** Faglærte unge, der arbejder i faglærte fuldtidsjobs. Kan have ledelsesansvar. Forholder sig ofte til arbejdet i en længere tidshorisont end andre yngre ansatte. Identificerer sig ofte med professionen, arbejdet eller arbejdspladsen. Er ofte i gang med at etablere sig som familie.
2. **Elever/lærlinge:** Unge, der er ansat som elev/lærling på en arbejdsplads og er i gang med at lære faget. Denne gruppe har typisk aktivt tilvalgt arbejdet og profession som deres fremtidige karrierevej.
3. **Sabbatår ungarbejdere:** Unge, der arbejder fuldtid i en længere periode (typiske 1-2 år), inden de fortsætter i en videre uddannelse.
4. **Studiejob:** Unge studerende i deltidsarbejde. Arbejder ofte udenfor normal arbejdstid, i weekender, ferie og helligdag. Arbejder, mens de er i gang med en uddannelse og tilpasser arbejdstiden til studiet.
5. **Uddannelses dropouts:** Arbejder ofte i ufaglærte jobs i mange år frem. Har ikke haft meget succes i uddannelsessystemet. Er primært unge mænd. Gruppen tildeles ofte hårdt fysisk arbejde. Gruppen kan potentielt have arbejdet i mange år.
6. **Vikaransatte:** Ofte unge med perifer tilknytning til arbejdspladsen, ofte kort tidshorisont.

Nielsen et al. (25) argumenterer for, at der er forskel på, hvor udsatte de unge er for at få skader og arbejdsulykker alt efter, hvilken gruppe de tilhører. Rationalet bag dette er, at årsagen til ulykker ikke alene skal findes i selve det at være ung, men at nogle unge arbejder i en type ansættelse, som gør dem særligt udsatte. Betegnelsen ”ung” (eller yngre erhvervsaktive) antages, måske netop fordi den defineres som personer mellem 18-24 år, ofte for at være en alders-betinget biologisk kategori med særlige dertilhørende karakteristik, som eksempelvis manglende erfaring, træning eller opmærksomhed (25).

Definitionen baseret på alder har den ulempe, at den får en til at overse, at kategorien ”ung” også er en kulturel konstrueret kategori, med deraf tilførte karakteristika, såsom typer af arbejde det er muligt at få, ansvar og indflydelse i arbejdet mv. eller andre særlige forhold som ligger udenfor arbejdspladsregi.

I det næste afsnit præsenteres resultater fra forebyggende indsatser, som blev gennemført med en helt bestemt gruppe yngre erhvervsaktive: Nyuddannede sygeplejersker, som starter på deres første arbejdsplads efter uddannelsen. På trods af, at studierne blev gennemført med en specifik jobgruppe, er det plausibelt, at erfaringer herfra kan gælde for nyuddannede i andre fag, da overgangen fra uddannelsen til arbejdslivet grundlæggende kan betragtes som en udfordring og hjælp og støtte i denne overgang antages derfor også at gavne andre jobgrupper.

### 17.3. Introduktion af nyuddannede

I 2016 gennemførte Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) et større udredningsprojekt for at opsamle den eksisterende viden om virkninger af indsatser, som har til formål at fremme det psykosociale arbejdsmiljø (27). Udredningsprojektet byggede på en gennemgang af oversigtsartikler, dvs. artikler over mange enkeltstudier inden for et givent emne. Konklusionen fra de to oversigtsartikler (28;29), som beskæftigede sig med introduktion af nyuddannede sygeplejersker forholdsvis entydig og positiv.

De indsatser, som blev gennemgået i de to oversigtartikler, var:

- **Praktik/træning** (’Residency programmes’) bestående af undervisningsdage i et forløb, der strakte sig over en periode på 6-12 måneder. Undervisningen blev suppleret med klinisk støtte for nyuddannede sygeplejersker.
- **Orienteringsdage** som også indeholdt undervisning og klinisk støtte men typisk af kortere varighed end ovennævnte praktikforløb og træningsprogrammer (1-20 uger).
- **Simuleringsprogrammer** som går ud på, at de nyuddannede sygeplejersker udsættes for patient-scenarier, som de har stor chance for at møde i praksis. Gennem simuleringerne har de muligheden for at udvikle deres viden og evner i et trygt miljø uden det pres, det er at have ansvaret for en patients helbred.
- **Mentorordninger**, hvilket vil sige, at erfarne sygeplejersker tildeles til nyuddannede sygeplejersker, som de arbejder sammen med og støtter.

I relation til de unge-grupper, der er nævnt i starten, kan sygeplejersker bedst kategoriseres om ”elev-er/lærlinge”, selvom de formelt set er færdiguddannede. Ligesom lærlinge er de i gang med lære faget. Endvidere kommer de fra en uddannelsessituation, hvor deres fag (trods flere praktikperioder) er relativt teoretisk, og hvor fejl ikke har alvorlige konsekvenser, til en arbejdsituation, hvor de får ansvar for patienter, og hvor deres handlinger har konkrete konsekvenser for patienterne. De ovennævnte indsatser har alle som sigte at styrke sygeplejerskernes modstandsdygtighed overfor den særlige belastning, som hører til det at være nyuddannet sygeplejerske. Dette sker enten ved at styrke sygeplejerskernes egne ressourcer (fx faglige kompetencer) eller tildele eksterne ressourcer (mentorer), der kan vejlede dem. Det

må formodes, at der også er positive effekter af indsatserne på sociale ressourcer, fx ved at man på kurserne eller i mentorordninger får styrket et netværk, der kan hentes forskellige former for social støtte fra.

Forfatterne af de to oversigtsartikler fandt ikke overraskende positive effekter på viden, kompetencer og selvtillid af indsatserne. Med hensyn til trivsel og mentale sundhedsudfordringer blev fundet positive ændringer i forhold til stress og angst, og til dels også jobtilfredshed. Derudover fandt forfatterne positive ændringer på fastholdelsen af medarbejderne. På trods af at oversigtsartiklerne har visse metodiske mangler (27), så tyder resultaterne på, at målrettede indsatser til nyuddannede sygeplejersker har positive effekter mht. forebyggelsen af mentale sundhedsudfordringer.

En af oversigtsartiklerne (29) havde særligt fokus på mentorprogrammer. Forfatterne fandt overordnet set positive virkninger på kompetencer, jobtilfredshed, kommunikation og udviklingen af positive relationer imellem kollegaer blandt de nyuddannede sygeplejersker. Der var tegn på en positiv sammenhæng mellem mentorernes anciennitet og nyuddannede sygeplejerskers plejekompetencer. Derudover fandt forfatterne, at både mentorerne og afdelingssygeplejerskerne gav positive evalueringer af mentorprogrammet. Forfatterne konkluderede derfor i oversigtsartiklen, at det kunne være vigtigt med en god uddannelse af mentorerne, og at mentorprogrammer er fordelagtige for både nyuddannede sygeplejersker og deres mentorer.

#### **17.4. Sammenfatning og læring**

Studiernes resultater tyder på, at målrettede indsatser for at forbedre overgangen fra uddannelsen til arbejdsliv bl.a. kan mindske stressbelastninger og styrke de nyuddannedes selvtillid. Disse og de andre positive effekter af disse indsatser kan dermed bidrage til at mindske risikoen for udviklingen af mentale sundhedsudfordringer. På grund af den høje belastning af yngre erhvervsaktive er det vigtigt, at arbejdspladserne laver en indsats for at støtte unge i deres start på arbejdslivet for dermed at forebygge udviklingen af helbredsproblemer helt fra starten. Der er brug for at afprøve de positive erfaringer fra studierne med nyuddannede sygeplejerske også i andre jobgrupper og at tilpasse indsatserne til de forskellige grupper af unge på arbejdsmarkedet.

I lyset af de indledende betragtninger i dette kapitel om årsagerne til mentale sundhedsudfordringer blandt unge erhvervsaktive er det vigtigt for arbejdspladsen at være opmærksom på, at årsagerne til mentale helbredsproblemer kan ligge uden for og måske snarere før arbejdslivet. Dette ændrer ikke ved, at arbejdspladsen er en central arena, hvor der er mulighed for at hjælpe de unge medarbejdere med mentale sundhedsudfordringer. De generelle indsatser, som er påpeget i rapport 2.1 (kapitel 9), er relevante i denne sammenhæng. Arbejdspladsen kan fx fokusere på at øge ledere og medarbejders viden om mentale sundhedsudfordringer med særlig opmærksomhed på unge og deres livsvilkår. Man kan som arbejdsplads ligeledes etablere politikker og andre redskaber på arbejdspladsen til at hjælpe de medarbejdere, der er ramt af psykiske symptomer eller psykiske lidelser og også i den forbindelse have særligt fokus på unge medarbejders behov og livssituation.

## 18. Kombinerede indsatser

### 18.1. Baggrund for at vælge kombinerede indsatser

I rapport 2.1 påpeges gentagne gange i opsamlingerne på et muligt potentiale i 'kombinerede indsatser' i forebyggelsen og håndteringen af mentale sundhedsudfordringer. Dette baserer sig på både videnskabelige oversigtsartikler (30;31), internationale anbefalinger samt praksiserfaringer.

Hvorfor skulle kombinerede indsatser være mere effektive end enkeltstående indsatser? Ifølge van der Klink et al. (2001) (32) er en mulig forklaring, at en enkeltstående organisatorisk indsats mangler det individuelle fokus. Dette kan det betyde, at nogle af de ansatte, som er i målgruppen for den organisatoriske indsats, ikke er tilstrækkeligt klædt på til at håndtere indsatsen, eller indsatsen svarer ikke til netop deres behov. Montano et al. (2014) (33) giver en anden mulig forklaring. De fremfører, at arbejdsmiljøet er komplekst, og forskellige forhold påvirker hinanden indbyrdes, og jo flere af disse forhold, som indsatserne retter sig mod, jo større chance er der for at opnå den forventede og ønskede positive effekt.

Kombinerede indsatser kan være komplekse på flere måder: De kan være karakteriseret ved antallet af indsatser inden for indsatsområdet (organisatoriske indsatser, evt. kombineret med individrettede indsatser), dvs. den 'lodrette' retning i Tabel 1 (s.9), jf. van der Klink et al.'s forklaring nævnt herover. Et andet perspektiv går på forebyggelsesniveauet, hvilket er den 'vandrette' retning i Tabel 1 - med andre ord - kombinationen af primære, sekundære og tertiære forebyggelsesindsatser. LaMontagne et al. (2007) (34) definerede således kombinerede indsatser<sup>2</sup>, som indsatser med fokus på primær forebyggelse og med integrering af bl.a. sekundær og tertiær forebyggelse. De konkluderede, at sådanne indsatser havde bedre effekter på organisatoriske mål, såsom sygefravær, end indsatser, der fx kun havde individuelt fokus. I en senere artikel beskriver LaMontagne et al. (31) den 'integrerede tilgang' til mentalt helbred på arbejdspladsen (se også afsnit 7.2.2 i rapport 2.1). Denne tilgang kan ses som en model for en sådan type kombineret indsats, hvor arbejdspladsen kontinuerligt arbejder for at sikre godt mentalt helbred blandt medarbejderne. Den samme holistiske tilgang ligger bag forslag som 'psychologically healthy workplaces' (30;35;36), beskrevet i samme afsnit.

På trods af at mange kilder fremhæver kombinerede indsatser, fremfor enkeltstående indsatser fokuseret på et enkelt organisatorisk niveau og et enkelt forebyggelsesniveau, så mangler der videnskabelige undersøgelser af sådanne indsatser. I sagens natur er kombinerede indsatser mere ambitiøse end enkeltstående indsatser med hensyn til omfang og påvirkning af arbejdspladsen på forskellige niveauer. Dermed øges også antallet af udfordringer. Herunder er beskrevet erfaringerne fra to eksempler fra Danmark, hvor der har været anvendt kombinerede indsatser. Eksemplerne illustrerer nogle af de udfordringer, der kan opstå ved kombinerede indsatser.

### 18.2. Case 1: BALANCE-projektet

BALANCE-projektet var en kombineret (i rapporten bruges betegnelsen 'flerstrengt') indsats for at bevare og forbedre den psykiske trivsel blandt lærere i folkeskolen. I projektet deltog lærerne i 15 skoler i København, hvor de 8 skoler gennemførte interventionsindsatserne, mens 7 andre skoler tjente som sammenligningsskoler.

---

<sup>2</sup> Den faktiske betegnelse, de brugte, var 'systemiske indsatser'

At indsatsen var kombineret, betyder i dette tilfælde, at der var flere parallelt forløbende aktiviteter, og de var rettet både til arbejdspladsen (det organisatoriske niveau) og til personer med nedsat psykisk velbefindende (det individuelle niveau). Der var aktiviteter rettet til alle lærere på skolen (primær forebyggelse) og aktiviteter rettet til lærere med nedsat trivsel (sekundær forebyggelse). De forskellige aktiviteter (indholdet beskrives herunder) var designet til at understøtte hinanden, og det primære mål med den kombinerede indsats var at forbedre den psykiske trivsel blandt de lærere, som havde nedsat psykisk velbefindende på skolerne, og dermed var i risiko for at udvikle alvorligere psykiske helbredssymptomer, som kunne resultere i langvarigt sygefravær.

### *18.2.1. Interventionsindsatser*

Her følger en kort beskrivelse af interventionsaktiviteterne som beskrevet i rapporten (37): Den individrettede interventionsindsats bestod af tilbud om afklarende samtaler med en BALANCE-kordinator, tilbud om stresshåndteringskursus og mulighed for at indgå i en arbejdsmodifikationsproces.

#### *Screening*

Den individrettede indsats blev udelukkende tilbudt lærere med tegn på nedsat psykisk velbefindende. Disse lærere blev identificeret ved en screening gennemført som spørgeskemaundersøgelse. Lærere, der ved screeningen viste tegn på nedsat psykisk velbefindende, blev opfordret til at tage kontakt til BALANCE-kordinatoren for at få en aftale om en afklarende samtale. De lærere, som ikke selv tog kontakt, blev kontaktede af BALANCE-kordinatoren.

#### *Afklarende samtaleforløb*

Formålet med det afklarende samtaleforløb var at afklare lærernes behov for de individrettede interventionsaktiviteter, og såfremt et behov blev afdækket at motivere lærerne til at deltage i de individrettede interventionsaktiviteter og støtte lærerne gennem interventionsprocessen. Endvidere tjente samtaleforløbet som indgang til tilbuddene om stresshåndteringskursus og arbejdsmodifikation. Disse tilbud kunne lærerne benytte sig af, hvis samtalen med BALANCE-kordinatoren havde afdækket et behov. Dette betød, at nogen lærere – udover at deltage i afklarende samtaler – også fik stresshåndteringskursus og arbejdstilpasning, andre fik kun en af delene, og andre lærere deltog udelukkende i afklarende samtaler.

#### *Stresshåndteringskursus*

Formålet med stresshåndteringskurset var at give deltagerne konkrete redskaber til håndtering af stress og at give vejledning til, hvordan udfordringer på arbejdet kan håndteres.

#### *Arbejdstilpasning*

Formålet med arbejdstilpasning var at bidrage til en forbedret balance mellem krav og ressourcer ved, at de berørte lærere i en periode blev stillet over for færre krav på arbejdspladsen.

#### *TRIO-uddannelse*

Den organisationsrettede indsats rettede sig til alle lærerne på interventionsskolerne. Den organisationsrettede indsats bestod af et uddannelsesforløb for TRIO'en (dvs. en repræsentant for skoleledelsen, en tillidsrepræsentant og en arbejdsmiljørepræsentant) og afholdelsen af et seminar for alle lærere på skolen for at sætte en proces omkring forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø i gang. Formålet med TRIO-uddannelsen var at støtte TRIO'erne i deres rolle og opgaver i BALANCE-projektet. Mere specifikt var formålene at øge TRIO'ens viden og forståelse af personer med nedsat psykisk velbefindende, at forbedre TRIO'ens interne samarbejde om lærere med nedsat psykisk velbefindende samt at styrke TRIO'ens samarbejde omkring forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø for alle lærere på de enkelte skoler.

### *Seminar*

Formålet med seminaret var at øge lærernes viden om psykisk velbefindende og arbejdsevne og formidle konkrete forslag til, hvordan lærerne kunne yde støtte og hjælpe kollegaer med nedsat trivsel.

### *Ekstra arbejdsmiljøindsats på skolerne*

Endvidere var afholdelsen af seminarerne startpunkt for et fortsat arbejde med den enkelte skoles psykosociale arbejdsmiljø, centreret om et selvvalgt arbejdsmiljøtema. TRIO'en havde ansvar for seminaret og den efterfølgende proces, men modtog støtte og opfølgning til denne opgave fra de tilknyttede proceskonsulenter.

### *18.2.2. Resultater og evaluering*

Den kombinerede indsats viste ingen effekt på psykisk velbefindende eller sygefravær blandt lærerne i målgruppen.

I projektet blev gennemført en procesevaluering, som gav øget viden om hvilke udfordringer, der kan møde flerstrengede indsatser, der som i BALANCE-projektet forventes at 'spille sammen' og understøtte hinanden.

### *Individrettede indsatser*

Samlet set viste evalueringen, at der kan have været barrierer for at deltage i de individrettede indsatser. Men evalueringen viser også, at individrettede indsatser kan gennemføres med succes. Det er meget sigende, at den individrettede indsats, som var sværest at gennemføre som tiltænkt, var arbejdstilpasninger, som er den individrettede indsats, som var mest afhængig af resten af organisationens ressourcer. Evalueringen tydede således på, at der ikke altid var råderum eller ressourcer i organisationen til at opfylde alle ønsker om arbejdstilpasninger, og der ikke altid blev fulgt op på aftalerne om arbejdstilpasning.

### *Organisationsrettede indsatser*

I modsætning til implementeringen af de individrettede indsatser (med arbejdstilpasning som undtagelsen) tydede procesevalueringen på implementeringsproblemer for visse af de organisatoriske aktiviteter. Der var også tegn på, at den organisatoriske støtte til de individrettede aktiviteter ikke har udmøntet sig i den udstrækning, der var lagt op til i projektet. Samlet set lykkedes det ikke i projektet at opnå et tydeligt samspil og gensidig understøttelse mellem organisatoriske aktiviteter og individrettede aktiviteter, som var forventet, og som var hensigten med den flerstrengede indsats.

### *18.2.3. Konklusioner fra BALANCE-projektet*

En overordnet læring fra BALANCE-projektet er, at lærerne og TRIO'erne opfattede forebyggelse af psykiske trivselsproblemer gennem en kombination af individuelle og organisatoriske indsatser som meningsfyldt. Evalueringen af BALANCE-projektet viste dels, at der ikke var nogen statistisk signifikant effekt på trivslen, dels at målet om at opnå organisatorisk understøttelse af de individrettede indsatser var svær.

## **18.3. Case 2: SAMI-projektet**

SAMI står for Styrket Arbejdsevne for Medarbejdere i Industrien. Industrimedarbejdere har en forhøjet risiko for tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Formålet med SAMI-projektet var at forbedre industriarbejderes arbejdsevne og nedbringe deres restitutionsbehov ved at forbedre balancen mellem krav og ressourcer (38). I projektet deltog 415 medarbejdere fra tre virksomheder, henholdsvis en



medicinalvirksomhed, en emballagevirksomhed og en fødevarer virksomhed. Indsatserne i SAMI-projektet involverede alle organisatoriske niveauer (IGLO, dvs. individ, gruppe, ledelse og organisationen) i en holistisk tilgang. Projektet er kort beskrevet herunder.

### *18.3.1. Interventionsindsatser*

Følgende beskrivelser af interventionsindsatserne er baseret på rapporten (38).

#### *Det organisatoriske niveau: Støttesystemanalysen*

Støttesystemanalyser er systematiske analyser af arbejdsmiljøet og de støttesystemer/-funktioner, der yder støtte til at forebygge eller modvirke psykosociale og/eller fysiske helbreds- og trivselsproblemer hos medarbejderne i de tre deltagervirksomheder. Støttesystemanalysen blev afrapporteret til virksomheden i starten af projektet, således at styre- og projektgruppen kunne anvende anbefalingerne fra rapporten som inspiration til at ændre og tilpasse eksisterende tilbud og procedurer.

#### *Lederniveauet: Ambassadørworkshops og deltagelse på øvrige workshops*

Ambassadørworkshoppen var en indledende workshop for "nøglepersoner", det vil sige teamledere og AM-repræsentanter. Nøglepersonerne blev informeret om SAMI og fik vejledning i at gennemføre projektet herunder i anvendelsen af forskellige hjælpeværktøjer. Disse personer fungerede som ambassadører for SAMI i hverdagen, når forskergruppen ikke var til stede på virksomheden.

#### *Gruppeniveauet: SAMI-workshops*

Der blev afholdt tre SAMI workshops. Den første workshop var 'visuel kortlægningsworkshoppen', som havde til formål dels at give medarbejderne en dybdegående forklaring af SAMI og dels at få medarbejderne til at udarbejde et visuelt kort over deres arbejdsmiljø.

Den anden workshop var 'handleplansworkshoppen', hvor hovedformålet var at få omsat kortlægningen fra den visuelle kortlægningsworkshop til konkrete handleplaner. I forlængelse af handleplansworkshoppen havde teamene mulighed for at afholde en 3 timers ergonomiworkshop ledet af en ergonomiske konsulent, der var tilknyttet SAMI, og som blev stillet gratis til rådighed for virksomhederne.

Den tredje workshop, 'opfølgingsworkshoppen', havde to hovedformål. Det ene formål var, at medarbejderne skulle evaluere forløbet. Det andet formål var, at medarbejderne skulle gøre status og vurdere deres nutidige arbejdsevne og arbejdsmiljøsituation og herudfra fastsætte en række nye handleplaner.

#### *Det individuelle niveau: Visuel kortlægningsamtale (VK-samtale)*

Alle medarbejdere på de tre virksomheder blev tilbudt en individuel samtale med deres nærmeste leder for at identificere vigtige krav og ressourcer i medarbejdernes arbejdsmiljø, som er med til at mindske eller styrke deres arbejdsevne. Denne samtale tog udgangspunkt i den visuelle kortlægningsmetode, som også anvendes på gruppeniveau.

### *18.3.2. Resultater og evaluering*

Resultaterne af effektevalueringen viste, at medarbejderne i interventionsgruppen ikke har fået en bedre arbejdsevne eller mindre behov for restitution end medarbejderne i sammenligningsgruppen. Der var derimod en tendens til, at interventionsgruppens arbejdsevne på nogle tidspunkter i forløbet var blevet dårligere. Forfatterne bag undersøgelsesrapporten (38) peger på flere mulige årsager, bl.a. at de handleplaner, som blev udviklet, handlede om andre forhold i arbejdsmiljøet end dem, der har betydning for

medarbejdernes arbejdsevne, og at opfølgingsperioden har været for kort, og effekten af indsatsen på medarbejdernes arbejdsevne har ikke nået at manifestere sig.

På trods af, at den videnskabelige effektevaluering ikke kunne påvise nogen effekt af indsatsen, så fortsatte virksomhederne stadig med at anvende SAMI-metoden efter projektets ophør, dog i tilpasset form. Dette hænger sammen med, at ledelsen på virksomhederne fandt, at metoden var anvendelig og brugbar. Ligeledes peger tilbagemeldingerne fra medarbejderne på, at værktøjerne udviklet til brug i SAMI-projektet var let tilgængelige og en god hjælp til at identificere nye arbejdsmiljøproblemer.

### 18.3.3. Konklusioner fra SAMI-projektet

Medarbejderne og ledelsen opfattede tilgangen til forbedringer i SAMI-projektet som meningsfuld og fornuftig på trods af, at den videnskabelige afprøvning ikke kan dokumentere de forventede effekter. En væsentlig årsag til medarbejdernes og ledelsens positive vurdering er formodentlig den stærke medarbejderinddragelse og det holistiske perspektiv på krav og ressourcer, der inkluderede krav og ressourcer i både arbejdet og i privatlivet og krav og ressourcer af faglig, social, psykisk og fysisk art.

## 18.4. Opsamling og konklusioner

På trods af at mange forskere anbefaler kombinerede indsatser, viser i hvert fald de to danske erfaringer præsenteret her, at disse meget komplekse og omfattende indsatser ikke automatisk fører til de forventede effekter i de valgte udfald. Erfaringer fra begge projekter viser dog også, at medarbejderne og lederne kan se mening i tilgangene, og at erfaringerne fra projekterne virker videre i de deltagende virksomheder. Begge projekter har samlet op på deres vigtigste erfaringer og læringspunkter og gjort dem tilgængelige til andre virksomheder. Redskaberne, som blev udviklet i SAMI-projektet, er beskrevet i et manual og er tilgængelige for andre virksomheder<sup>3</sup>. Erfaringer og læringspunkter fra Balanceprojektet blev samlet op i en række videofilm, så andre virksomheder i løbet af få minutter kan få indsigt i udfordringer og positive erfaringer med håndtering af medarbejdere med nedsat psykisk trivsel samt få bl.a. gode råd om trivselssamtaler med medarbejderne<sup>4</sup>.

Begge projekter tyder på, at der er nogle grundlæggende principper, som er vigtige, og som gælder for omfattende kombinerede arbejdspladsindsatser:

- Det holistiske perspektiv giver mening for medarbejdere og ledelse, fordi det anerkendes, at trivselsproblemer opstår i en kompleks sammenhæng mellem privatliv og arbejdsliv, og både fysiske, psykiske, sociale og arbejdsmæssige faktorer spiller en rolle.
- SAMI-projektet viste endvidere, at behovet for en vedvarende indsats anerkendes. På en arbejdsplads kan man ikke løse alle udfordringer på en gang, og derfor er det nødvendigt med en vedvarende indsats i overensstemmelse med en overordnet strategi, hvor målsætninger og indsatser konstant prioriteres, evalueres og tilpasses.
- Begge projekter fokuserede på tilpasning og fleksibilitet i indsatserne, således at de tilpasses kan den enkelte arbejdsplads behov og den enkelte medarbejders behov. SAMI-projektet viste, at redskaberne, der skal bruges til at støtte indsatserne, skal være nemme at bruge for ledere og medarbejdere, og de skal kunne tilpasses arbejdspladsens behov.

<sup>3</sup> <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/projekter/styrket-arbejdsevne-for-medarbejdere-i-industrien--sami/sami-manual>

<sup>4</sup> <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/projekter/fastholdelse-af-arbejdsevne-og-arbejdstilknytning-blandt-folkeskolelaerere/film>

Der er behov for at undersøge mere grundigt, hvorfor man på trods af disse positive erfaringer med projekterne ikke kunne finde positive effekter. Måske kan man ikke forvente en klar effekt efter kort tid, og det er først, når en vedvarende 'holistisk' indsats er integreret i arbejdspladsens 'DNA' – når samarbejdet er blevet afprøvet og udbygget, tillidsrelationer opbygget, og erfaringer og kompetencer er etableret – at de positive effekter for arbejdspladsen og medarbejderne kan manifestere sig. Fremtidens anvendelser af kombinerede indsatser bør bl.a. forsøge at besvare dette spørgsmål. Arbejdspladser er komplekse sociale organisationer, og fremtidige projekter bør derfor ligeledes kritisk overveje, hvilke virkninger som er realistiske at opnå, når kombinerede indsatser sættes i gang i sådanne sammenhænge, og dermed hvad der er de mest relevante effektmål for indsatsen.

At 'kombinere' indsatser lyder som mere tidskrævende og dyrere for virksomhederne end blot at gennemføre en enkelt indsats. Men en af pointerne fra modeller som 'integrerede tilgange' og 'psychologically healthy workplaces' er, at indsatsen er kontinuerlig og tilpasset virksomhedens behov og ressourcer. SAMI-projektet er et eksempel på, at virksomhederne selv fortsætter indsatsen også efter at forskningsprojektet, der introducerede SAMI-metoden til dem, er afsluttet. Her kan det tænkes at være afgørende, at virksomhederne har kendskab til og adgang til ressourcer og redskaber, der kan hjælpe dem. Der findes forskellige portaler online (fx Sammen om Mental Sundhed, [www.mentalsundhed.dk](http://www.mentalsundhed.dk)), hvor sådanne ressourcer tilbydes. I overensstemmelse med disse overvejelser anbefales i rapport 2.1 (afsnit 9.4), at styrke sammenhængen mellem samfundets virkemidler (eksterne ressourcer) og virksomhedernes behov.

## 19. Delphi-studie

### 19.1. Metode

På baggrund af resultaterne af registerundersøgelsen udført i Analyse 1, del 1, som har udpeget, hvilke dele af målgruppen, der har særlige udfordringer, samt analysen i Analyse 2, del 1, der har afdækket eksisterende viden om forebyggelsesstrategier og indsatsniveauer, har vi gennemført et Delphi-studie med brug af ekspertpanel.

Formålet med delphi-studiet er at dokumentere konkrete erfaringer med indsatser på arbejdspladsen til forebyggelse og håndtering af mentale sundhedsudfordringer, herunder hvilke forhold der er afgørende for, at forebyggende indsatser kan opnå effekt på arbejdspladserne samt afdække behov og ønsker til forebyggende MSU indsatser.

#### 19.1.1. Delphi-studie med brug af ekspertpanel

Delphi-studier er anerkendt som en vigtig informationskilde for udvikling af policy indsatser eller strategiprocesser, der omhandler komplekse og brede problemstillinger, såsom mentale sundhedsudfordringer (39;40).

Delphi-metodikken udgør en struktureret og iterativ proces, hvor en gruppe udvalgte eksperter giver deres synspunkter på og/eller vurdering af et givent emnefelt anonymt, og adskilt i tid og rum (41;42). En forsker indsamler og sammenfatter de enkelte eksperters tilbagemeldinger og bringer disse tilbage til ekspertpanelet over en eller flere runder. Gennem de forskellige runder får eksperterne indsigt i indholdet af tilbagemeldingerne, og ud fra panelets samlede tilbagemeldinger får de enkelte eksperter mulighed for at reformulere input og vurdere relevansen af information frem mod en fælles konsensus og prioritering af sigtelinjer for fremadrettet handling (43;44).

Dette Delphi-studie er gennemført som en tilpasset kvalitativ version af den traditionelle Delphi-metode (45;46), og det er baseret på semi-strukturerede telefoninterview med en udvalgt målgruppe af nøgleinformanter fra virksomheder og brancheorganisationer indenfor tre brancheområder i den private sektor. Delphi-studiet er gennemført af en tværfaglig projektgruppe med baggrund i psykologi og sociologi der består af forskere og rådgivere med indsigt i forebyggelse og håndtering af MSU på virksomhedsniveau.

#### 19.1.2. Ekspertudvælgelse, kriterier og sample karakteristika

I dette Delphi-studie, defineres en 'ekspert', som en informeret person, der vurderes at have professionel og praksisrelateret viden om emnefeltet (45). Et bærende kriterie for udvælgelsen af deltagere til ekspertpanelet var, at eksperterne repræsenterede en bred faglig indsigt med særlig viden om emnet. Intentionen med Delphi-studiet var at identificere et bredt udvalg af nøgleinformanter fra forskellige brancheorganisationer og virksomheder i den private sektor. Efter udarbejdelsen af de to første analyser (delrapport 1.1 og 2.1) og dialog med opdragsgiver, blev det besluttet at fokusere på fire brancheområder; persontransport, industri, detailhandel og finans i udformningen af ekspertpanelet.

Ekspertyperne blev identificeret gennem en 'snowball sampling' metode (44), hvor Norlives eget foreningsnetværk, brancheorganisationer og eksperterne selv har bidraget til at identificere relevante virksomheder og facilitere kontakt til mulige informanter indenfor deres brancheområde. Ekspertyperne blev rekrutteret løbende gennem Delphi-studiets indledende fase. Denne proces identificerede 17 potentielle ekspert-

deltagere. Potentielle ekspertdeltagere blev kontaktet via e-mail og et følgebrev med en kort beskrivelse af Delphi-studiets formål, og de spørgsmål og informationer der søges afdækket, samt praktiske anvisninger for deltagelse i projektet (se Bilag 1). Alle deltagere er blevet oplyst om brugen af data og anonymitet, og de har givet deres skriftlige tilsagn for deltagelse i Delphi-studiet. I tilfælde, hvor eksperter ikke havde mulighed at bidrage til studiet, blev de opfordret til at referere til en alternativ kontaktperson i den pågældende virksomhed eller brancheområde. Tolv ud af 17 eksperter meldte positivt tilbage og indvilgede i at deltage i ekspertpanelet. Tre eksperter fra virksomheder i de valgte brancheområder valgte ikke at deltage. De to begrundede det med tidspres, og den tredje svarede ikke på en række henvendelser over mail og telefon. To eksperter fra brancheorganisationer (en fra medarbejder- og en fra arbejdsgiver- side) valgte ikke at deltage. Den ene mente ikke, at hun havde viden og kompetencer indenfor området, mens den anden ikke svarede på henvendelser over mail og telefon.

De 12 deltagere i ekspertpanelet omfatter erfarne repræsentanter fra henholdsvis brancheorganisationer og virksomheder, samt en enkelt repræsentant fra beskæftigelsesområdet i en kommune. Indenfor områderne industri, detailhandel og finans omfatter panelet repræsentanter fra både arbejdsgiver- og medarbejder-siden samt fra en større virksomhed. På transportområdet omfatter repræsentanterne alene medarbejdersiden. Vi har særligt ønsket at inddrage repræsentanter fra brancheorganisationer med funktion som samarbejdskonsulenter. Som led i samarbejdsaftalen har parterne på arbejdsmarkedet nedsat et samarbejdsnævn, som tilbyder konsulentbistand til arbejdspladser indenfor LO's område. Konsulentbistanden tilbydes af samarbejdskonsulenter, som repræsenterer både arbejdsgiver- og arbejdstagersiden. Samarbejdskonsulenterne har tæt kontakt med et meget stort antal virksomheder, og kan derfor anses for at være særdeles gode informanter til Delfi-studiet. Samlet set er det vores vurdering, at antallet af deltagere og bredden i ekspertpanelets sammensætning er tilstrækkelig til, at studiet kan afdække relevante praksiserfaringer i forhold til arbejdspladsernes forebyggelse og håndtering af mentale sundhedsudfordringer. Tabel 1 giver et overblik over karakteristika for deltagerne.

**Tabel 1: Sammensætning af ekspertpanel**

<i>Panel karakteristika</i>	<i>Brancheorganisation</i>	<i>Virksomhed</i>	<i>Kommune</i>	<i>(N=Total)</i>
<b><i>Antal deltagere</i></b>				
<b><i>Køn</i></b>				
<i>Kvinde</i>	2	1		3
<i>Mand</i>	7	1	1	9
<b><i>Brancheområde</i></b>				
<i>Transport</i>	2	-		2
<i>Industri</i>	3	-		3
<i>Detailhandel</i>	2	1		3
<i>Finans</i>	2	1		3
<i>På tværs af brancher</i>			1	1

### 19.1.3. Struktur og procedure

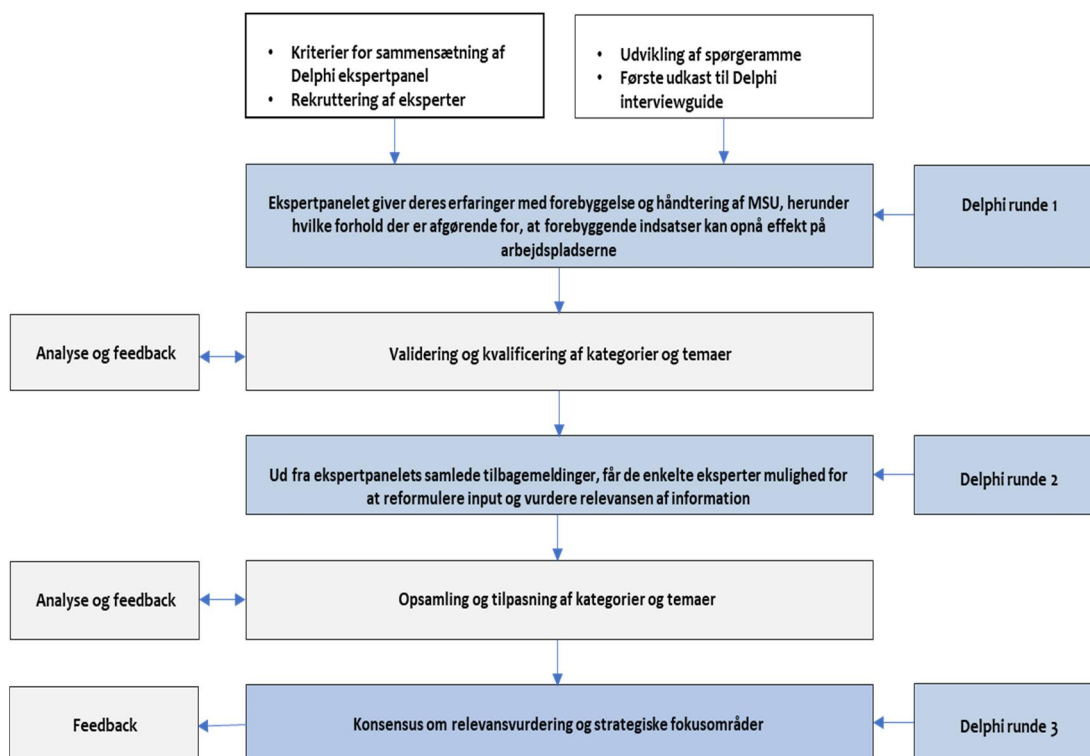
Delphi-studiet er gennemført som en proces i tre runder (41;44). Figur 1 præsenterer et overblik over struktur og procedure for Delphi-processen i et flow-chart. Den *første runde* af Delphi-studiet bestod af en forberedelsesfase og telefoninterview med ekspertpanelets deltagere. Projektgruppen fastsatte indled-

ningsvis kriterier for sammensætning af ekspertpanel og procedure for rekruttering. Sideløbende udførte projektgruppen et sæt relevante interviewspørgsmål. Interviewspørgsmålene er organiseret i seks kategorier og sammenfattet i en semistruktureret interviewguide (se Bilag 2). Interviewguidens kategorier er udviklet med udgangspunkt i specifikke målgrupper med særlige udfordringer kortlagt i Analyse 1, del 1, og perspektiverer de mekanismer, som er afdækket under Analyse 2, del 1. Projektgruppen har løbende diskuteret interviewguiden for at afklare forståelsesproblemer og for at sikre at alle relevante formål (undersøgelsesspørgsmål) var tilstrækkeligt adresseret.

To projektforskere tog telefonisk kontakt til ekspertpanelets deltagere for at gennemføre interview. I alt blev der gennemført 12 telefoninterview af en times varighed. Udover svar på de stillede interviewspørgsmål fik eksperterne også mulighed for at komme med egne yderligere overvejelser, der måtte være relevante, men som ikke var adresseret i guiden på forhånd. Delphi-studiets interviewmateriale blev efterfølgende transskriberet og analyseret som en tematisk indholdsanalyse (45). Den tematiske indholdsanalyse blev udført på tværs af ekspertinterview, og sammenfattet i 13 underliggende temaer fordelt i tre brede kategorier (se tabel 2 nedenfor).

I praksis blev den *anden og tredje runde* af Delphi studiet af tidsmæssige årsager udført parallelt. Eksperterne fik mulighed for dels at bidrage med feedback på den samlede sammenfatning af erfaringerne, og dels at afgive og deres vurdering og prioritering af de enkelte områder. Formålet var, at de enkelte eksperter kunne komme med input til reformulering af temaer i de tilfælde, hvor der var behov for det samt vurdere relevansen af den information der var produceret. Deltagerne i ekspertpanelet blev bedt om at bedømme de enkelte temaer (tema 1-13) ud fra en 5 punkt Likert skala (0-4), hvor 4 er meget relevant og 0 er mindst relevant. Formålet med bedømmelsen var at kunne opstille en prioriteret liste over de mest indflydelsesrige virkningsmekanismer med betydning for succesfulde MSU indsatser og opnå enighed om nogle strategiske fokusområder og sigtelinjer.

**Figur 1: Flowchart for Delphi-proces**



## 19.2. Resultater

### 19.2.1. Delphi runde 1: Ekspertpanelets erfaringer med MSU indsatser

Ekspertpanelets erfaringer er blevet sammenfattet og systematiseret indenfor tre overordnede områder: A) virksomhedsfokus, B) forebyggelsestiltag og C) omverdensfaktorer. Indenfor hvert af disse områder er der yderligere foretaget en opdeling af erfaringerne i relation til forskellige temaer.

Under område A:

- Arbejdspladsens tidlige indsats.
- Fokus på at klæde lederne på til at håndtere psykisk arbejdsmiljø og medarbejdere der mistrives.
- Huske opmærksomhed på ledernes eget psykiske arbejdsmiljø.
- Understøtte samarbejdsstruktur mellem ledelse og medarbejdere.
- Målrettet støtte til små- og mellemstore virksomheder (SMV'er).

Under område B:

- Differentiere ud fra den konkrete situation fremfor tilbud til særlige målgrupper.
- Forebyggelse af krænkende adfærd.
- Efterlysning af dialogbaserede praksisrettede forskningsprojekter.

Under område C:

- Anvendelse af eksterne ressourcepersoner og rådgivning.
- Anvendelse af eksterne branchespecifikke netværk.
- Samarbejde mellem arbejdspladser og behandlere.
- Fokus på skræddersyede behandlingsforløb
- Fokus på udviklingstendenser/vilkår.

Tabel 2 giver en oversigt over eksperterfaringerne fordelt på ovennævnte områder og temaer.

**Tabel 2: Oversigt over eksperterfaringer efter områder, tema og indhold**

<b>OMRÅDE A: VIRKSOMHEDSFOKUS</b>	
<i>Tema</i>	<i>Indholdsanalyse</i>
1. Arbejdspladsens tidlige indsats	a) Medarbejdere, som er i mental balance, skaber et bedre produkt og er mere kreative. Der er brug for opmærksomhed på, at det koster virksomhederne rigtig mange penge at have medarbejdere, der ikke er i mental balance.
	b) Støtte lederen i at blive opmærksom på, at en medarbejder er i begyndende mistrivsel (før sygemelding indtræffer).
	c) Vigtigt at indsatser medtænker støttende kommunikationsformer med sygemeldte, og betoner at han/hun under sygemeldingen mangler på sin arbejdsplads, og at der er brug for vedkommende
	d) Indsatser rettet mod fastholdelse af psykisk sårbare medarbejdere, hvor der er særligt fokus på implementering af tiltag og på, at tiltagene balanceres mod de økonomiske og tidsmæssige udfordringer i den daglige drift.
	e) Gode erfaringer med simpel model, hvor farverne rød, gul og grøn indikerer medarbejderens psykiske belastning, og som samtidig peger på tilpassede indsatser. Modellen skal give medarbejdere og ledere et tydeligere sprog

	<p><i>omkring stress, og bedre adgang til handlemuligheder.</i></p> <p>f) <i>Vigtigt at kunne skelne travlhed og stress og dermed blive bedre til at håndtere den farlige stress. Der er en fare for, at stress bliver negligeret som travlhed, Det bliver et hverdagsbegreb, som giver ufølsomhed overfor forskellen.</i></p>
2. <i>Fokus på at klæde lederne på til at håndtere psykisk arbejdsmiljø og medarbejdere der mistrives</i>	<p>a) <i>Der er behov for ledelsesudvikling med fokus på håndtering af psykiske sundhedsproblemer. Det handler om at udvikle ledelsesstilen og fremme en kultur, som er præget af psykologisk tryghed, hvor man kan komme til sin chef, hvis man har nogle personlige problemer og hvor medarbejderne tages med på råd ift. tilrettelæggelsen af arbejdsopgaver og løsninger i svære situationer</i></p> <p>b) <i>Vigtigt at mobilisere de rette kompetencer, så ledelsen bliver bevidst om, hvad deres rolle og ansvar er, især når det handler om tilrettelæggelse af arbejdet.</i></p> <p>c) <i>Fokus på dialog og samarbejde mellem ledelse og medarbejder for at hjælpe medarbejderen tilbage i trivsel, inden situationen udvikler sig til det værre.</i></p> <p>d) <i>Lederne har brug for informationer fra medarbejderne for at kunne handle, men i en presset branche tør medarbejderne ofte ikke ytre sig. Det er et dilemma.</i></p> <p>e) <i>Lederne har ofte vilje til at gøre noget, men er nervøse for at komme for tæt på og overskride en personlig og privat grænse.</i></p> <p>f) <i>Erfaringsdeling mellem ledere, sådan at konkrete indsigter og erfaringer fra de forskellige forløb bliver givet videre til støtte i situationer, hvor lederen har relativt lidt erfaring. Gode erfaringer med HR-netværk og ledelsesnetværk for erfarne ledere, som efterspørger viden om psykisk arbejdsmiljø og håndtering af mentale sundhedsudfordringer, balance mellem arbejdsliv og privatliv og stress.</i></p> <p>g) <i>Inddragelse af HR-støtte til udvikling af fælles retningslinjer på tværs af afdelinger og som sparringspartner for lederen omkring dialog og handlemuligheder.</i></p>
3. <i>Huske opmærksomhed på ledernes eget psykiske arbejdsmiljø</i>	<p>a) <i>Psykisk arbejdsmiljø kan indgå i ledernes opkvalificering, men ofte er det ledernes rammer for ledelse, som er problemet, og ikke deres individuelle kvalifikationer.</i></p> <p>b) <i>Fokus på at afhjælpe arbejdspresset og krydspres på ledere mellem forventninger ovenfra og nedenfra, så de bliver i stand til at håndtere medarbejdere der mistrives.</i></p> <p>c) <i>Ledere er i samme omfang som medarbejdere underlagt præstationskultur og kan stå med modsatrettede målsætninger, som de skal leve op til.</i></p> <p>d) <i>På nogle områder, fx detailhandel, er lederne (som er på fast løn) langt mere udsat for stress end medarbejderne (som er på timeløn). Lederne påtager sig selv de ekstra arbejdsopgaver.</i></p>
4. <i>Understøtte samarbejdsstruktur mellem ledelse og medarbejdere</i>	<p>a) <i>Vigtigt fokus på virksomhedens sociale kapital, kulturen og arbejdet med tillid mellem leder og medarbejdere.</i></p> <p>b) <i>Behov for at få defineret arbejdsdeling mellem tillidsrepræsentanter, arbejdsmiljørepræsentanter, og nærmeste leder (TRIO) samt skabe større klarhed om henholdsvis ledelsens, arbejdsmiljø- og tillidsrepræsentanternes rolle i arbejdsmiljøorganisationen og samarbejdsudvalget ift. mentale sundhedsudfordringer. En fast rutine ift. hvornår arbejdsmiljøgruppen mødes, skaber typisk et bedre grundlag for at kunne spotte psykiske belastninger.</i></p> <p>c) <i>Tilstedeværelse af intern kontaktperson (ressourceperson) der har mandat til at være opsøgende over for de øvrige medarbejdere omkring trivsel og formidle kontakt til psykolog, tillidsrepræsentant og/eller leder, men ikke går videre med oplysninger til ledelsen.</i></p> <p>d) <i>Brug af samarbejdskonsulenter som repræsenterer både arbejdsgiver- og medarbejdersiden i situationer med konflikter og behov for mægling. Samarbejdskonsulenternes balancering af arbejdsgiver- og medarbejderside sikrer at indsatser til forbedring af det psykiske arbejdsmiljø både bliver med fokus på medarbejdernes trivsel og virksomhedens produktivitet. Dette giver en fælles oplevelse af at disse hænger sammen, og ikke er modsætninger.</i></p> <p>e) <i>Fra stress til trivsel repræsenterer et nyt fokus, der i højere grad fører til samarbejde mellem arbejdsgiver- og medarbejderside.</i></p> <p>f) <i>Målrrettede specialkurser om psykisk arbejdsmiljø kan give kompetenceløft til tillidsvalgte så de kan indgå i dialog med ledelsen om mønstre i de sager, som opstår på arbejdspladsen, og bruge denne viden aktivt i forebyggelsesøjemed</i></p> <p>g) <i>Hvis en virksomhed lægger op til, at medarbejderen både kan gå til nærmeste leder, tillidsrepræsentant, arbejdsmiljørepræsentant og HR-afdeling, når han/hun har problemer, så vil medarbejderen opleve flere ressourcer til</i></p>



	<i>rådighed</i>
	<i>h) Nøglen til et godt samarbejde mellem ledelse og medarbejder er en forventningsafstemning af, hvad parterne forventer af hinanden, og et kontinuerligt fokus på relationen mellem leder og medarbejder.</i>
	<i>i) Det er et problem ift. nærhedsprincippet, når arbejdsmiljørepræsentanten skal varetage ansvaret for flere geografisk spredte arbejdspladser.</i>
<i>5. Målrettet støtte til små- og mellemstore virksomheder</i>	<i>a) Mange små og mellemstore virksomheder har en mere pragmatisk tilgang i deres virksomhed, hvor problemer bliver løst som de opstår. De arbejder altså ikke præventivt, som de større virksomheder måske har nemmere ved.</i>
	<i>b) Sikre forebyggelsesfokus i mindre virksomheder, og især hos dem, der ikke har oplevet medarbejdere med mentale sundhedsudfordringer.</i>
	<i>c) Små og mellemstore virksomheder har ikke de samme muligheder om de store. De store er mindre nervøse for at ansætte medarbejdere med tidligere mentale sundhedsproblemer.</i>
	<i>d) Vigtig at understøtte små og mellemstore virksomheder i at reflektere over egen drift, og at der tages udgangspunkt i konkrete problemstillinger i virksomheden. Midler til forbedringsprojekter fører ikke i sig selv til mere refleksion, da det kræver at medarbejderne fjernes fra deres sædvanlige opgaver for at fokusere på forbedringen. Forebyggende indsatser bør understøtte tid og rum til refleksion, og sikre at der er kompetent arbejdskraft til rådighed, som kan erstatte de medarbejdere, der går fra.</i>
	<i>e) I små og mellemstore virksomheder er der sjældent stor afstand mellem medarbejdere og ledere, og der er bedre rum for dialog og hurtig handling. Dette skyldes, at den organisatoriske afstand mellem tillidsrepræsentanten og ledelsen er meget lille. Ulempen er til gengæld, at grundet virksomhedens størrelse, rammer det virksomheden hårdt, hvis en medarbejder bliver sygemeldt i en periode.</i>
	<i>f) Små og mellemstore virksomheder har ikke ressourcer internt til at arbejde med udvikling af virksomheden, og derfor må de ofte hyre eksterne ressourcepersoner ind. Det er vigtigt, at disse eksterne ressourcepersoner har kompetencen til at få virksomhedens ledere til at lytte og tage sig tid til at arbejde med forbedringerne.</i>
	<i>g) Forbedringsprojekter med fokus på det forebyggende arbejde med mentale sundhedsudfordringer i små og mellemstore virksomheder bør have et bredt fokus, og dermed både handle om produktivitet, arbejdsmiljø og kvalitet på samme tid.</i>
<b>OMRÅDE B: FOREBYGGELSESTILGANG</b>	
<i>Tema</i>	<i>Indholdsanalyse</i>
<i>6. Differentiere ud fra den konkrete situation fremfor tilbud til særlige målgrupper</i>	<i>a) Behov for at betone et helhedsorienteret fokus på, hvordan medarbejderen kan få et godt arbejdsliv hele vejen igennem og i sidste ende blive længere på arbejdsmarkedet, og samtidig stadig have både fysisk og mentalt overskud, når de går på pension.</i>
	<i>b) Ikke behov for særlige tiltag mod mentale sundhedsudfordringer rettet mod specielle grupper af medarbejdere, som ikke kan tilbydes til nogle andre.</i>
	<i>c) Vigtig at sikre, at alle medarbejdere får de samme muligheder, og at indsatsen kan tilpasses den situation, den enkelt står i (livssituation og type af arbejde). Virksomheden skal kunne rumme, når medarbejderen står med private problemer, fx efter dødsfald eller skilsmisse.</i>
	<i>d) Centralt at operere med et forebyggelsesfokus, som er aldersafhængigt, og i stedet fokusere på psykisk belastende livssituationer. Det aldersafhængige livsfase-begreb kan gøre det legitimt for medarbejdere i alle aldre at arbejde mindre i perioder med stor belastning eller andet livsfaserelateret.</i>
	<i>e) Det kan være en udfordring, når de helt unge, særligt i detailhandelen, alene bliver betragtet som billig arbejdskraft, uden opmærksomhed på deres særlige vilkår. Særligt er butikseleverne udsat. De bliver afprøvet, og de vil selv gerne gøre det rigtig godt. Det ender nogle gange galt.</i>
	<i>f) Indenfor persontransportområdet er der en god tradition for at ansætte personer, som ellers ville have svært ved at få et job (og dermed i risiko for at blive marginaliseret), og der er mange muligheder for at tage hensyn til disse medarbejdere (flexjob, nedsat tid, seniorordning).</i>
<i>7. Forebyggelse af krænkende adfærd</i>	<i>a) Brug for opmærksomhed på nye typer af sikkerhedsproblemer for medarbejderne i finanssektoren omkring kunderådgivning.</i>
	<i>b) Indenfor industriens område har samarbejdskonsulenterne overtaget</i>

	<p>Arbejdstilsynets tilsynsforpligtelser i forhold til mobning og seksuel chikane. Både medarbejdere og ledelse har mulighed for at henvende sig anonymt, hvis de oplever krænkende adfærd på arbejdspladsen.</p> <p>c) Vigtigt at fokusere på hele organisationen (IGLO), og på generelle retningslinjer imod mobning, som alle medarbejdere skal overholde, frem for 'heksejagt' på gerningsmænd</p> <p>d) Ledelsen har brug for redskaber til at håndtere den enkelte medarbejder, som er blevet udsat for mobning.</p>
8. Efterlysning af dialogbaserede, praksisrettede forskningsprojekter	<p>a) Behov for mere dialogbaseret forskning med fokus på, hvad der trykker og, hvor de psykiske problemer kommer fra (hvor i organisationen "den er gal") og på mulige vertikale og horisontale løsninger.</p> <p>b) Behov for metoder, som kan udfolde og analysere kompleksiteten i problemstillingen og føre til handlingsplaner, som kan rumme alle facetter og give mulighed for, at flere forskellige aktører kan være en del af løsningen.</p> <p>c) Behov for nytænkning omkring det forebyggende arbejdsmiljøarbejde, så der skabes plads til eksperimenter med nye modeller, som i højere grad kan omfavne et helhedsorienteret forebyggelsesperspektiv.</p> <p>d) Centralt at inddrage medarbejdernes erfaringer og engagere medarbejderne i udarbejdelsen af nye indsatser, så disse kan målrettes problematikker, som medarbejderne oplever. Dette gør også det efterfølgende implementeringsarbejde nemmere.</p>
<b>OMRÅDE C: OMVERDENSAKTØRER</b>	
Tema	Indholdsanalyse
9. Anvendelse af eksterne ressourcepersoner og rådgivning	<p>a) Behov for muligheder for at kontakte og gøre brug af ekstern rådgivning i forhold til dialog med medarbejdere, og hjælp til at lokalisere grundene til, at medarbejderen ikke trives, og tage denne viden med som grundlag for dialog og handling.</p> <p>b) Når virksomhederne får hjælp fra eksterne (fx samarbejdskonsulenter) til at lære at gennemføre trivselsundersøgelser og efterfølgende udarbejde handleplaner, kan de udvikle en professionel dygtighed til at håndtere det psykiske arbejdsmiljø.</p> <p>c) Virksomheder, som (støttet af eksterne ressourcepersoner) lærer at arbejde specifikt og udviklingsorienteret med det psykiske arbejdsmiljø, er ofte stolte af deres prioritering af arbejdsmiljø og mental sundhed, og samtidig kan de bruge mindre energi på det, fordi de har den basale og nødvendige viden</p> <p>d) I forhold til brug af eksterne rådgivere er det centralt at sikre, at de kan give den samme ekspertise over hele landet, og at rådgivere er i stand til at tilpasse sig virksomhedens værdier.</p> <p>e) Der er behov for, at Arbejdstilsynets kontrolindsats generelt bliver styrket, og at Arbejdstilsynet får bedre muligheder for at sikre godt arbejdsmiljø i relation til udbudsområdet. Der er i den forbindelse brug for tilsynsførende med branchekendskab.</p> <p>f) Brug af eksterne aktører sker typisk i situationer, hvor virksomheder skal udvikle nyt materiale/værktøjer på baggrund af eksisterende viden/forskning. Her kan eksterne rådgivere bidrage til at skabe legitimitet omkring indsats.</p> <p>g) Gode erfaringer med branchespecifikke, døgnåbne telefonlinjer i forbindelse med stress, ulykker og lignende, hvor medarbejdere kan ringe ind og få rådgivning og derefter blive henvist videre til rette instans</p> <p>h) Vigtigt at mange instanser går sammen, så der kommer mere ensretning i oplysning og materialer, da det kan være udfordrende for mange virksomheder at navigere i for meget forskellig information.</p>
10. Anvendelse af eksterne branchespecifikke netværk	<p>a) Mentale sundhedsudfordringer og psykisk arbejdsmiljø er meget komplekse problemstillinger, der er sjældent en 'one-size-fits-all' løsning. Man må arbejde utrolig branchespecifikt.</p> <p>b) Stort potentiale i, at brancherne arbejder mere sammen på tværs, så de kan dele erfaringer og viden. Hvad virker andre steder?</p> <p>c) Forskningen er ofte bagud i forhold til de erfaringer, som man allerede har indenfor et virksomhedsnetværk – dermed bliver erfarings- og vidensdeling mellem virksomheder et vigtigere redskab til at arbejdsmiljøet end forskningsresultater.</p>
11. Samarbejde mellem arbejdspladser og behandlere	<p>a) Virksomhederne savner dialog med behandlerne omkring behandling, indsats og koordinering med arbejdspladserne.</p> <p>b) Der er brug for mere fokus på, at arbejde kan være en del af behandling af</p>

	<p>mentale sundhedsproblemer. Det, at en virksomhed skaber rum for disse udfordringer, kan hjælpe mange mennesker.</p> <p>c) Et bedre og udvidet samarbejde mellem de forskellige kompetencepersoner, som arbejdsgiver, behandler og kommune, som er inde over, når en medarbejder bliver sygemeldt med mentale sundhedsudfordringer.</p> <p>d) Enkelte kommuner har uddannet 'fastholdelseskonsulenter', der skal understøtte ledelse og medarbejdere i implementeringen af indsatser ift langtidssygefravær og samarbejde med forskellige sundhedsfaglige personer (psykologer, fysioterapeuter, sygeplejerske osv.). Fastholdelseskonsulenten hjælper lederne med overblik over systemet og lovgivningen, og de fungerer som en neutral mægler for medarbejderen.</p> <p>e) Arbejdsmarkedstilknytning for særligt udsatte borgere kan understøttes gennem kommunale konsulenter, som fungerer som en kombination af virksomhedskonsulenter og mentorer eller mellemmand mellem borgeren og systemet.</p> <p>f) Virksomheder, som skal ansætte særligt udsatte borgere, har brug for økonomisk støtte, hjælp til det administrative og redskaber og viden om, hvordan de skal håndtere og forstå den udsatte borger.</p> <p>g) Behov for en bred vifte af ansættelsesmuligheder for udsatte borgere; både private virksomheder, socialøkonomiske virksomheder og private virksomheder med specielle afdelinger til udsatte borgere.</p>
12. Fokus på skræddersyede behandlingsforløb	<p>a) Behov for en bred vifte af kommunale behandlingstilbud: mod angst, stress, komplekse funktionsbegrænsninger osv. Den individuelle løsning er vigtigt! – i stedet for færdige pakker til alle udsatte borgere.</p> <p>b) Behov for at posttraumatisk stress kan blive anerkendt som arbejdsskade på det tidspunkt, hvor symptomerne faktisk dukker op, og ikke som nu, kun i det første halve år efter en hændelse er sket.</p>
13. Fokus på udviklingstendenser/ vilkår	<p>a) Behov for fokus på psykisk arbejdsmiljø og krænkende adfærd som kollektive fænomener, hvor også eksterne pres spiller ind på den interne kultur i virksomheden.</p> <p>b) Store generelle udfordringer både for medarbejdere og ledere er tidspres, uforudsigelighed og pres på kompetencer</p> <p>c) Forandringshastigheden er så intens, at vi har brug for at udvikle stabilitetsplatforme, hvor medarbejderne kan finde plads til at tilpasse sig. Det er afgørende, hvis vi skal knække kurven.</p> <p>d) Udbud skaber pres på pris og effektivitet – det går ud over de ansattes arbejdsvilkår i form af usikkerhed omkring jobsituation og vanskeligheder ved at opbygge gode sociale relationer og en stærk organisation på arbejdspladsen.</p> <p>e) Mange udfordringer er så omfattende, at de er svære at arbejde med. I dag påvirkes vi ikke kun af lokale forhold, med også af globale. Detailhandlen er fx et område, som præges af stærk international og national konkurrence, som presser tempo og arbejdsmiljø.</p> <p>f) Særligt i brancher med mange udenlandske aktører (fx transport), er der ikke den samme opmærksomhed på samarbejdsaftaler, og der er en stærk konkurrence i form af billig udenlandsk arbejdskraft og et udbudsbestemt marked.</p> <p>g) Mangel på arbejdskraft i nogle brancher betyder øget interesse i at holde på medarbejderne</p> <p>h) Den eksisterende lovgivning er ikke tilstrækkelig på dette område. Den lægger for meget ud til lederne selv at bestemme, om de vil gøre en indsats ift hele den del af arbejdsmiljøet, der handler om samarbejde.</p>

### 19.2.2. Delphi runde 2 og 3: Validering af input og relevansvurdering

Efter sammenskrivningen af ovenstående områder og temaer, har deltagerne i ekspertpanelet haft mulighed for at dels at kommentere og revidere i temaerne, og dels at prioritere dem indbyrdes. Der er indkommet 9 besvarelser fra ekspertpanelet. Resultatet af eksperternes prioritering af de enkelte temaer er scoret som gennemsnit på en skala fra 0-4, hvor 0 er laveste prioritering og fire er højeste prioritering. Den samlede prioritering af strategiske områder er anført under hvert tema i Tabel 3.

**Tabel 3. Delphi-panelets samlede prioritering af strategiske områder**

Kategorier og temaer	Prioritering
A: Virksomhedsfokus	
1. <i>Arbejdspladsens tidlige indsats</i>	3,8
2. <i>Fokus på at klæde lederne på til at håndtere psykisk arbejdsmiljø og medarbejdere der mistrives</i>	3,6
3. <i>Huske opmærksomhed på ledernes eget psykiske arbejdsmiljø</i>	3,0
4. <i>Understøtte samarbejdsstruktur mellem ledelse og medarbejdere</i>	3,1
5. <i>Målrettet støtte til små- og mellemstore virksomheder (SMV'er)</i>	1,9
B: Forebyggelsestilgang	
6. <i>Differentiere ud fra den konkrete situation fremfor tilbud til særlige målgrupper</i>	2,8
7. <i>Forebyggelse af krænkende adfærd</i>	2,1
8. <i>Efterlysning af dialogbaserede, praksisrettede forskningsprojekter</i>	2,8
C: Omverdensfaktorer	
9. <i>Anvendelse af eksterne ressourcepersoner og rådgivning</i>	3,2
10. <i>Anvendelse af eksterne branchespecifikke netværk</i>	2,1
11. <i>Samarbejde mellem arbejdspladser og behandlere</i>	3,0
12. <i>Fokus på skræddersyede behandlingsforløb</i>	2,3
13. <i>Fokus på udviklingstendenser/ vilkår</i>	2,1

Alle tretten temaer er af to eller flere af deltagerne blevet vurderet som relevante i en af de to højeste kategorier. To temaer (tema 1 og 2) skiller sig ud ved at have været vurderet som relevant i den højeste kategori af et stort flertal af deltagerne. Temaerne 3, 4, 9 og 10 er der ligeledes en høj grad af enighed om at prioritere højt. Ved de øvrige temaer er der en højere grad af spredning i besvarelsene. Der er ingen af temaerne, som der er enighed om at prioritere lavt (i de to laveste kategorier).

De nedenstående 6 temaer modtog en prioriteringscore på 3 eller mere fra ekspertpanelet:

Tema 1: Arbejdspladsens tidlige indsats.

Tema 2: Fokus på at klæde lederne på til at håndtere psykisk arbejdsmiljø og medarbejdere, der mistrives.

Tema 3: Huske opmærksomhed på ledernes eget psykiske arbejdsmiljø.

Tema 4: Understøtte samarbejdsstruktur mellem ledelse og medarbejdere.

Tema 9: Anvendelse af eksterne ressourcepersoner og rådgivning.

Tema 11: Fokus på samarbejde mellem arbejdspladser og behandlere.

### 19.3. Sammenfatning og konklusion på Delphi-studiet

Delphi-studiet er baseret på ekspertudtalelser fra et panel bestående af 12 udvalgte eksperter, som repræsenterer virksomheder og brancheorganisationer fra henholdsvis medarbejder- og arbejdsgiverside. Eksperterne repræsenterer brancheområderne persontransport, industri, detailhandel og finans. Ni af deltagerne har efterfølgende afgivet deres vurdering af relevansen af 13 temaer udledt på basis af interview med de 12 eksperter. Resultaterne udgør kondenserede gengivelser og sammenfatninger af eksperternes udtalelser og relevansbedømmelser. Der er ikke foretaget egentlige analyser eller fortolkninger af eksperternes udtalelser, men der er gennemført en udvælgelse og sammenskrivning af centrale temaer og områder.

På basis af ekspertpanelets samlede udtalelser og efterfølgende prioritering af de 13 temaer, er indholdet i de 6 højst prioriterede områder kondenseret nedenfor.

Prioriteringen af *tema 1, 'Arbejdspladsens tidlige indsats'* understreger behovet for at understøtte arbejdspladsernes kapacitet til at identificere MSU på et tidligt tidspunkt til gavn for både den ramte medarbejder såvel som for arbejdspladsen. Den understreger også, at der behov for et klart sprog om mentale sundhedsudfordringer, fx for at være i stand til at skelne stress fra travlhed og kunne kommunikere om problemerne på en enkel, respektfuld og støttende måde. Desuden peges på behovet for let tilgængelige handletiltag for at understøtte fastholdelse af medarbejdere med MSU.

Prioriteringen af *tema 2: 'Fokus på at klæde lederne på til at håndtere psykisk arbejdsmiljø og medarbejdere der mistrives'* understreger, at der er behov for at støtte ledernes muligheder for at håndtere psykiske sundhedsproblemer, herunder at udvikle ledelsesstilen, styrke ledernes kompetencer, sikre rammer og muligheder for at lederne kan tilegne sig den nødvendige viden om medarbejderens trivsel, fremme en kultur præget af psykologisk tryghed og dialog mellem ledere og medarbejdere og understøtte ledernes rolle og ansvar i relation til tilrettelæggelse af arbejdet. Dette kan fx ske gennem HR-netværk og ledelsesnetværk samt generelt gennem øget støtte og udveksling mellem ledelse og HR-funktioner.

Prioritering af *tema 3, 'Huske opmærksomhed på ledernes eget arbejdsmiljø'* peger på, at ledernes rammer for at udøve ledelse ofte er præget af en kombination af krydspres mellem forventninger ovenfra og nedefra og af et samtidigt stort arbejdspress. Ledere er i samme omfang som medarbejdere, og indenfor nogle områder i højere grad end medarbejderne, underlagt en præstationskultur. Selvom ledelsen spiller en væsentlig rolle i forhold til forebyggelse og håndtering af mentale sundhedsudfordring, er det vigtigt at være opmærksom på, at ledelsens faktiske rammer og muligheder ofte modarbejder ellers gode intentioner.

Prioritering af *tema 4: 'Understøtte samarbejdsstruktur mellem ledelse og medarbejdere'* peger på behovet for at understøtte arbejdsmiljøorganisationen (arbejdsmiljøorganisationen og/eller samarbejdsudvalget) og de tillidsvalgte i samarbejdet med ledelsen omkring MSU, fx forventningsafstemning omkring arbejdsdeling og roller, etablering af faste rutiner for møder og evt. supplement af de tillidsvalgte med interne ressourcepersoner, der har mandat til at være opsøgende over for øvrige medarbejdere omkring MSU. Endvidere kan målrettede specialkurser om psykisk arbejdsmiljø bidrage til kompetenceløft blandt tillidsvalgte. Ved at øge kompetencerne blandt de tillidsvalgte eller andre interne ressourcepersoner og styrke samarbejdet med ledelsen, vil medarbejderne have flere ressourcer til rådighed, hvis de oplever mentale sundhedsudfordringer.

Prioritering af *tema 9: Eksterne ressourcepersoner og rådgivning* peger på et behov for at kunne få ekstern rådgivning bl.a. i forbindelse med dialog med medarbejdere med MSU, lokalisering af årsager og handlemuligheder samt støtte til implementering af nye indsatser. Der påpeges et behov for ensretning af oplysningsmaterialer og lige adgang til ressourcepersoner over hele landet. Samtidig er der ønsker om, at rådgivning skal være tilpasset den enkelte virksomhed, og at de tilsynsførende i arbejdstilsynet skal have branchekendskab. Der er gode erfaringer med branchespecifikke, døgnåbne telefonlinjer med rådgivning, og der er gode erfaringer med ekstern hjælp (fx fra samarbejdskonsulenter som repræsenterer både ledelses- og medarbejdersiden i situationer med konflikter og behov for mægling) til udvikling af virksomhedernes kompetencer til selv at håndtere det psykiske arbejdsmiljø.

Prioritering af *tema 11: Samarbejde mellem arbejdspladser og behandlere* peger på et behov for dialog og koordinering mellem behandlere, kommune og arbejdspladser omkring behandlingsforløb og indsatser ved MSU. Virksomhederne kan spille en positiv rolle i forhold til fastholdelse af medarbejdere med MSU. Behandlere skal forstås i bred forstand. Der er gode erfaringer med kommunale ressourcepersoner, der understøtter samarbejdet med de sundhedsprofessionelle, støtter ledelsen (bl.a. i forhold til lovgivning) og fungerer som mentorer for medarbejdere ved langtidssygefravær. Virksomheder, som skal ansætte særligt udsatte borgere, har brug for økonomisk støtte, hjælp til det administrative og redskaber og viden om, hvordan de skal håndtere og forstå de udsatte borgere.

## 20. Opsamling og konklusion

Forebyggelse og håndtering af mentale sundhedsudfordringer er en kæmpeopgave, selv når der fokuseres på erhvervsaktive. Det giver derfor god mening at fokusere indsatserne på bestemte målgrupper, hvor det forventes, at indsatserne kan gøre en vigtig forskel. I denne rapport foreslås tre målgrupper, henholdsvis små og mellemstore virksomheder, ledelsen og unge og nyansatte. I rapporten begrundes dette valg, og for hver målgruppe gennemgås 'case'-eksempler på indsatser.

Eksemplerne er meget forskellige, og det skyldes, at de tre målgrupper er meget forskellige, og derfor har forskellige behov for indsatser. Der er imidlertid også et fællestræk, nemlig at alle indsatserne kan fortolkes i et ressourceperspektiv. Ressourcer skal forstås i bred forstand, dvs. ikke kun som økonomiske ressourcer. Forskellige ressourcemodeller skelner typisk mellem arbejdspladsbaserede ressourcer og personlige ressourcer:

*Personlige ressourcer* er personlige kompetencer, erfaringer eller egenskaber, som bidrager til løsningen af en arbejdsopgave (47;48). Eksempler på dette er viden og kunnen, optimisme, fysisk og mental energi osv.

*Arbejdspladsressourcer* er fysiske, psykologiske, sociale eller organisatoriske forhold på arbejdet, som bidrager til løsning af en arbejdsopgave eller mindsker omkostningerne ved at udføre opgaven (49-51). Et løfteredskab er fx en fysisk ressource, et godt socialt klima, hvor man kan få støtte og hjælp fra kolleger, er en social ressource, og indflydelse og medbestemmelse omkring arbejdsopgaverne er en organisatorisk ressource.

I denne sammenhæng kan man tilføje kategorien *samfundsmæssige ressourcer* i form af samfundsmæssige virkemidler (informations- og vidensportaler, konsulenter, etc.), som kan bidrage til at løse udfordringerne med at forebygge og håndtere mentale sundhedsudfordringer.

Ressourceproblematikken er mest evident for små og mellemstore virksomheder, som har færre personalemæssige og økonomiske ressourcer end større virksomheder. Indsatserne, der præsenteres som cases forbindelse med små virksomheder, har således fokus på tilførsel eller aktivering af eksterne ressourcer, fx finansiering udefra til gennemførelse af indsatsen, konsulentbistand til planlægning og gennemførelse af projektet, aktivering af virksomhedsnetværket, osv.

I afsnittet, der har fokus på ledelsen, har ressourcerne i det ene eksempel form af styrkelse af lederens kompetencer til at håndtere en konkret ledelsesmæssig udfordring, nemlig en 'truende' virksomhedsomorganisering og medarbejdernes bekymringer pga. virksomhedens usikre situation. I det andet eksempel har ressourcen form af hjælp fra andre til at være tovholdere, når komplicerede situationer med medarbejdere i 'krise' skal håndteres.

Vedrørende unge og nyansatte er der et eksempel med indsatser til styrkelse af ressourcerne blandt nyansatte sygeplejersker. Indsatserne handler om styrkelse af sygeplejerskernes faglige kompetencer, såvel som støtteordninger i form af mentorer og sociale netværk. De nævnte ressourcer mindsker de nyansattes usikkerhed forbundet med nyt stort ansvar og nye arbejdsopgaver, og dermed bidrager de til at forebygge udvikling af psykiske helbredsproblemer.

I Delphi-studiet blev eksperterfaringer indsamlet vedrørende indsatser for at forebygge og håndtere mentale sundhedsudfordringer. Experterfaringerne blev derefter tematiseret og prioriteret. De prioriterede temaer understøtter flere af de konklusioner, der er fremkommet i rapport 2.1 såvel som i denne

rapport. To temaer, som ekspertpanelet prioriterer højt i forhold til forebyggelsen af mentale sundhedsudfordringer er henholdsvis arbejdspladsens tidlige indsats og styrkelse af samarbejdsstrukturer på arbejdspladsen. Dette er i overensstemmelse med anbefalingen i rapport 2.1 (afsnit 9.3) som peger på, at skabelsen af kapable og robuste arbejdspladser er et vigtigt generelt indsatsområde i forebyggelsen af mentale sundhedsudfordringer. Et andet tema, der opnår en høj prioritering i Delphi-studiet, er fokus på at klæde lederne på til at håndtere det psykiske arbejdsmiljø og medarbejdere, der mistrives. Dette er i overensstemmelse med denne rapportes anbefaling om at gøre ledelsen til en vigtig målgruppe for indsatser. Endvidere peger resultaterne fra Delphi-studiet på vigtigheden af adgang til resourcepersoner og rådgivning og af et godt samarbejde mellem arbejdspladser og behandlersystemet. Disse resultater stemmer godt overens med anbefalingen i rapport 2.1 (afsnit 9.4). om, at en vigtig generel indsats er at styrke sammenhængen mellem virksomhedernes behov for støtte og samfundets ressourcer, og mere specifikt af vigtigheden af en koordineret indsats i forbindelse med den tertiære forebyggelse ved sygefravær og fastholdelse (afsnit 7.4).

Ligesom indsatserne for udvalgte målgrupper nævnt herover, så kan eksperterfaringerne opsamlet i Delphi-studiet forstås i et resourceperspektiv. Hvad enten det drejer sig om at styrke arbejdspladsens tidlige indsats, styrke samarbejdet om mentale sundhedsudfordringer på arbejdspladsen, styrke ledelsens muligheder for at håndtere mentale sundhedsudfordringer, bedre adgang til og udnyttelse af eksterne resourcepersoner eller understøttelse af samarbejdet mellem behandlersystem og virksomheder, så peger eksperternes erfaringer på, at indsatserne består i tilførsel eller aktivering af forskellige typer af ressourcer.

Man kan samlet sige, at det fælles mål for indsatserne beskrevet i denne rapport for at forebygge og håndtere mentale sundhedsudfordringer er at tilføre, aktivere eller styrke arbejdspladsressourcer personlige ressourcer eller samfundsmæssige ressourcer, hvorved der kan opnås fordele for både den enkelte erhvervsaktive, for arbejdspladsen, og for samfundet som helhed.

Ud over denne pointe, har analyserne, udført i disse rapporter, også afdækket andre pointer.

Den første pointe er, er der mangler videnskabelige undersøgelser af indsatser med hensyn til at forebygge og håndtere mentale sundhedsudfordringer, især vedrørende indsatser som ikke er rettet til den enkelte medarbejder (individrettede indsatser). Dette hænger sammen med:

Den anden pointe, som er, at de videnskabelige undersøgelser i højere grad har fokuseret på indsatser rettet mod individer (dvs. de enkelte medarbejdere) end på andre niveauer i organisationen (dvs. ledelsen, gruppen og arbejdspladsen som helhed), mens internationale anbefalinger og til dels praksiserfaringer vedrørende indsatser har den modsatte tendens.

Rapportens samlede analyser og resultater underbygger, at der er et tydeligt potentiale med hensyn til at bruge arbejdspladsen som arena til indsatser for at forebygge og håndtere mentale sundhedsudfordringer, og at der er et stort behov for yderligere viden om, hvordan indsatserne virker.



## 21. Bilag 1: Følgebrev til Delphi-studie panel

Kære xxx,

Vi kontakter dig i anledning af et projekt, som Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og TeamArbejdsliv er ved at gennemføre for Norliv (Foreningen af kunder i Nordea Liv og Pension).

Formålet med projektet er at afdække erfaringer med indsatser på arbejdspladsen til forebyggelse og håndtering af mentale helbredsudfordringer (primært stress, depression og angst). Hvilke forhold er afgørende for, at forebyggende indsatser kan opnå effekt på arbejdspladserne?

Sammen med litteraturstudier og registerbaserede analyser vil resultater fra interviewundersøgelsen indgå i en udredning, som skal bidrage til at kvalificere Norlivs beslutninger vedrørende kommende uddelinger af fondsmidler.

I den forbindelse ønsker vi at gennemføre (Delphi-studie) interviews (telefonisk) med udvalgte nøglepersoner om erfaringer med samt perspektiver og barrierer i forbindelse med forebyggende indsatser. Interviewet vil vare ca. en time. Forud for interviewet vil du få tilsendt en liste med de spørgsmål, som vi vil stille dig. Vi søger specifik viden og erfaringer med:

1. *Generel opmærksomhed omkring mentale sundhedsudfordringer (stress, depression, angst osv.) i branchen/virksomheden.*
2. *Ledelsens rolle og udfordringer ift. forebyggelse og håndtering.*
3. *Erfaringer knyttet til små- og mellemstore virksomheder?*
4. *Er der specielle problemstillinger knyttet til forskellige livsfaser (fx yngre og ældre medarbejdere?)*
5. *Brug af interne eller eksterne ressourcepersoner/aktører.*
6. *Vurdering af behov og ønsker ift. forebyggelse og håndtering af mentale helbredsudfordringer i branchen/ på området.*

Efter analysen af interviewene vil interviewpersonen blive præsenteret for en kortfattet sammenfatning af de væsentligste resultater, hvor vi yderligere vil bede om at få en vurdering af væsentligheden/prioriteringen af hvert enkelt punkt.

Vi er blevet henvist til dig af XX fra YY, der bidrager til projektet. Vi vil spørge dig, om du har mulighed for at stille op til et sådant interview på et tidspunkt i uge 46 (helst mandag eller tirsdag).

Vi håber, du har mulighed/lyst til at bidrage og vil svare tilbage på denne mail.

Med venlig hilsen

Karen Albertsen og Ulrik Gensby

## 22. Bilag 2: Delphi-studie interviewguide

### **Spørgeguide Delphi-studie**

Formålet med denne del af projektet er at afdække erfaringer med indsatser på arbejdspladsen til forebyggelse og håndtering af nedsat trivsel og psykiske helbredsproblemer (primært pga. stress, depression og angst). Hvilke indsatser virker? Hvad virker ikke? Hvad er vigtigt for, at en indsats skal virke?

Sammen med litteraturstudier og registerbaserede analyser vil resultater fra interviewundersøgelsen indgå i en udredning, som skal bidrage til at kvalificere Norlivs beslutninger vedrørende kommende uddelinger af fondsmidler til forebyggelse af mentale helbredsudfordringer.

Den specifikke formulering af spørgsmålene afhænger af respondentens aktuelle position og rolle. Spørgsmålene skal derfor konkret tilpasses respondenter. Nogle spørgsmål er ikke aktuelle for alle respondenter.

#### **Vi søger viden om erfaringer inden for følgende områder:**

Erfaringer med generel forebyggelse af psykiske helbredsproblemer inden for hhv passager-transport, industri og detailhandel, bygge-anlæg og kommunikation. Dvs. forebyggelse, som omfatter alle medarbejdere på arbejdspladserne.

Erfaringer med håndtering af problematikker knyttet til medarbejdere med allerede erkendte/opståede psykiske helbredsproblemer.

#### **Specifikt søger vi viden og erfaringer om:**

1. *Generel opmærksomhed omkring mentale sundhedsudfordringer (stress, depression, angst osv.) i branchen/virksomheden.*

Er der opmærksomhed i branchen/virksomheden ift. at understøtte et godt psykosocialt arbejdsmiljø? (forebygge udviklingen af mentale sundhedsudfordringer)

Kender du til specielle indsatser/initiativer for at forebygge eller håndtere trivselsproblemer eller psykiske helbredsproblemer i branchen/virksomheden?

Er der opmærksomhed i branchen/på området ift. at understøtte medarbejdere med psykiske helbredsproblemer i deres ansættelse?

Kender du til specielle indsatser/initiativer?

2. *Ledelsens rolle og udfordringer ift. forebyggelse og håndtering*

Ledernes oplevelser ift. viden, retningslinjer eller hjælp i relation til medarbejder med mentale helbredsudfordringer.

Ledernes oplevelse af samarbejdsrelationer og balance i hensyn til medarbejdere med MSU og andre medarbejdere.

Ledelsens erfaringer med og muligheder for tilpasninger af arbejdsopgaver (evt. efter sygemeldinger).

Tradition og erfaringer med samarbejde i TRIO om psykisk arbejdsmiljø?

Tradition og erfaringer med samarbejde i TRIO om håndtering af medarbejdere med mentale sundhedsudfordringer.

Ledernes erfaringer med at have medarbejdere ansat med psykiske problemer.

*3. Erfaringer knyttet til små- og mellemstore virksomheder?*

Er der specielle vanskeligheder eller fordele knyttet til små og mellemstore virksomheder ift. forebyggelse og håndtering af MSU?

*4. Er der specielle problemstillinger knyttet til forskellige livsfaser (fx yngre og ældre medarbejdere?)*

Hvis branchen/virksomheden har indsatser omkring forebyggelse og håndtering af psykiske helbredsproblemer eller nedsat trivsel blandt medarbejdernes: Er der særlig opmærksomhed på forskellige livsfaser; fx unge og nyansatte eller ældre medarbejdere?

Erfaringer med særlige indsatser ift. oplæring af nyansatte?

Erfaringer med særlige seniorordninger?

Erfaringer med særlige hensyn til andre grupper?

*5. Brug af interne eller eksterne ressourcepersoner/aktører*

Erfaringer med brug af eksterne eller interne ressourcepersoner i forbindelse med generel forebyggelse eller forbedringer af det psykosociale arbejdsmiljø?

Erfaringer med brug af eksterne eller interne ressourcepersoner i forbindelse med ansatte med MSU (herunder TTA og behandlingsindsatser)?

*6. Vurdering af behov og ønsker ift. forebyggelse og håndtering af mentale helbredsudfordringer i branchen/ på området*

Behov for viden, støtte, tilbud, konkret vejledning og hjælp?

Hvad er de bedste/mest effektive indsatser for at forebygge psykisk mistrivsel og psykiske helbredsproblemer i branchen/på virksomheden?

Hvad er de største udfordringer i branchen/på virksomheden med hensyn til at forebygge psykisk mistrivsel og psykiske helbredsproblemer?

## 23. Bilag 3: Feedback fra ekspertpanelet

Kære xxx,

Tak for en god interviewsamtale omkring dine erfaringer med forebyggelse og håndtering af mentale sundhedsudfordringer på arbejdspladsen.

Vi har nu sammenfattet dine eksperterfaringer med de andre eksperters erfaringer i tre brede kategorier med en række underliggende temaer. Se vedhæftede word dokument.

Vi håber meget, at du har mulighed for at bidrage til at kvalitetssikre vores sammenfatning ved at bekræfte, at dine erfaringer er afspejlet i materialet. Du har mulighed for at reformulere teksten de steder, hvor du mener, der er behov for det. Dine kommentarer skal indføres i dokumentet.

Dernæst vil vi gerne bede dig om at vurdere de enkelte temaer (tema 1-13) ud fra, hvilke temaer du vurderer bør prioriteres som fremtidens indsats til forebyggelse og håndtering af mentale sundhedsudfordringer.

Du giver din vurdering ved at score hvert tema (tema 1-13) fra 0-4, hvor 4 er meget relevant og 0 er mindst relevant.

Ekspertpanelets samlede relevansvurdering vil efterfølgende blive anvendt som bidrag til NORLIV's videre strategiproces for udvikling af programindsatser til forebyggelse og håndtering af mentale sundhedsudfordringer.

Tidsfristen for din tilbagemelding på kvalitetssikring og relevansvurdering er fredag d. 24 november.

Hvis du har spørgsmål vil jeg gerne have du kontakter mig hurtigst muligt på mail eller mobil (se kontaktinfo nedenfor):

Tak for din tid og indsats.

Med venlig hilsen

Karen Albertsen og Ulrik Gensby

### Reference List

- (1) Clarke S. Creating a healthy small business. In: Day A, Kelloway EK, Hurrell Jr JJ, editors. *Workplace Well-being*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2014. p. 281-98.
- (2) Hasle P, Limborg HJ. A review of the literature on preventive occupational health and safety activities in small enterprises. *Industrial health* 2006;44:6-12.
- (3) MacEachen E, Kosny A, Scott-Dixon K, Facey M, Chambers L, Breslin C et al. Workplace health understandings and processes in small businesses: A systematic review of the qualitative literature. *J Occup Rehabil* 2010;20:180-98.
- (4) Masi D, Cagno E. Barriers to OHS in small and medium-sized enterprises. *Safety Science* 2015;71:226-41.
- (5) Dugdill L, Kavanagh C, Barlow J, Nevin I, Platt G. The development and uptake of health and safety interventions aimed at small businesses. *Health Edu J* 2000;59:157-65.
- (6) Limborg HJ, Grøn S, Jensen MF. Research Note: Networking among small and medium-sized enterprises: Meeting the challenge of promoting safety and health measures. *Small Enterprise Research* 2014;21(2):214-22.
- (7) Kvorning LV, Grøn S, Limborg HJ. Fra arbejdsmiljøindsats til daglig praksis i små virksomheder. *Tidsskrift for Arbejdsliv* 2016;1:51-72.
- (8) Kvorning, L. V. K. En Realistisk Evaluering af Forebyggelsespakkerne - en arbejdsmiljøindsats målrettet små virksomheder i auto- og bygge- og anlægsbrancherne [Ph.D.-afhandling]. Københavns Universitet; 2015.
- (9) Mullen J, Kelloway EK. Occupational Health and Safety Leadership. In: Quick JC, Tetrick LE, editors. *Handbook of Occupational Health Psychology*. 2 ed. Washington,DC: American Psychological Association; 2011. p. 357-72.
- (10) Skakon J, Nielsen K, Borg V, Guzman J. Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress* 2010;24(2):107-39.
- (11) Tsutsumi A. Development of an evidence-based guideline for supervisor training in promoting mental health: literature review. *J Occup Health* 2011;53(1):1-9.
- (12) Kelloway EK, Barling J. Leadership development as an intervention in occupational health psychology. *Work & Stress* 2010;24(3):260-79.
- (13) Avolio BJ, Reichard RJ, Hannah ST, Walumbwa FO, Chan A. A meta-analytic review of leadership impact research: Experimental and quasi-experimental studies. *The Leadership Quarterly* 2009;20:764-84.

- (14) Andersen, M. F., Buchardt, H. L., Friberg, M. K., and Aust, B. Ledernes udfordring og muligheder i håndtering af medarbejdere med psykisk relaterede trivsels- og fraværs problemer. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2016.
- (15) Lederne. Stress. www lederne dk 2015 April 13; Available from: URL: <https://www.lederne.dk/presse-og-nyheder/undersogelser/arbejdsliv/stress/>
- (16) Akademikernes Centralorganisation. Stress. Akademikernes Psykiske Arbejdsmiljø. AC; 2015.
- (17) Arbejdsmiljø København. Tidlig Indsats - ved fravær og mistrivsel. [https://amk.kk.dk/sites/amk.kk.dk/files/tidlig\\_indsats\\_pjece.pdf](https://amk.kk.dk/sites/amk.kk.dk/files/tidlig_indsats_pjece.pdf) . 2017. Arbejdsmiljø København. 20-11-2017.
- (18) Theorell T, Emdad R, Arnetz B, Weingarten AM. Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. Psychosom Med 2001 September;63(5):724-33.
- (19) Due, P., Diderichsen, F., Meilstrup, C., Nordentoft, M., Obel, C., and Sandbæk, A. Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2014.
- (20) Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health perspective. Lancet 2007;369:1302-13.
- (21) Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, Waltoft BL, Agerbo E, McGrath JJ et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. JAMA Psychiatry 2014;71(5):573-81.
- (22) Madsen IE, Aust B, Burr H, Carneiro IG, Diderichsen F, Rugulies R. Paid care work and depression: a longitudinal study of antidepressant treatment in female eldercare workers before and after entering their profession. Depress Anxiety 2012;29(7):605-13.
- (23) Borg V, Nexø MA, Kolt IV, Andersen MF. Arbejdsevne. Hvordan påvirker mentale helbredsproblemer arbejdsevnen? Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2010. p. 115-90.
- (24) Galán SK. Unge hører til de mest udsatte på arbejdsmarkedet. Magasinet Arbejdsmiljø [10], 4-5. 2017.
- (25) Nielsen ML, Dyreborg J, Kines P, Nielsen KJ, Rasmussen K. Exploring and expanding the category of 'young workers' according to situated ways of doing risk and safety-a case study in the retail industry. Nordic Journal of Working Life Studies 2013;3(3):219.
- (26) Nielsen, M. L., Dyreborg, J., Kines, P., Ozmec, M., Nielsen, K. J., and Rasmussen, K. Sikkert arbejde for unge. Afslutningsrapport til Arbejdsmiljøforskningsfonden, Projekt nr. 12-2010-09. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2014.
- (27) Aust, B., Jakobsen, L. M., Jaspers, S. Ø., Jørgensen, A., Nordentoft, M., and Jensen, A. B. Psykosociale arbejdsmiljøinterventioner - Hvad virker? En systematisk gennemgang af forskning i interventioner rettet mod det psykosociale arbejdsmiljø samt en oversigt over viden om implementering af arbejdspladsinterventioner. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2017.
- (28) Edwards D, Hawker C, Carrier J, Rees C. A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse. International Journal of Nursing Studies 2015;52(7):1254-68.

- (29) Chen C, Lou M. The effectiveness and application of mentorship programmes for recently registered nurses: a systematic review. *Journal of nursing management* 2014;22(4):433-42.
- (30) Grawitch MJ, Ballard DW, Erb KR. To be or not to be (stressed): The critical role of a psychologically healthy workplace in effective stress management. *Stress and Health* 2015;31(4):264-73.
- (31) LaMontagne AD, Martin A, Page KM, Reavley N, Noblet AJ, Milner AJ et al. Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry* 2014;14:131.
- (32) van der Klink JJJ, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health* 2001;91(2):270-6.
- (33) Montano D, Hoven H, Siegrist J. Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health* 2014;14:135.
- (34) LaMontagne AD, Keegel T, Louie AM, Landsbergis PA. A systematic review on the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *Int J Occup Environ Health* 2007;13:268-80.
- (35) Kelloway EK, Day A. Building healthy workplaces: Where we need to be. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement* 2005;37(4):309.
- (36) Day A, Kelloway EK, Hurrell Jr JJ. *Workplace well-being: How to build psychologically healthy workplaces*. John Wiley & Sons; 2014.
- (37) Kristiansen, J., Aust, B., Andersen, S. R., Aabo, L., Christensen, A. B., and Jørgensen, A. Flerstretget indsats for at bevare og forbedre folkeskolelæreres psykiske trivsel - Resultater og erfaringer fra BALANCE-projektet. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2016.
- (38) Wåhlin-Jacobsen, CD., Nøhr Henriksen, L., Gupta, N., Abildgaard, JS., and Holtermann, A. Styrket arbejdsevne for medarbejdere i industrien (SAMI). Beskrivelse af effekter, implementering og videreføring. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (rapport); 2016.
- (39) Currier KF, Chan F, Berven NL, Habeck RV, Taylor DW. Functions and knowledge domains for disability management practice: A Delphi study. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 2001;44(3):133-43.
- (40) Sharkey SB, Sharples AY. An approach to consensus building using the Delphi technique: developing a learning resource in mental health. *Nurse education today* 2001;21(5):398-408.
- (41) Keeney S, Hasson F, McKenna HP. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies* 2001;38(2):195-200.
- (42) Soer R, Van der Schans CP, Groothoff JW, Geertzen JH, Reneman MF. Towards consensus in operational definitions in functional capacity evaluation: a Delphi Survey. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2008;18(4):389-400.
- (43) Beaumont D. Rehabilitation and retention in the workplace - The interaction between general practitioners and occupational health professionals: a consensus statement. *Occupational Medicine* 2003;53(4):254-5.
- (44) Lakke SE, Wittink Ht, Geertzen JH, Van der Schans CP, Reneman MF. Factors that affect functional capacity in patients with musculoskeletal pain: a Delphi study among scientists, clinicians, and patients. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2012;93(3):446-57.

- (45) Beaumont DG. The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study. *Occupational Medicine* 2003;53(4):249-53.
- (46) Moon NW, Baker PM. Assessing stakeholder perceptions of workplace accommodations barriers: Results from a policy research instrument. *Journal of Disability Policy Studies* 2012;23(2):94-109.
- (47) Hobfoll SE. The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing Conservation of Resources theory. *Applied Psychology: An International Review* 2001;50(1):337-421.
- (48) Xanthopoulou D, Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. The role of personal resources in the Job Demands-Resources model. *Int J Stress Manag* 2007;14(2):121-41.
- (49) Bakker AB, Demerouti E. The job demands-resources model:state of the art. *J Manag Psychol* 2007;22(3):309-28.
- (50) Halbesleben JRB, Neveu J-P, Paustian-Underdahl SC, Westman M. Getting to the "COR": Understanding the role of resources in the Conservation of Resources theory. *J Management* 2014;40(5):1334-64.
- (51) Le Blanc P, de Jonge J, Schaufeli W. Job Stress and Occupational Health. In: Chmiel N, editor. *An Introduction to Work and Organizational Psychology: An European Perspective*. 2 ed. Wiley-Blackwell; 2008. p. 119-47.