

Procesevaluering af Skuldercafé og Skuldervejledning i et cluster randomiseret studie

Foretaget i forbindelse med effektevalueringen:

*Reduktion af skulderbelastende arbejde og skulderproblemer
– et cluster randomiseret studie*

Procesevaluering af Skuldercafé og Skuldervejledning i et cluster randomiseret studie

Foretaget i forbindelse med effektevalueringen:

*Reduktion af skulderbelastende arbejde og skulderproblemer
– et cluster randomiseret studie*

Forfattere

Louise Deigaard Bruun, cand.scient.san.publ., videnskabelig assistent¹

Lene Bastrup Jørgensen, ph.d., lektor, Videnscenterleder, ^{1,2,3}

Mette Terp Høybye, ph.d., lektor, forskningsansvarlig antropolog^{1,2}

¹Forskningsenheden, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet
Silkeborg

²Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

³ Vestdansk Videnscenter for Neurorehabilitering, Regionshospitalet
Hammel Neurocenter, Neurologisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg,
Hospitalsenhed

Indholdsfortegnelse

Resumé	6
Abstract	8
Indledning	10
Baggrund	11
Præsentation af Skuldercafeen og Skuldervejledningen	13
Monitoreringsmetoder	13
Skuldercafeen	13
Skuldervejledningen	16
Metode	17
Procesevaluering og evalueringsspørgsmål	17
Dataindsamlings- og analysemetoder	18
Fokusgruppeinterviews	18
Individuelle interviews	19
Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi	19
Teoretisk referenceramme	20
Ethiske overvejelser	21
Resultater	23
Processer relateret til indsatserne	23
Implementering	24
Virksomme mekanismer og kontekstuelle faktorer	29
Begrænsninger ved procesevalueringen	43
Diskussion	44
Konklusion	46
Referencer	47
Bilag	49
Bilag 1: Samtykkeerklæring	50
Bilag 2: Interviewguide, fokusgruppeinterview	51
Bilag 3: Interviewguide, individuelle interviews, Skuldercafeen	55
Bilag 4: Interviewguide, individuelle interviews, Skuldervejledning	58
Bilag 5: Revideret programteori	61
Bilag 6: Indhold i Skuldercafeen og Skuldervejledning	62

Resumé

Baggrund: Forekomsten af skulderproblemer er højere hos medarbejdere i skulderbelastende erhverv end i den øvrige befolkning. Når behandling af denne målgruppe skal efterleve de gældende anbefalinger, kan den opleves som ukoordineret og fragmenteret. Den tværsektorielle indsats, Skuldercafeen, blev udviklet for at imødekomme dette med centrale elementer som *individuel skulderundersøgelse, arbejdspladsbesøg, undervisning i arbejdsstillinger samt skulderens anatomi, cafésamvær med ligestillede, træning som superviseret og usuperviseret hjemmetræning*. Indeværende procesevaluering er gennemført i forbindelse med en estimering af effekten af Skuldercafeen i et cluster-RCT studie.

Formål: At skabe viden, som kan bidrage til fortolkning af RCT-studiets resultater. Der er søgt indsigt i: 1) leveringen af Skuldercafeen og RCT-studiets kontrolindsats, 2) deltagerens oplevelse af indsatserne samt 3) kontekstuelle faktorerens betydning for indsatserne og deres effekt.

Metode: Syv individuelle interviews blev afholdt med deltagere fra Skuldercafeen og kontrolinterventionen, Skuldervejledning. Herudover blev et fokusgruppinterview afholdt med 12 af de medvirkende fysioterapeuter, inkl. en arbejdsmiljøkonsulent. Data blev analyseret med Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi, og teorien, *Diffusion of Innovations*, blev anvendt som teoretisk referenceramme for analysen.

Resultater: Indsamling af data har været abrupt og fragmenteret grundet tre skift af evaluator over en treårig periode. Af den grund har det ikke været muligt at producere det oprindeligt tiltænkte datamateriale og det eksisterende datagrundlag giver ikke mulighed for ligeligt fordelt at kunne besvare de tre spørgsmål i procesevalueringen.

1) Grundet lavt fremmøde af deltagere i Skuldercafé gruppemøderne, blev antallet af deltagende fysioterapeuter nedjusteret. På det givne datagrundlag er det uklart om det har medført ændringer i hvorledes indsatserne er leveret. 2) Informanterne opnåede generelt mere forståelse for, hvad der kan reducere skulderproblemer. Øvelsesprogrammets sværhedsgrad og progressionsmuligheder motiverede og kunne forvirre. Størstedelen af informanterne havde besvær med at afse tid til øvelserne i en travl hverdag, og for nogle deltagere, havde tidligere erfaring med skulderøvelsers effekt betydning for udførelsen af øvelser under forløbet. Muligheden for smalltalk og socialt samvær til café-møderne havde den positive betydning, at deltagerne fik andre at dele deres oplevelser med. 3) Flere kontekstuelle faktorer med betydning for indsatserne og deres effekt blev identificeret, herunder bevidsthed om at medvirke i et forskningsprojekt samt monitorering af deltagerne.

Konklusion: Deltagere rapporterede om forstærket forståelse for, hvad der kan reducere skulderproblematikker, men samtidig er det fundet, at inkorporering af smerteundervisning i undervisningen muligvis kan øge forståelsen yderligere. Den superviserede træning i Skuldercafeen gav mulighed for at gense den korrekte udførelse

af hjemmeøvelserne, men inkorporering af instruktionsvideoer, som foreslået af deltagerne, kan muligvis støtte deltagerne yderligere i rutinemæssig udførelse af øvelserne.

Deltagernes bevidsthed om at deltage i et forskningsprojekt og monitoreringen af deltagerne var kontekstuelle faktorer, som blev identificeret i procesevalueringen. Selvmonitorering har vist sig at være en effektiv adfærdsændringsstrategi i forbindelse med anden sundhedsadfærd, hvilket understreger, at anvendelsen af aktivtymåleren i projektet kan have indvirket på effekten af indsatsen i forhold til modificering af belastende arbejdsstillinger.

Abstract

Background: The prevalence of shoulder problems is higher among employees in shoulder loading occupations than in the rest of the population. When treatment of this target group must comply with the current recommendations, it can be perceived as uncoordinated and fragmented. The intervention, *Skuldercafeen*, was developed to meet this with key elements such as *individual shoulder examination, workplace visits, education in working positions and shoulder anatomy, café gatherings with peers, exercise as supervised and unsupervised home exercising*. This process evaluation was conducted during an effect evaluation of *Skuldercafeen*.

Aim: To create knowledge that can contribute to the interpretation of the results of the cluster-RCT study. Insights have been sought in: 1) the delivery of *Skuldercafeen* and the control intervention of the RCT study, 2) the participants' experience of the interventions and 3) the significance of contextual factors for the interventions and their effect.

Methods: Seven individual interviews were conducted with participants from *Skuldercafeen* and the control intervention, *Skuldervejledning*. In addition, a focus group interview was held with 12 of the participating physiotherapists, incl. a work environment consultant. Data were analyzed with Dahlager and Fredslund's hermeneutic analysis strategy, and the theory, Diffusion of Innovations, was used as a theoretical frame for the analysis.

Results: Data collection has been abrupt and fragmented due to three shifts of evaluator over a three-year period. For this reason, it has not been possible to produce the originally intended data material and the existing data base does not allow for an evenly distributed elucidation of the questions in the process evaluation.

1) Due to low attendance of participants in the group meeting of *Skuldercafeen*, the number of participating physiotherapists was reduced. On the given data basis, it is unclear whether this has led to changes in how interventions have been delivered. 2) The informants generally gained better understanding of what can reduce shoulder problems. The low degree of difficulty and the progression levels of the exercise program were motivating and confusing. The majority of the informants had difficulty allocating time for the exercises in a busy everyday life, and for some participants, previous experience with the effect of shoulder exercises had an impact on the performance of exercises during the course. The opportunity for small talk and social gatherings at the cafe meetings had the positive effect that participants could share their experiences with others. 3) Several contextual factors with significance for the interventions and their effect were identified, including awareness of participating in a research project as well as monitoring of the participants.

Conclusion: Participants reported enhanced understanding of what can reduce shoulder issues, but at the same time, it has been found that incorporating pain education may possibly increase their understanding further. The supervised exercise in *Skuldercafeen* provided opportunity to review the correct execution of the home exercises, but incorporation of instructional videos, as suggested by the participants, may possibly support the participants further in the routine execution of the exercises.

Participants' awareness of participating in research and the monitoring of the participants were contextual factors, identified in the process evaluation. Self-monitoring has proven to be an effective behavior change strategy in connection with other health behaviors, which emphasizes that the activity accelerometers may have influenced the effect of the intervention in relation to modifying stressful working positions.

Indledning

Rapportens omdrejningspunkt er en procesevaluering udført i forbindelse med en estimering af effekten af Skuldercafeen i studiet; *Reducer skulderproblemer i job: Et komplekst interventionsstudie*, ledet af ph.d.-studerende Jeanette Trøstrup (JT). Med et cluster-RCT-design videreudvikles og effektevalueres indsatsen, Skuldercafeen (SC), i studiet af Jeanette Trøstrup. SC har til formål at reducere skulderproblemer og forebygge længerevarende skulderproblemer, hos borgere i erhverv med skulderbelastende arbejdsstillinger (1). Mens interventionsstudiet evaluerer effekten af SC, kan en procesevaluering bidrage med viden om blandt andet kontekstens betydning for effekten og indsigt, som potentielt kan forklare forskelle mellem forventede og observerede effekter. Dette kan være særlig brugbart ved implementeringen (2).

Arbejdet med procesevalueringen har undervejs været overtaget af tre videnskabelige assistenter: Stine Holmegaard Christensen, Katrine Olesen Hinge og Louise Deigaard Bruun. Sidstnævnte stod for analyse og afrapportering. Procesevalueringen og rapporten er udarbejdet under sparring med forskningsansvarlig antropolog, lektor Mette Terp Høybye og lektor Lene Bastrup Jørgensen, der indgår i styregruppen for Jeanette Trøstrups studie. Studentervedhjælper, Melanie Astrup Bech Nielsen, bidrog til transskriberingen.

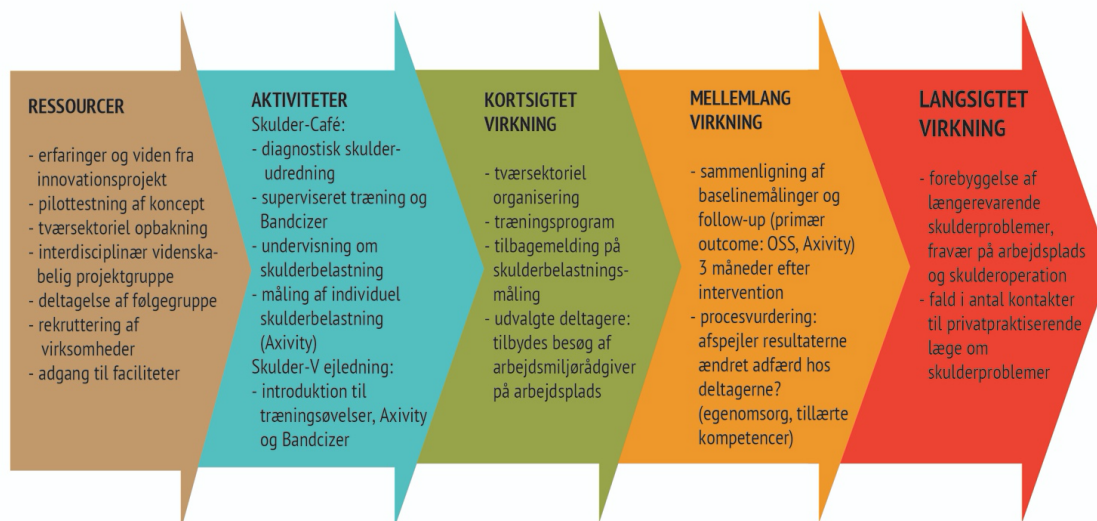
Baggrund

I sit baggrundsaftnit redegør Trøstrup (1) for relevansen af at udvikle en indsats, der kan forebygge skulderproblemer blandt borgere i erhverv med skulderbelastende arbejde. Her nævnes blandt andet, at risikoen for skulderproblemer og subacromiel impingement syndrom (SIS) er omkring dobbelt så høj hos borgere i erhverv med høje mekaniske skulderstillinger, end hos den generelle arbejdende befolkningsgruppe. Sundhedsstyrelsen (SST) anbefaler træning som førstevalg til behandling af skuldersmerter relateret til SIS, og når skulderproblemerne fremtræder i kombination med høje mekaniske arbejdsstillinger for skulderen, anbefales også arbejdsmodifikationer (1). For at leve op til disse anbefalinger, rummer behandlingen i dag ofte gentagne besøg ved forskellige sundhedsudbydere, og dette kan medføre at patienter oplever en fragmenteret og ukoordineret indsats (1).

I et forsøg på at gentænke de organisatoriske rammer for behandling af skulderproblemer, udførte tværfaglige og tværsektorielle aktører i Region Midtjylland innovationsprojektet "Et interaktivt Skulderløft" i 2013. Innovationsprojektet udviklede og afprøvede en indsats med et skuldercafe-koncept i tre kommuner og to virksomheder (3). Skuldercafeen (SV) blev dernæst omdrejningspunktet i interventionsstudiet af Trøstrup (1), som videreudviklede og effektevaluerede indsatsen med et cluster-RCT-design. Videreudviklingen af indsatsen er baseret på resultaterne fra en behovsanalyse udført i forbindelse med førnævnte innovationsprojekt. Her blev det fundet at borgere efterspurgte viden om årsag til skulderproblemerne og hjælp til selvhjælp (3), hvilket medførte at indsatsen blev suppleret med skulderbelastningsmålinger, undervisning i arbejdsmiljø og arbejdsmiljørådgivning.

Effektevalueringen i studiet af Trøstrup er udført ved at måle på reduktion af skulderproblemer og skulderbelastninger sammenlignet med kontrolindsatsen, Skuldervejledningen (SV). Herudover undersøgte studiet den relative betydning af dosis af skuldertræning og reducerede skulderbelastninger målt på reduktion af skulderproblemer samt undersøgte intensiteten af skuldersmerter som en prædikator for efterfølgende træning (1).

En procesevaluering er i stigende grad anerkendt som en metode til at producere vigtig viden om at udvikle og teste komplekse interventioner (4), hvorfor denne procesevaluering blev sat i værk. I nedenstående logiske model, er sammenhængen mellem indsatsens ressourcer, aktiviteter og virkninger illustreret.



Figur 1: Logisk model over Skuldercafeen og Skuldervejledningen

Forinden en gennemgang af procesevaluering som metode samt de pågældende evalueringsspørgsmål, beskrives SC og SV i følgende afsnit.

Præsentation af Skuldercafeen og Skuldervejledningen

Ideelt set udvikles en klar beskrivelse af dén indsats, som er omdrejningspunktet i en procesevaluering, og de underliggende antagelser om hvorledes indsatsen tænkes at virke, før selve evalueringen. Hermed kan tilrettelæggelsen af procesevalueringen indledes med at identificere hvilke elementer i indsatsen, der skal prioriteres til yderligere udforskning (4). Følgende beskrivelse af SC og SV er baseret på en studieprotokol (1), løbende dialog med JT og relevante projektdokumenter, såsom anmeldelsen til videnskabsetisk komite. Afsnittet indledes med en beskrivelse af RCT-studiets monitoreringsmetoder, som deltagere i begge indsatser blev målt med, men som ikke er en del af selve indsatserne.

Monitoreringsmetoder

Med henblik på at evaluere indsatsernes effekt med cluster RCT-studiet, blev deltagerne i begge indsatser monitoreret på følgende vis.

Axivity accelerometer: Til at monitorere arbejdsbelastningen skulle deltagerne måles med et Axivity accelerometer. Denne skulle anvendes over en periode på 1-5 arbejdsdage i starten og i slutningen af forløbet.

BandCizer censor: For at estimere træningsdosis blev BandCizer censor påført deltagerens træningselastik.

SMS'er: Intensiteten af deltagerens smerte blev monitoreret med sms'er to gange ugentligt med spørgsmål om smerter under aktivitet og hvile, hvor deltagerne skulle angive smerteintensiteten på en skala fra 0-10.

Træningsdagbog: Deltagerens fastholdelse (adherence) af træning under forløbet blev monitoreret ved, at de skulle udfylde en træningsdagbog.

Skuldercafeen

Tolv SC-forløb blev afholdt løbende fra sommeren 2017 til sommeren 2019. Som præsenteret i bilag 6, modtog deltagere i SC indledningsvist en individuel skulderundersøgelse. Dette foregik til det første af tre cafemøder, som blev afholdt med en måneds mellemrum. Til cafemøderne blev deltagerne undervist i skulderens anatomi og arbejdsstillinger, ligesom de fik tid til hyggesnak og erfaringsudveksling med hinanden. Til cafemøderne udførte deltagerne også superviseret træning med et træningsprogram, bestående af fire øvelser samt progressionsmuligheder. Samme træningsprogram skulle udføres som hjemmetræning 3-4 gange ugentligt. Endelig blev deltagerne tilbudt et arbejdspladsbesøg af en arbejdsmiljøkonsulent, der kunne hjælpe med at modificere belastende arbejdsstillinger (1).

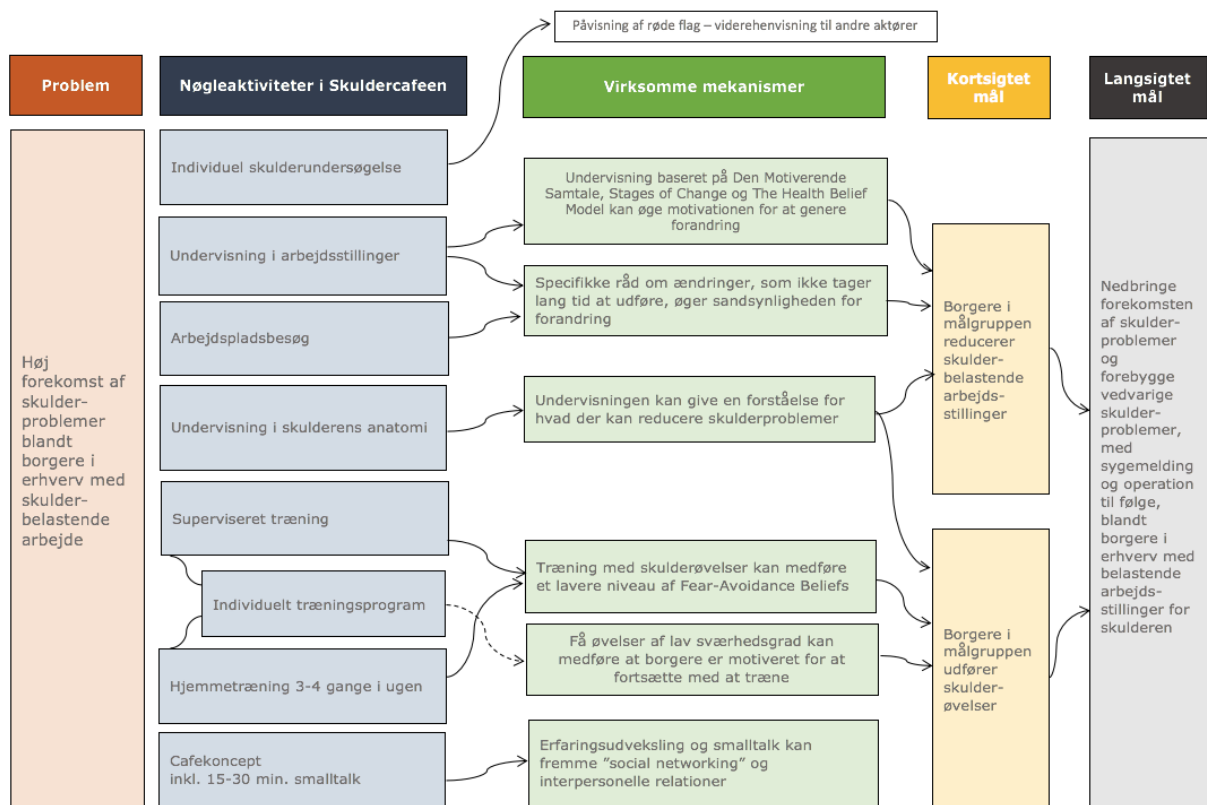
En eksplicit angivelse af de årsagsmæssige antagelser om hvordan interventionen vil virke, giver evaluator adgang til at undersøge plausibiliteten heraf (4). Udvalgte nøgleelementer fra SC samt de underliggende antagelser om hvorledes disse elementer tænkte at virke, er præsenteret i nedenstående tabel 1.

Tabel 1: Præsentation af Skuldercafeens nøgleelementer og dens underliggende antagelser

Nøgleelement	Antagelse bag elementet	Antagelse baseres på:
1. Cafemøder i lokale sundhedscentre, bl.a. med 15-30 min. hyggesnak	A) Hyggesnak og erfaringsudveksling over en kop kaffe/te kan føre til " <i>social networking</i> " og interpersonelle relationer (1) B) Cafekonceptet kan have positiv betydning for det daglige funktionsniveau. (1)	A) Common sense B) Forskningsfund
2. Individuel skulderundersøgelse ved første cafemøde	Undersøgelsen kan bidrage med en klinisk karakteristik af hver deltager, og derved også identificere røde flag og tilfælde hvor deltagere har behov for henvisning til anden aktør (1)	SST, national klinisk retningslinje
3. Undervisning om skulderens anatomi	Kan give en forståelse for hvad der kan reducere skulderproblemer (1)	Common sense
4. Undervisning om arbejdsstillinger (baseret på den motiverende samtale, Stages of change og The Health Belief Model), med fokus på specifikke modifikationer, som kan indføres indenfor et kort tidsperspektiv	A) Kan øge deltagerens motivation til selv at generere forandring (1) B) Der er større sandsynlighed for at ændringerne vil forekomme, hvis sundheds- og sikkerhedsråd er specifikke og ikke tager lang tid at implementere (1)	A) Teori B) Forskningsfund
5. Arbejdspladsbesøg	Kan bidrage med præcise forslag til modificering af arbejdsstillinger, som ikke tager lang tid at implementere. Dette kan øge chancen for at ændringerne forekommer (1)	Forskningsfund
6. Superviseret træning til hvert cafemøde, hvor øvelserne også demonstreres	A) Giver mulighed for korrektion af øvelsesudførelsen og for at få spørgsmål besvaret (1) B) Skulderøvelser kan reducere skulderproblemer (1) C) Skulderøvelser kan reducere niveauet af Fear-Avoidance Beliefs (FAB), som kan have betydning for hvorvidt et individ undgår fysisk aktivitet (1) (Disse antagelser ligger også bag element 7)	A) Common sense B) Forskningsfund C) Forskningsfund

7. Hjemmeøvelser 3-4 gange ugentligt ud fra et individuelt træningsprogram med få og lette øvelser, og pro- og regressionsmuligheder	Det lave antal øvelser og den lave sværhedsgrad af øvelserne kan sikre at borgeren fortsætter med at være motiveret til at træne (1) (se element 6)	Forskningsfund
--	--	----------------

Indsatsens underliggende antagelser kan tydeliggøres ved at blive skildret i en programteori (4). En programteori kan defineres som *"et sæt af sammenhængende antagelser, principper og påstande, som forklarer eller guider en social handling med henblik på at identificere, hvad der sker fra en interventions begyndelse, til der kan identificeres et outcome"* (6). Den rummer blandt andet virksomme mekanismer, som er de "triggere", der udløser en given effekt og er ansvarlige for, at der forekommer en forandring (6). Herudover indeholder en programteori også ofte kontekstuelle faktorer, som kan påvirke sammenhængen mellem indsatsen og effekten (6). Der forelå ikke en programteori forinden procesevalueringen. Den blev derfor efterfølgende udarbejdet på baggrund af den viden, der kunne indhentes fra de førnævnte kilder til beskrivelsen af indsatserne (se figur 2).



Figur 2: Programteori over Skuldercafeen

Som det kan ses i figur 2, er kontekstuelle faktorer ikke skildret i programteorien. Dette skyldes at disse først blev fremanalyseret i forbindelse med procesevalueringen. Endvidere er der ikke illustreret en sammenhæng (pil) mellem nederst præsenterede virksomme mekanismer og mulige kortsigtede og langsigtede mål, da det ikke har været muligt eksplicit at få indsigt i, hvordan erfaringsudveksling og smalltalk kan lede til de illustrerede mål.

Med afsæt i procesevalueringens data og analyse, blev programteorien af evaluator efterfølgende udbygget (se bilag 5), for at illustrere hvilke kontekstuelle faktorer, der kunne have været gældende under projektets afvikling af SC-indsatsen, samt hvorvidt de virksomme mekanismer, præsenteret i figur 2, kunne bekræftes, afkræftes eller justeres yderligere af data.

Skuldervejledningen

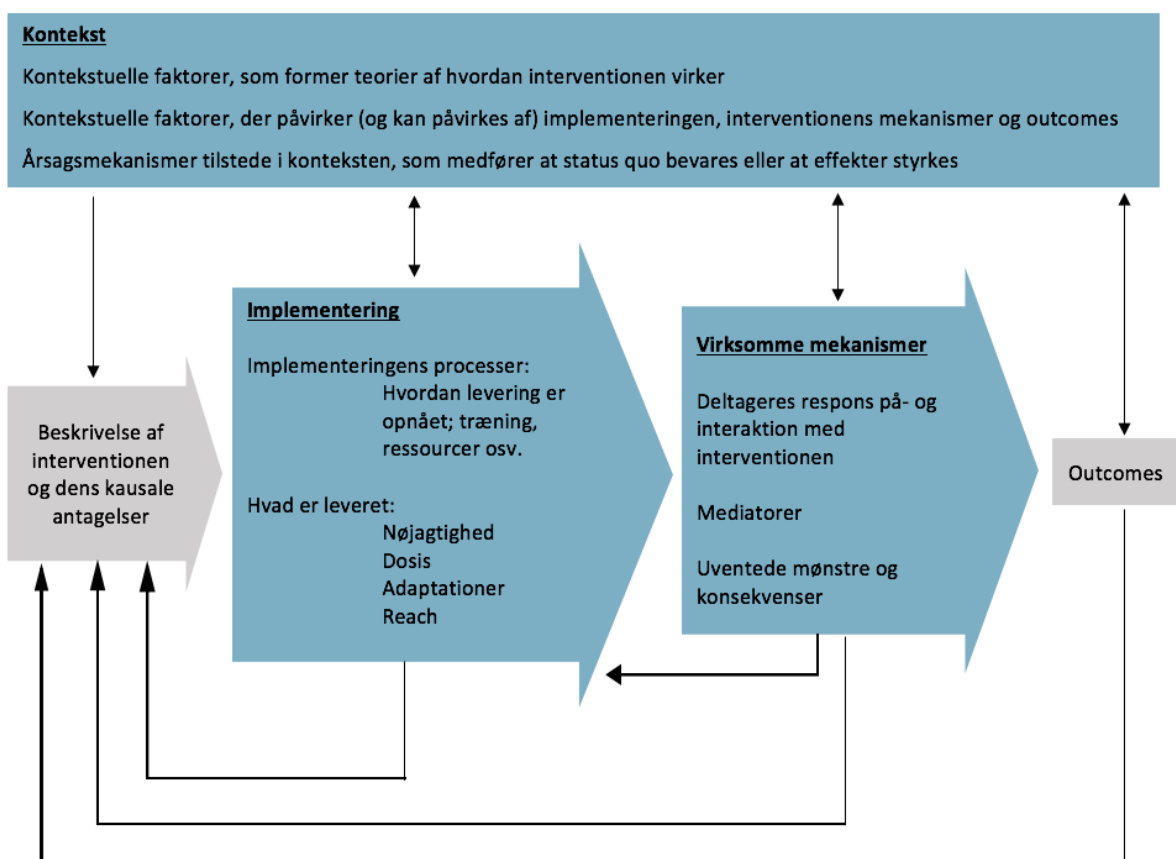
Tolv SV-forløb blev afholdt løbende fra sommeren 2017 til sommeren 2019. Som angivet i bilag 6, indeholdte SV en indledningsvis individuel konsultation, hvor deltagerne blev introduceret for træningsøvelserne og monitoreringsmetoderne. Deltagerne skulle, med samme træningsprogram som i SC, udføre skulderøvelser 3-4 gange ugentligt. Herudover modtog de skriftlig information om modificering af belastende arbejdsstillinger (1).

Metode

I metodeafsnittet redegøres for procesevaluering som metode og indeværende procesevalueringens evalueringsspørgsmål, dataindsamlingsmetoder og analysestrategi. Herudover præsenteres den teoretiske referenceramme og endelig fremføres de etiske overvejelser, som er gjort i forbindelse med procesevalueringen.

Procesevaluering og evalueringsspørgsmål

Målet med en procesevaluering er blandt andet at belyse de veje, som forbinder dét, der starter som en hypotetisk indsats og dens underliggende antagelser, til de producerede resultater (5). En belysning heraf kan skabe fundamentet for fortolkningen af effektevalueringens resultater (4). Ifølge Medical Research Council's (MRC) retningslinje for procesevalueringer, må der opnås forståelse for følgende tre områder og deres indbyrdes relation: *implementering* – både i relation til hvordan indsatsen er leveret og i forhold til kvantiteten samt kvaliteten af det leverede, *betydningsfulde mekanismer* – der forbinder indsatsens aktiviteter til udfaldet, og *konteksten* – hvori indsatsen er leveret og hvorledes denne indvirker på hvad der implementeres og hvordan udfaldet er opnået (4). De tre nøglefunktioner af en procesevaluering er illustreret i nedenstående figur 3.



Figur 3: Illustration af en procesevalueringens tre nøglefunktioner, udarbejdet med inspiration fra Moore et al. (2015)

Procesevalueringens evalueringsspørgsmål identificeres ved at betragte de underliggende antagelser og identificere hvilke, der har den laveste evidensbase. Ifølge Moore et al. (2015) kan dette gøres ved at gennemgå forskningslitteratur, ved at konsultere politiske og praktiske interessenter eller ved diskussion inden for forskningsteamet. I indeværende procesevaluering er nedenstående evalueringsspørgsmål udvalgt i overensstemmelse med forskningsansvarlig antropolog Mette Terp Høybye ud fra et ønske om at danne kontekstuel viden om den organisatoriske og sociale virkelighed, som interventionen var implementeret i. Viden, der kan danne baggrund for refleksioner om mulige sammenhænge og mekanismer. Det kan belyse hvad der motiverer borgerne til deltagelse og træning.

Implementering

1. *Hvordan er indsatsernes (SC og SV) aktiviteter leveret i forhold til hensigten?*

Betydningsfulde mekanismer

2. *Hvad var deltagerens oplevelse af indsatserne? (SC og SV)?*
 - 2a. *Hvordan førte undervisningen om anatomi i SC til en bedre forståelse for hvad der kan reducere skulderproblemer?*
 - 2b. *Hvilken oplevelse havde deltagerne af indsatsernes hjemmeøvelser? (SC og SV)*
 - 2c. *Hvilken betydning havde muligheden for at erfaringsudveksle under cafemøderne i SC?*

Kontekst

3. *Hvilke kontekstuelle forhold kan have påvirket sammenhængen mellem indsatserne og deres effekt?*

Dataindsamlings- og analysemetoder

I de følgende afsnit redegøres for procesevalueringens dataindsamlingsmetoder, analysestrategi og etiske overvejelser.

Fokusgruppeinterviews

For primært at belyse det første forskningsspørgsmål, blev et fokusgruppeinterview afholdt med 12 af de medvirkende fysioterapeuter, inklusiv arbejdsmiljøkonsulenten. Informanterne repræsenterede fire af de fem kommunale sundhedscentre, som medvirkede i projektet. Fokusgruppemetoden blev fundet relevant at anvende, da den giver mulighed for at få de forskellige medvirkendes synspunkter frem, og da den kan føre til at de inspireres af hinanden til at føre dialog om og overveje emnerne (8). Interviewet blev afholdt i juli 2019. Der var afsat halvanden time til formålet, og det foregik i et lyst mødelokale på et hospital.

Individuelle interviews

For primært at belyse evalueringsspørgsmål to og tre, er syv individuelle semistrukturerede interviews udført, heraf tre med deltagere fra SC og fire med deltagere fra SV. Metoden blev fundet egnet, da den kan give mulighed for at få indblik i hvorledes udvalgte individer forstår bestemte begivenheder eller situationer (7), såsom at deltage i SC eller SV. Desuden blev metoden valgt, da det kan bidrage til at individet udtaler sig om forhold, som vedkommende ikke ville have udtalt sig om i et gruppeinterview (8), hvilket findes relevant, når interviewet blandt andet omhandler ændring af sundhedsadfærd. Den semistrukturerede interviewform er valgt, for at interviewerens kunne forfølge emner, der blev bragt på banen af informanten. Interviewene blev afholdt fra juli-august 2018, på en placering efter informantens ønske; ofte i informantens eget hjem.

Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi

I litteraturen argumenteres der for, at den analytiske proces allerede starter under transskriptionen (9) eller endda under selve interviewet (7).

Det har dog ikke for nuværende evaluator været muligt at starte den analytiske proces allerede under interviewet og ej heller under transskription, da begge processer er varetaget af andre (tidligere ansatte i funktionen som evaluator samt studentermedhjælper). Det blev dog prioriteret at udarbejde detaljerede transskriptioner, som beskrev indhold med mulighed for også at angive tegn på stemningen samt hvornår der var utydelighed i materialet. Følgende retningslinjer blev fulgt: 1) *ordret transskribering*, 2) *angiv i parentes når der grines, hostes eller holdes pause*, 3) *angiv i parentes, når det er utydeligt hvad der bliver sagt*, 4) *kald informanterne efter deres forkortelser* og 5) *skift linje, hver gang en ny informant taler*.

Til at analysere data på tværs af fokusgruppeinterviewet og de individuelle interviews, blev Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi anvendt. Denne har rod i den filosofiske hermeneutik. Dahlager og Fredslunds analysestrategi har fire trin (10). Hvert trin fremgår af nedenstående tabel 2.

Tabel 2: De fire trin i Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi

1 Helhedsindtryk af interview- materiale dannes	2 Meningsbærende enheder identificeres, reduceres og kategoriseres	3 Kategorier operationaliseres	4 Re- kontekstualisering og hermeneutisk fortolkning
Gennemlæse transskriptions- materialet	Inddele transskriptionsmateriale i meningsbærende enheder, som	Vurdere om kategorierne overlapper eller bør	Rekontekstualisere med fokus på hvordan teksten kan forstås som

	efterfølgende reduceres og struktureres i kategorier	have underkategorier	svaret på problemformuleringen. Dette sker indenfor en bredere referenceramme.
--	--	----------------------	--

Andet og tredje trin af analysestrategien, blev understøttet af NVIVO software til organisering og kodning af kvalitative data. I afsnit 6.4 redegøres for den teoretiske referenceramme, som blev anvendt i analysens fjerde trin.

Teoretisk referenceramme

Everett M. Rogers teori, *Diffusion of Innovations* (DoI teorien), omhandler adoption af innovationer, og udgør den teoretiske referenceramme i procesevalueringen. Teorien anvendes i det fjerde trin af den hermeneutiske analyse for at skabe mulighed for nye fortolkninger, og dermed en rekontekstualisering af analysen inden for en bredere teoretisk ramme (10). Dens fokus på diffusion af innovationer og forskellige innovationsegenskaber indflydelse herpå, ligger til grund for valg af teorien som teoretisk ramme i analysen. Dette giver teoretisk afsæt for at undersøge oplevelsen af indsatsernes delelementer og betydningen heraf for adoptionen af øvelserne og rådene om modificering af arbejdsstillinger, og åbner op for nye fortolkninger. Teorien er omfangsrig, og i dette afsnit redegøres blot for relevante dele af teorien i direkte relation til interventionen.

En innovation er en ide, en praksis eller et objekt, der anses som ny af de individer, der skal adoptere den (14). SC og SV, og de inkorporerede elementer såsom øvelsesprogrammet, kan derfor betragtes som innovationer, tilbud der ikke tidligere var tilgængelige for borgerne. Diffusion er den overordnede spredning af innovationer, hvilket forklares som en proces, hvor innovationen kommunikerer ud igennem bestemte kanaler over tid blandt medlemmer af et system (14).

Diffusion opstår indenfor et socialt system, som er et sæt af interrelaterede enheder, der engagerer sig i en fælles problemløsning for at opnå et fælles mål (14). Eksempelvis kan en gruppe i SC eller medarbejdergruppen på en arbejdsplads, betragtes som et socialt system. Diffusion opstår indenfor det sociale system, fordi den sociale struktur af systemet påvirker innovationens diffusion på forskellige vis. Teorien lægger bl.a. vægt på, at individer ofte spejler sig i hinanden og baserer egne bedømmelser på subjektive evalueringer, foretaget af andre individer fra det sociale system. Således præges et socialt system af homogen adfærd og rummer også normer for opførslen samt for graden af imødekommenhed overfor innovationer (14). I forbindelse med diffusionsprocessen anvendes ofte begrebet *innovationsrate*. Dette er antallet af medlemmer i et system, som adopterer innovationen i løbet af en given tidsperiode. Ofte vil adoptionsraten følge en S-kurve, som angiver at flest individer adopterer innovationen midt i perioden. Dette varierer dog fra innovation til innovation (14).

Forskning har vist at fem innovationsegenskaber i særlig høj grad kan påvirke hastighed og omfang af adoption og diffusion: *den relative gevinst, kompatibilitet, kompleksitet, testbarhed og observabilitet* (15). Disse beskrives i tabel 3. De fem faktorer inddrages i analysen, for at kunne identificere tilstedeværelsen af disse, og betydningen heraf for indsatsens effekt og deltagernes oplevelse i SC og SV.

Tabel 3: Innovationsegenskaber. Med inspiration fra Oldenburg B. & Glanz K., (2008)

Egenskab	Nøglespørgsmål
<i>Relativ gevinst</i>	Betragtes innovationen som en bedre løsning end tidligere praksis?
<i>Kompatibilitet</i>	Er innovationen forenelig med eksisterende værdier, behov og erfaringer? Kan innovationen tilpasses, ændres eller modificeres, så den passer til behov og kontekst?
<i>Kompleksitet</i>	Betragtes innovationen som letforståelig? Kan innovationen brydes op i dele og adopteres trinvist?
<i>Testbarhed</i>	Kan innovationen, eller dele af den, afprøves før beslutningen om at adoptere?
<i>Observabilitet</i>	Er innovationens resultater synlige for andre og lette at måle?

Etiske overvejelser

Nedenfor fremføres de etiske overvejelser, som er gjort i forbindelse med forberedelse og udførelse af procesevalueringen.

En overvejelse var at sikre indhentning af informeret samtykke, som er defineret som *"enhver frivillig, specifik, informeret og utvetydig viljestilkendegivelse, hvorved den registrerede ved erklæring eller bekræftelse indvilliger i, at personoplysninger, der vedrører den pågældende, gøres til genstand for behandling"* (12). For at sikre kendskab til hvad samtykket indebar, modtog informanterne fra de individuelle interviews et informationsbrev i forbindelse med, at de afgav samtykke til at deltage i cluster-RCT studiet. Inden deltagelse i procesevalueringens interview modtog de endvidere mundtlig information. Informanterne fra fokusgruppeinterviewet modtog ligeledes mundtlig information om procesevalueringen og deres bidrag under briefing til interviewet, og de udfyldte desuden samtykkeerklæringen i bilag 1.

En anden etisk overvejelse var at sikre fortrolig behandling af personidentificerende informationer. For at skabe fortrolighed, skal personoplysninger f.eks. slettes eller anonymiseres, når det ikke længere er nødvendigt at have adgang hertil (13). I denne

procesevaluering er data opbevaret og behandlet i overensstemmelse med databeskyttelsesforordningen, hvilket blandt andet betyder, at det er anonymiseret i forbindelse med transskriptionen, og at lydfile, transskriptioner og data i Nvivo slettes senest efter JT's godkendte ph.d.-forsvar. Såfremt ph.d.-forsvaret, imod forventning, ikke afholdes, slettes data hurtigst muligt efter dette er kendt. En tillægsprotokol om procesevalueringen er indsendt og godkendt af videnskabetisk komite per 30.10.2017, med sagsnummeret 1-10-72-271-16. Projektet er ligeledes godkendt af datatilsynet med sagsnummeret 1-16-02-498-16.

Resultater

I følgende afsnit præsenteres resultaterne af procesevalueringens analyse.

Processer relateret til indsatserne

Analysen er opdelt i to hovedafsnit: *Implementering (7.1.1.)* og *Virksomme mekanismer og kontekstuelle faktorer (7.1.2.)*. Afsnit 7.1.2. er markant længere end afsnit 7.1.1., idet data i højere grad belyser indsatsernes virksomme mekanismer og kontekstuelle faktorer end den praktiske levering. Hvert hovedafsnit rummer temaer, som udspring af analysen. Forud for analysen præsenteres informanternes beskrivelser og respektive forkortelser i tabel 4.

Tabel 4: Præsentation af informanternes forkortelser og beskrivelser

Interview	Forkortelse	Beskrivelse
Fokusgruppe-interview	<i>KF1</i>	Fysioterapeut i kommune A, kvinde
	<i>KF2</i>	Fysioterapeut i kommune A, kvinde
	<i>HF1</i>	Fysioterapeut i hospitalsregi, kvinde
	<i>HF2</i>	Fysioterapeut i hospitalsregi, mand
	<i>KF3</i>	Fysioterapeut i kommune B, kvinde
	<i>KF4</i>	Fysioterapeut i kommune B, kvinde
	<i>KF5</i>	Fysioterapeut i kommune C, kvinde
	<i>KF6</i>	Fysioterapeut i kommune C, kvinde
	<i>KF7</i>	Fysioterapeut i kommune C, kvinde
	<i>AM</i>	Arbejdsmiljøkonsulent, mand
	<i>KF8</i>	Fysioterapeut i kommune D, mand
Individuelle interviews	<i>SC1</i>	SC-deltager, mand, VVS'er, 59 år
	<i>SV1</i>	SV-deltager, mand, tømrer, 49 år
	<i>SV2</i>	SV-deltager, kvinde, ernæringsassistent, 48 år

	SC2	SC-deltager, kvinde, maler, 55 år
	SV3	SV-deltager, kvinde, maler, 43 år
	SV4	SV-deltager, mand, ernæringsassistent, 48 år
	SC3	SC-deltager, kvinde, mejerist, 63 år

Implementering

Hovedafsnit 7.1.1. berører, hvorvidt indsatserne, SC og SV, blev leveret efter hensigten, og resultaterne knytter sig til følgende tre temaer: *Skulderundersøgelsen*, *Arbejdspladsbesøget* og *Oplæring, planlægning og vidensdeling*. Temaerne vedrører indsatsernes forberedelse og udførelse, både i forhold til oplæring og kommunikation, og til hvorledes dette interagerede med fysioterapeuternes holdninger og omstændigheder. Det primære fokus er at besvare første evalueringsspørgsmål, som er opstillet i nedenstående boks sammen med et oprids af analysens fund i relation hertil.

1. Hvordan er indsatsernes (SC og SV) aktiviteter leveret i forhold til hensigten?

- Antallet af fagpersoner til cafemøderne i SC blev justeret undervejs, men derudover kunne det ikke belyses, i hvilken udstrækning elementerne i indsatserne blev udført efter hensigten.
- Sidefund:
 - Følgende *ulemp*er ved skulderundersøgelsens tilrettelæggelse blev omtalt: deltagere afprøvede øvelser før de blev undersøgt, de risikerede at gå glip af fælles information ved at blive taget ud til undersøgelsen og de kunne blive forvirrede. En *fordel*, som blev omtalt ved måden undersøgelsen var tilrettelagt på var: fysioterapeuterne blev mere målrettede i tilgangen til deltagerne.
 - Arbejds miljøkonsulenten oplevede besvær med at få virksomhedsledelser m.fl. til at prioritere at deltage.
 - Fysioterapeuterne ønskede at introduktionen til projektet lå tættere på opstart, og havde oplevet planlægningsmæssige udfordringer ift. udmelding af datoer, men havde været tilfredse med materialet som skulle anvendes.
 - Fysioterapeuterne oplevede at projektet bidrog til et bedre tværsektorielt samarbejde.

Skulderundersøgelsen

Dette tema vedrører skulderundersøgelsen i SC, herunder de ulemper og positive sidegevinster som fysioterapeuterne oplevede, ved måden hvorpå den var tilrettelagt.

Funktionen af skulderøvelsen var at identificere borgere med røde flag og viderehenvise disse til andre aktører, jf. afsnit 5.0. Dette viste sig umiddelbart at være opnået i kommune C.

"Vi har også haft nogle enkelte på skuldercafeen, som vi har bedt om straks at gå til egen læge, fordi de simpelthen har haft så ondt og så nedsat funktion, at vi har tænkt, at der skal kigges nærmere på det." (KF6)

Hvorvidt tiltaget blev udført præcist som tiltænkt blev ikke afdækket, men fysioterapeuterne omtalte flere ulemper ved måden hvorpå skulderundersøgelsen var tilrettelagt. Det blev problematiseret, at nogle deltagere afprøvede næsten alle øvelser, før det blev undersøgt, om de burde lave dem, samt at fysioterapeuterne kunne miste overblikket over, om alle deltagere fik opsamling på den information, som de gik glip af ved at blive taget ud til undersøgelsen. Herudover blev det fremhævet, at denne måde at tilrettelægge undersøgelsen på kunne forvirre deltagerne.

"Det eneste jeg tænker, det er det her med, som vi også har sagt, at vi jo egentligt hiver dem ud på et eller andet tidspunkt. Hvor nogle har jo været stort set gennem alle øvelser, eller er færdige med øvelserne, inden vi undersøger dem, med henblik på om de kan træne, eller om træning er det gode, ikke?" (HF2)

"(...) Men der var selvfølgelig nogen, der måske kunne gå glip af nogle ting, som man ligesom sagde i fælleskab, og så prøvede den anden person jo at samle op med dem, der havde været ude. Og der kan der selvfølgelig godt være glippet nogle ting der". (KF4)

En positiv sidevirkning ved undersøgelsens tilrettelæggelse var, at fysioterapeuterne, som varetog dem, blev mere målrettede i tilgangen til deltagerne. Dette var også oplevelsen blandt en af deltagerne fra SC. Hun udtalte, at undersøgelsen var noget af dét, som hun havde fået mest ud af i forløbet, og at hun i denne forbindelse havde fået konkrete råd vedrørende valg af øvelser.

"(...) Og det tænker jeg også var en - for os set - positiv del af det her; at man ligesom havde dem individuelt og undersøgte, og ligesom kunne give dem noget vejledning dér også, alt efter hvad man fandt." (HF1)

"Det, jeg har måske fået allermest ud af. Det var at være inde ved hende fysioterapeuten, som kunne fortælle os hvordan vores stillinger var, og hvad det var, der gjorde at.. (...) Og så fik jeg nogle øvelser, og så kan jeg arbejde med det. Så ved jeg hvorfor. (...) Og også hvor hun sagde "lige den der øvelse, den ville være rigtig god for dig at bruge noget mere tid på". (SC3)

Opfattelsen af, at undersøgelsen gav mulighed for en mere målrettet tilgang til deltagerne, viste sig dog ikke at være gældende for alle fysioterapeuterne. KF2, som ikke varetog undersøgelsen, fandt det mere meningsfuldt, hvis de samme fysioterapeuter varetog både undersøgelse og undervisning. I hendes optik ville dette medføre, at hun ikke skulle henvende sig til dén fysioterapeut, der havde udført undersøgelsen, når hun skulle vejlede deltagerne, og endvidere mente hun, at det kunne gøre strukturen og praksis nemmere. En simplificering af strukturen, hvor de kommunale fysioterapeuter eksempelvis også varetog arbejdsmiljøundervisningen, kunne, fra hendes synspunkt, imødekomme forvirring blandt deltagerne.

"Altså rent fagligt for mig, ville det give mening, hvis jeg også havde lavet undersøgelsen, fordi så havde jeg vidst, hvad jeg skulle guide folk i. For ellers så gik jeg jo over til (navn) og spørger: "hvad fandt du egentlig i forhold til det?"." (KF2)

"(...) Så ville jeg jo godt kunne have lavet den undersøgelse og have lavet den undervisning, og.. I forhold til hvis jeg havde læst op og fulgt op på nogle ting, have kørt noget arbejdsmiljø ind. Altså, jeg mener... Man kunne godt have gjort set-up'et mere simpelt, og så måske stadigvæk at der havde været noget information, træning og vejledning." (KF2)

Med afsæt i DoI teorien (14), kan den forvirring som skulderundersøgelsens tilrettelæggelse forårsagede blandt deltagerne, samt den førnævnte mistede information, have øget kompleksiteten af innovationen, og dermed have haft konsekvenser for adoptionen. Omvendt kan den målrettede tilgang til deltagerne, som opstod blandt de fysioterapeuter, der varetog undersøgelsen, have reduceret kompleksiteten, og derved haft en positiv betydning for adoptionen af indsatsen. Hvis en simplificering af strukturen som omtalt, kan nedbringe forvirring blandt deltagerne, kan dette potentielt forbedre adoptionen yderligere.

Arbejdspladsbesøgene

Dette tema vedrører arbejdspladsbesøgene i SC, herunder de udfordringer, som blev oplevet af arbejdsmiljøkonsulenten, AM.

Funktionen af arbejdspladsbesøgene var at give præcise råd om modificering af arbejdsstillinger, og dette viste sig at være opnået i SC2's tilfælde. Hun beskrev, hvordan hun havde anvendt rådene fra besøget i sit job som maler.

"(...) men han kom med nogle gode ting. (...) Et forlængerskaft er ikke bare et forlængerskaft. Den har jo også en vis vægt... Og der kunne man jo få nogle i aluminium, (...) som vejer mindre. (...) Så fik jeg også... Jamen sådan en skraldespand med en spand på... Når jeg skal vride klude og sådan noget op, så får jeg ingen buk... Så står jeg heroppe og vrider den, ikke også?" (SC2)

Hvorvidt arbejdspladsbesøgene blev udført præcist som det var tiltænkt, vides ikke, da der ikke blev gennemført observationer knyttet til disse. AM, som varetog arbejdspladsbesøgene, italesatte dog, at der burde afsættes flere midler til organisering

og koordinering af tiltaget, samt mere tid til de enkelte besøg. En udfordring som han oplevede var, at der ofte skete ændringer i deltagernes arbejdsplacering, hvilket medførte forsinkelser i hans egen arbejdsdag, hvorfor han måtte nøjes med at planlægge ét besøg per dag.

"Og så maleren står bare på en eller anden sindssyg adresse. Eller VVS-manden, ikke også? Og så ringer han 10 minutter før og siger: "nej, den opgave, den er blevet aflyst. Jeg er et helt andet sted". "Nå okay, jeg vender bilen og kører en halv time i den anden retning." (AM)

En anden udfordring han mødte var, at det var svært at få ledelse og arbejdsmiljørepræsentanter til at deltage, hvilket ellers var vigtigt for ham, for at sikre afsmitning på organisationen gennem besøget, da arbejdet ofte skal organiseres på en ny måde.

"Det har været meget svært at få ledere og arbejdsmiljørepræsentanter til at dukke op til de her ting." (AM)

AM tilføjede, at en anden målgruppe, som også kan have tendens til at nedprioritere arbejdspladsbesøget, var selvstændige. Han udtalte at disse ofte vil prioritere tid med familien over et arbejdspladsbesøg, med mindre de betales for sidstnævnte. Når ledelse, arbejdsmiljørepræsentanter og selvstændige fravælger arbejdspladsbesøget, kan det, ud fra et DoI teoretisk perspektiv, være forbundet med de pågældendes opfattelse af den relative gevinst ved at deltage i tiltaget. Hvis de finder gevinsten ved at udføre øvrige opgaver eller ved at bruge tid med familien mere værdifuld end at bruge tid på arbejdspladsbesøget, kan dette have haft betydning for adoptionen af tiltaget.

Oplæring, planlægning og vidensdeling

Dette tema belyser fysioterapeuternes oplevelse af at deltage i projektet, herunder i relation til oplæring, organisering og udbytte.

Mens der var enighed om, at materialet, der skulle anvendes under indsætserne, var fyldestgørende og velbeskrevet, blev det til gengæld italesat, at introduktionen til projektet lå for tidligt i forhold til opstart af forløbene. Som konsekvens heraf var information blevet glemt.

"Hun havde været ude hos os i (Kommune C) og præsentere det i april, og så kører vi så den første café der midt i september. (...) Så derfor havde vi lige nogle småting, vi lige skulle have clearet af med hende, inden hun kom, fordi det var langt væk der." (KF6)

Fysioterapeuterne berettede, at de havde nedjusteret antallet af tilstedeværende fagpersoner til cafemøderne, da fremmødet af deltagere var lavt. I flere tilfælde havde de været to fagpersoner til stede i stedet for tre, og i en enkelt kommune havde de valgt at være én fagperson til det sidste cafemøde.

"Vi var to den første gang, og så var vi to nummer to gang. For de mødte jo alle syv op første gang, så vi tænkte at vi måtte jo hellere være to næste gang. Og så var jeg så alene den sidste gang, fordi der kun mødte fire op" (KF6)

De berettede endvidere at de havde oplevet forvirring i forhold til udmelding af datoer, og at det havde fyldt meget under projektet. En fysioterapeut understregede dog at hun, trods de planlægningsmæssige udfordringer, var begejstret for at have fået indblik i, hvad det indebærer at lave et forskningsprojekt. Hun ville gerne have modtaget mere løbende information om, hvordan det gik med projektet. Hun uddybede, at fysioterapeuterne gerne ville fremlægge dette på arbejdspladsen, fordi det derved kunne fremme lederens motivation for at lade medarbejdere deltage i tiltag som dette.

"(...) Men vi synes at for os, var der en masse udfordringer i forhold til, at der blev meldt en masse datoer ud, og der var en masse organisatorisk i forhold til... "skulle vi være der, eller skulle vi ikke være der?". Der var ikke enighed om datoerne. (...) Så det fyldte faktisk lidt i forhold til sådan det organisatoriske i det." (KF2)

"Nej, jeg kunne godt have tænkt mig noget mere. Og vi vil da også gerne fremlægge det for vores kollegaer. For det er jo også en motivation, især for vores leder faktisk, at sige at vi kan være med i sådan noget her. Men arbejdspladsen skal have noget igen." (KF1)

Et udbytte af indsatsen, som blev italesat, var, at projektet bidrog til bedre tværsektorielt samarbejde mellem de medvirkende fysioterapeuter fra kommunalt regi og hospitalsregi. At have fået "sat ansigt" på hinanden havde gavnet kommunikationen mellem de to grupper af fysioterapeuter, og skabt et bedre samarbejde på tværs af sektorerne.

"Men relationen til sygehuset tror jeg er blevet bedre. Jeg tror, at jeg har lettere ved at ringe ind til HF1 og sige "hey, hvad sådan og sådan?". Så dén relation, det var egentligt noget, som jeg måske egentligt også havde håbet på blev bedre. (...) Så det er blevet nemmere for mig måske lige at gribe knoglen og sige "hey". Fordi vi måske lige har kigget på hinanden og ved hvem hinanden er." (KF2)

I dette hovedafsnit er det belyst:

- At den eneste identificerede tilpasning af indsatsernes levering, var en nedjustering af det nødvendige antal tilstedeværende fagpersoner til cafemøderne. Denne tilpasning skyldtes et lavt fremmøde af deltagere
- At tilrettelæggelsen af skulderundersøgelsen havde ulemper (afprøvning af øvelser før undersøgelse, risiko for at gå glip af information og forvirring), men også en fordel ved en mere målrettet tilgang til deltagerne
- At arbejdsmiljøkonsulenten opfordrede til, at der bliver prioriteret flere midler til organisering og koordinering af arbejdspladsbesøget

- At fysioterapeuterne oplevede, at introduktionen til projektet lå for tidligt ift. opstart af indsatserne, at der havde været planlægningsmæssige udfordringer, men at materialet til brug under indsatserne var fyldestgørende
- At fysioterapeuterne oplevede at projektet bidrog til et bedre tværsektorielt samarbejde mellem hospital- og kommunalsektoren

Virksomme mekanismer og kontekstuelle faktorer

Det er valgt at samle afsnittene om *virksomme mekanismer og kontekstuelle faktorer*, da disse interagerer. Det samlede afsnit består af temaerne: *Deltagernes udbytte, Barrierer for modificering af arbejdsstillinger, Udførelse af øvelser før og efter indsatsen, Gruppebaseret indsats og Deltagelse i et forskningsprojekt*. Afsnittet belyser evalueringsspørgsmål 2a-c og 3.

2. Hvad var deltageres oplevelse af indsatserne (SC og SV)?

- a) Hvordan førte undervisningen om anatomi i SC til en bedre forståelse for, hvad der kan reducere skulderproblemer?**
- b) Hvilken oplevelse havde deltagerne af indsatsernes (SC og SV) hjemmeøvelser?**
- c) Hvilken betydning havde muligheden for at erfaringsudveksle under cafemøderne for deltagerne i SC?**

- a) Alle informanterne fra SC udtrykte, at de havde fået mere forståelse for, hvad der kan reducere skulderproblemer. Hvorvidt undervisningen var den virksomme mekanisme bag denne forandring, kan ikke konkluderes.
- b) Øvelsesprogrammets lave sværhedsgrad havde medført, at en deltager var motiveret for at komme i gang med træningen. Ligeledes havde det virket motiverende for øvelsesudførelsen at træne i fællesskab med andre. Progressionsmulighederne kunne virke forvirrende for nogle deltagere, men motiverende for andre. Motivationen holdte dog kun indtil det højeste progressionsniveau var opnået, hvorefter øvelsesudførelsen kunne føles trivielt. En udfordring, der gik igen hos de fleste deltagere var, at det var svært at få tid til at lave øvelserne i løbet af en travl hverdag. Endelig kan positive eller negative erfaringer med effekten af skulderøvelser have betydning for motivationen til at udføre øvelserne.
- c) Muligheden for at erfaringsudveksle under cafemøderne betød, at deltagerne fik nogen at dele deres oplevelser med.
 - Sidefund:
 - Foruden forståelse for hvad der kan reducere smerter var smertereducering og forbedrede arbejdsstillinger et supplerende udbytte som informanterne fik ved at deltage i SC og SV.
 - Informanter fra SC lavede øvelserne mere regelmæssigt under forløbet end informanter fra SV.

- Den superviserede træning gav mulighed for at gense den korrekte udførelse af øvelserne, og instruktionsvideoer blev foreslået som en anden måde at tilbyde dette på.
- Informanterne mente at en opfølgning efter afsluttet forløb vil kunne fremme en langsigtet adoption af øvelserne.
- En omtalt ulempe ved SC's gruppeaspekt var dets krav til fastlagte mødetidspunkter.
- Informanterne foreslog, at grupperne i SC, med fordel, kan opledes efter arbejdsplads og afholdes på arbejdspladsen.

3. Hvilke kontekstuelle forhold kan have påvirket sammenhængen mellem indsatserne og deres effekt?

- Følgende forhold kan have påvirket sammenhængen mellem indsatserne og deres effekt:
 - Deltagernes bevidsthed om at være en del af et forskningsprojekt og en deraf følgende følelse af forpligtigelse
 - Monitoreringsmetoderne; dagbogsføring og aktivt målinger
 - Normer blandt den ældre generation på arbejdspladsen
 - Deltageres ansættelsesform
 - Det branchespecifikke ledelsesmæssige syn på- og prioritering af sikkerhed på arbejdspladsen
 - Deltageres erfaringsbaserede forudindtagede holdning til effekten af træningsøvelser
 - Deltagernes ressourcer til at anvende og forstå øvelsernes progressionsmuligheder

Deltagernes udbytte

Dette tema belyser deltageres udbytte ved at deltage i indsatserne, herunder i forhold til handlekompetence, nedsat smerteniveau og modificerede arbejdsstillinger.

Tre deltagere fra hver indsats udtrykte, at de havde fået mere forståelse for, hvad der kan reducere eller forebygge skuldersmerter, og opnåede således øget handlekompetence. Mens nogle angav, at de nu vidste, at de kunne genoptage øvelserne, hvis smerterne genindtraf, udtrykte andre, at de var blevet mere bevidste om betydningen af deres kropsholdning.

"Nej, men jeg tænkte faktisk på det her den anden dag. Altså, nu fordi jeg jo har haft den uge der... Og kunne begynde at mærke skulderen igen. Så tænkte jeg netop: "det kunne være, at jeg lige skulle..." (SV2)

"Jeg kan bare mærke det, at jeg har... (...) Har jeg også taget mig selv i at rette mig op... Den kommer også tit (...) Også når jeg går... (...). Det kan jeg mærke... Nogle gange når jeg er træt, så... "Øj"... Så er det faktisk rart lige at rette op." (SC2)

Alle informanter, på nær to fra SV, havde desuden fået reduceret sit smerteniveau. En positiv konsekvens heraf var forbedret nattesøvn. Endvidere oplevede en deltager mindre træthed i skulderen om aftenen, hvilket var en udfordring, som fysioterapeuterne ofte oplevede, at denne målgruppe døjede særligt meget med.

"(...) Altså i lang tid, der sov jeg faktisk kun på ryggen. Men med øvelserne kan jeg næsten sove, som jeg vil. Altså, jeg har også nogle dage, hvor jeg godt kan mærke, at det ikke er.. Men det er ikke et dagligt problem. Slet ikke." (SC3)

"Jamen at jeg kan sidde og slappe af om aftenen. Og at jeg er kommet i gang - jeg har fået lidt et spark. Og jeg kan passe mit arbejde. Jeg skulle jo helst være på den der plads stadigvæk en ti år endnu. Og det kunne jeg godt have frygtet lidt, at jeg ikke kunne, hvis min arm var blevet ved med at have det sådan." (SC3)

Endelig havde alle informanter fra SC, og en enkelt fra SV, modificeret belastende arbejdsstillinger efter at have deltaget i forløbene.

"(...) og jeg vil så sige at jeg er blevet betydeligt bedre til at løfte. (...) Fordi at.. Jamen før i tiden, der smed jeg jo bare rundt med tingene, altså. Og det kunne man godt mærke når man kom hjem. Og det gør man ikke mere. Det er ned i knæ og alt det her, så." (SV4)

To informanter fra SC havde ikke haft et arbejdspladsbesøg, og da de alligevel modificerede belastende arbejdsstillinger, antyder dette, at manglen på et arbejdspladsbesøg ikke nødvendigvis hæmmer, at deltageren skaber forandring.

Barrierer for modificering af arbejdsstillinger

I dette tema fremføres barrierer for ændring af belastende arbejdsstillinger, og informanternes forslag til at imødekomme disse.

Noget som, ifølge informanterne, spillede en rolle for om belastende arbejdsstillinger blev ændret, var deltagernes indgangsvinkel og parathed til at ændre tankegang samt normer omkring sikkerhed på arbejdspladsen. Sidstnævnte var særligt en barriere blandt den ældre generation af medarbejdere. Niogfyrre-årige SV1, der betragtede sig selv som en del af "den gamle generation", oplevede, at arbejdsdagen gik mere glat, hvis der ikke blev taget forbehold for sikkerheden. Han var bevidst om vigtigheden af sunde

arbejdsstillinger, men endte alligevel med at vælge "gamle unoder" til i stedet for sikre løsninger.

"Det var sådan også meget tydeligt i forhold til, om de var parate til at ændre tankegang (...) og særlig i forhold til arbejdsmiljø, hvor rigtig mange sådan sagde "dét kan vi ikke ændre på" (...). Så jeg synes, det var meget deres indgangsvinkel til det, der sådan bar præg af det". (KF2)

"Vi er jo stadigvæk den der gamle generation. Vi er stadig meget... Dumme unoder... At vi laver... Som vi siger til de unge, at det skal de ikke gøre." (SV1)

Med afsæt i DoI teorien, kan dette antyde, at indsatserne ikke har været kompatible med behov, erfaringer og normer blandt én særlig subgruppe af målgruppen, den ældre generation af målgruppen, idet der ikke er taget højde for specifikt at adressere udfordringer om tilbagefald til gamle vaner blandt disse borgere. Da hastigheden af adoptionsraten typisk sænkes, hvis en innovation er inkompatibel med eksisterende normer, kan det tage længere tid for denne gruppe at tage indsatsen til sig. Dette indikerer, at normer blandt den ældre generation på arbejdspladsen kan have været en kontekstuel faktor med betydning for, om de arbejdsstillings-relaterede komponenter i indsatserne er blevet adopteret.

Noget andet, som kunne stå i vejen for ændring af belastende arbejdsstillinger, var opfattelsen af de økonomiske omkostninger, som disse ændringer måtte have. Ifølge SC1 betragtede akkordansatte medarbejdere sikkerhed som en begrænsning for deres indtjening, hvilket understreger, at deltageres ansættelsesform kan have været en kontekstuel faktor med betydning for, om deltagerne har adopteret indsatserne.

"(...) Men dem, der går på akkord derude, de har jo kun fokus på én ting, og det er jo, hvor meget de kan tjene, ikke? Og de er sådan set rigtig trætte af sikkerheden, ikke? Fordi dét ser de som noget, der koster dem penge." (SC1)

En anden dimension af denne økonomiske barriere, vedrørte virksomhedsledelsers opfattelse af omkostninger ved at prioritere sikkerhed på arbejdspladsen. SC1, der var VVS'er, fortalte, at sikkerhed ofte nedprioriteres grundet de økonomiske omkostninger, der forbindes med det. AM var af en lignende opfattelse. Under SC-indsatsen havde han tilmed oplevet, at nogle deltagere helst undgik at fremstå svage på arbejdspladsen, da det kunne få konsekvenser for ansættelsen.

"Jamen jeg er jo ansat til at gøre mit arbejde, og hvis jeg bliver alt for synlig i at være svag (...) Så er jeg måske den næste, der ryger ud". Og dér var nogle brancher hårdere end andre. Altså de der håndværksbrancher, der var det virkelig tydeligt, at hvis man prøver at snakke jobindhold og bredde på, og "vi skal rotere i nogle andre funktioner" (...), så var de bare sådan: "jeg er ansat til at bore hul i beton, og det er det". (AM)

Med forbehold for at analysen er baseret på en relativ lille mængde data, tegner der sig et billede af at denne ledelsesmæssige nedprioritering af sikkerhed grundet økonomiske

omkostninger, kan være branchespecifik. SC3, som arbejdede i mejeristbranchen, oplevede et stort sikkerhedsfokus på sit arbejde, og ligeledes var sikkerhed i fokus på SC2's arbejde som maler. SC2 beskrev, at der tilmed blev taget hensyn til hendes skulderproblemer ved, at hun blev frataget smerteprovokerende opgaver. Ifølge hende var lederen dog også nødt til dette, da han ikke kunne rekruttere nye medarbejdere, hvis hun blev sygemeldt.

"Men jeg bliver også taget hensyn til på arbejdet, skal jeg sige dig. De der ting, som kan udløse de der smerter. Dem får jeg ikke lov at lave mere." (SC2)

"Ja, men det bliver han også nødt til. Der er ikke nogle, han kan ansætte, for der er ikke nogen, altså." (SC2)

Dette understreger, at det branchespecifikke ledelsesmæssige syn på- og prioritering af sikkerhed på arbejdspladsen, ligeledes er en kontekstuel faktor, der kan have haft betydning for deltagernes adoption af indsatserne. Dette branchespecifikke ledelsesmæssige syn på sikkerhed ser desuden ud til at være præget af, hvor tilgængeligt det er, i den specifikke branche, at rekruttere nye medarbejdere.

Udførelse af øvelser under og efter forløbene

Dette tema vedrører træningsprogrammet i SC og SV, herunder deltagernes udførelse og oplevelse af øvelserne, samt hæmmende og fremmende faktorer for øvelsesudførelsen.

Mens informanterne fra SC, med få undtagelser, lavede øvelserne regelmæssigt under forløbet, viste et andet mønster sig hos deltagerne i SV. For tre deltagere fra SV blev øvelserne udført efter hensigten i starten, hvorefter der gik længere og længere tid mellem træningspassene.

"Altså i starten var jeg vildt aktiv (...) Jeg tror faktisk, at jeg lavede fem gange en af gangene. (...) Og så kom... Røg vi ned på fire... Vi røg ned på tre... Og så... Jeg begyndte ligesom at køre lidt... Lidt død i det." (SV2)

Faktorer som, ifølge informanterne, havde virket fremmende på øvelsesudførelsen var at lave øvelserne i fællesskab med andre, at sværhedsgraden af øvelsesprogrammet var lav og at have erfaring med at træning kan afhjælpe skuldersmerter.

"Vi holdte ligesom hinanden lidt op på det. Hvis det ikke var den ene, der sagde det, så var det den anden, der sagde det. "Vi skal huske de øvelser der"." (SV4)

"(...) Som jeg så også har sagt til dig, at det var sådan nogle relative lette øvelser..." (SC2)

"Og der var også den anden vej rundt, at der var nogen, der havde trænet før.. Øh, hvor de har haft god effekt af det og så af en eller anden grund, så er de

stoppet igen. Så vidste de ligesom, at det hjælper faktisk.. Øh, hvor de sådan også var ekstra motiverede." (KF8)

Fra et DoI teoretisk perspektiv, kan muligheden for at træne med andre medføre, at et individ har adgang til at spejle sig i andres adfærd, når vedkommende skal vurdere relevansen af at udføre øvelser. Det er muligt, at denne mekanisme har været særlig væsentlig blandt deltagere fra SV-indsatsen, som ikke havde adgang til et socialt system gennem indsatsen. Endvidere kan træningsprogrammets nemme øvelser have nedbragt kompleksiteten af indsatsen, og derfor have haft en positiv betydning for deltagernes adoption af øvelserne.

Mens det, som ovenfor nævnt, virkede motiverende at have erfaring med, at træning afhjælper skulderproblemer, viste det omvendte scenarie – erfaring med at skulderøvelser har ringe effekt – sig at kunne virke demotiverende på deltagerne.

"Og så dem, der har været ude at træne før og som siger, "jamen det har jeg prøvet før". Så er det jo meget demotiverende. At så skal man i gang med at lave øvelser igen, selv om det måske er noget helt andet end det, de har oplevet før med fysioterapi." (HF2)

Med afsæt i DoI teorien, kan en tidligere innovation med lav kompatibilitet have forårsaget *innovations negativisme*. Hermed menes, at en tidligere negativ oplevelse med en innovation kan nedsætte adaptationen af fremtidige innovationer, og medføre at et individ betragter fremtidige innovationer med forbehold. Innovations negativisme kan således være den grundlæggende barriere for, at deltagere med negative erfaringer med skulderøvelser, ikke adopterede indsatsens øvelseselement. Med baggrund heri, kan deltageres erfaringsbaserede forudindtagede holdning til effekten af træningsøvelser have været en kontekstuel faktor, der har påvirket, om deltagerne adopterede øvelserne.

Et andet forhold, som viste sig at hæmme øvelsesudførelsen, var det travle hverdagsliv. Størstedelen af informanterne fra begge indsatsen havde svært ved at finde tid til at udføre øvelser i hverdagen, og AM havde ligeledes oplevet, at mange deltagere fra SC var udfordrede af en travl hverdag. To af informanterne fra SC havde dog fundet en måde at få øvelserne til at passe ind i hverdagen; de fordelte øvelserne ud over dagen.

"Jeg tænker også, at altså de fleste virkede som nogle, der havde meldt sig, fordi de gerne ville. Og de ønskede virkelig, at skulderen blev bedre. Men når de så kom hjem og blev ramt af virkeligheden og den travle hverdag, så var der altså mange, der dukkede op, når jeg var der på anden runde, som sad og sagde at "arh, de havde ikke fået trænet det, de havde tænkt og gerne ville" og sådan noget, ikke? Så jeg tror, at det er lidt ligesom alt muligt andet, at når man så bliver ramt af virkeligheden, så bliver det hele lidt mere svært." (AM)

"Jeg synes, at det er meget på én gang (...). Men nu har jeg så bare hængt mine elastikker på gelænderet, så tager jeg lige fem af hver, når jeg går forbi." (SC3)

Når øvelsesprogrammet ikke harmonerede med deltagernes hverdagsliv, kan det have nedbragt innovationens kompatibilitet og dermed påvirket deltagernes adoption af elementet. Dette betyder, at deltagernes travle hverdag kan være en kontekstuel faktor, der har påvirket sammenhængen mellem indsatsernes øvelsesprogram og effekten.

En faktor, som både kunne virke fremmende og hæmmende på udførelsen af øvelser under forløbene, var progressionsmulighederne, som deltagerne blev instrueret i, og som også stod beskrevet i træningshæftet. Mens fysioterapeuternes oplevede, at progressionsmulighederne kunne forvirre deltagerne, motiverede det SV4 at have noget at træne hen imod. Dog begyndte træningen at føles trivielt for ham, da han nåede det højeste niveau, hvorfor han foreslog, at deltagerne tilbydes nye øvelser undervejs i forløbet.

"(...) Og det der med, at der var regression- og progressionsmuligheder. Det var forholdsvist nemt at gå til. Så kan vi snakke om også, at det måske, for dem, godt kunne være lidt forvirrende, fordi det her med at man skulle først progredierte farve på elastik, og så skulle man progredierte øvelse, og der var nogle, der miksede lidt i det. Fordi at det blev for forvirrende, og så gik de måske videre til næste øvelse før de..." (KF4)

"(...) Og så var det også lidt spændende det her med, "nå ja. Vi starter med den gule der. Hvornår kan vi komme videre til den næste, fordi vi skal jo lige...". I starten gik det egentligt meget godt med at få dem lavet, fordi at der var det lidt spændende at komme videre til den næste øvelse og sådan noget. Men så når man når derop til hvor man.. Så kunne vi ikke komme længere, så øh.. Så er det, at det bliver lidt trivielt." (SV4)

Ovenstående antyder, at træningsprogrammets progressionsmuligheder kunne øge deltagernes opfattelse af gevinsten ved at træne, og at de derfor havde været en "trigger" for, om deltagerne udførte øvelserne. Progressionselementet kan derfor betragtes som en virksom mekanisme i indsatsen. En kontekstuel faktor, der umiddelbart kunne påvirke, om denne mekanisme overhovedet forekom, var umiddelbart deltagernes ressourcer til at anvende progressionsmulighederne.

Endnu en fremmende faktor for udførelsen af øvelser, var muligheden for at gense den korrekte udførelse af øvelserne. SC3 havde glemt detaljer efter instruktionen ved første cafemøde i SC, men fik korrigeret sine fejl under den superviserede træning til andet cafemøde. Herudover pegede udtalelser fra flere SV-deltagere på, at en mulighed for at gense øvelsesudførelsen kunne have været et værdsat element i SV. Endelig blev det foreslået, at instruktionsvideoer kunne tilbydes deltagerne, for at de kunne gense den korrekte udførelse af øvelserne.

"Og så anden gang vi var deroppe, så sagde jeg jo, at jeg havde de der.. (nakkesmerter). Og så øvelserne igen, og så kunne han jo så godt se, at det var fordi, at jeg gjorde det for hurtigt. Og så kunne jeg så faktisk også godt huske, at man.. At han havde sagt, at jeg skulle bruge to sekunder til hver bevægelse." (SV3)

"Jeg havde læst og forstået det på én måde. Han havde forstået det på en anden måde. Så snakker vi med kollegaen, som har faktisk forstået det på en tredje måde. Så vi blev lidt forvirrede, (...)" (SV2)

"Det, der var sværest, det var at huske at gøre dem rigtigt. (...) Det snakkede vi også om derude, flere af os.(...) Om at vi kunne egentligt godt tænke os at have nogle instruktionsvideoer, ikke?" (SC1)

Med afsæt i DoI teorien, vil kompleksiteten af øvelserne mindskes, hvis deltagerne får mulighed for at gense den korrekte udførelse af øvelserne, hvilket kan have en positiv indflydelse på adoptionen. Udover, at den superviserede træning kan øge kvaliteten af deltagerens træning, kan den derfor også betragtes som en virksom mekanisme, der har gjort deltagerne i stand til at udføre øvelserne, idet kompleksiteten af tiltaget blev nedsat. Instruktionsvideoer kan formentligt nedbringe kompleksitetsniveauet af en fremtidig implementeret indsats yderligere, hvilket kan skabe endnu bedre forudsætninger for deltagerens adoption af øvelserne.

En faktor, som, ifølge informanterne, kunne fremme en langsigtet øvelsesudførelse var en opfølgning efter afsluttet forløb. I SC2's optik kunne en opfølgning omkring tre måneder efter afsluttet forløb medføre, at deltagerne fik et nyt mål at arbejde henimod samt, at de kunne hanke op i hinanden, så de ikke faldt tilbage i gamle vaner. Fysioterapeuten, KF3, havde også indtrykket af at deltagere fra SC ønskede en opfølgning efter forløbets afslutning, da det skabte en følelse af forpligtigelse i forhold til at fastholde den gode indsats.

"Der må heller ikke gå for lang tid, synes jeg ikke (...). Min sovepude er faktisk begyndt at komme nu. (...) En tre måneder, så synes jeg ikke, at der skal gå mere, fordi at det bliver hurtig en sovepude. Og nu har man... (...) Nu har jeg det godt, ikke? Så man lige sådan måske kan hanke lidt op i hinanden." (SC2)

"Da vi sådan snakkede evaluering, kan jeg huske (...) Der var der flere, der sagde, at de synes at dét, der var lidt motiverende også, for de fleste af dem, det var bare, at der var en opfølgning på det. Så følte de ligesom, at der var en forpligtelse til at få lavet det, og det hører man jo egentlig mange sige. Med øvelser, ikke?" (KF3)

En opfølgning efter afsluttet forløb kan umiddelbart øge indsatsens observabilitet. Andre vil få adgang til at se den enkelte deltagers resultat, hvilket ifølge DoI teorien, øger sandsynligheden for adoption. Ved, i en fremtidigt implementeret indsats, at inkorporere en opfølgning efter forløbets afslutning, kan der således potentielt skabes bedre forudsætninger for, at deltagere tager indsatsens øvelseselement til sig – også på længere sigt.

Endelig virkede smerter til at have en betydning for øvelsesudførelsen, på flere måder. Mens smerter under øvelserne kunne betyde, at øvelserne ikke blev udført, kunne

smertereduktion faktisk også hæmme øvelsesudførelsen, idet motivationen for at fortsætte med træningen faldt.

"(...) Det var faktisk pisse træls for mig at gøre det, fordi det gjorde pisse ondt. (...) Jeg kunne måske tage to gentagelser. Så skulle jeg ikke gøre mere, fordi så kunne jeg mærke, at så begyndte det at brænde i skulderen." (SV1)

"Den er farlig. Det er en sovepude. Det ved jeg også udmærket fordi lige pludselig, så er den der igen. Fordi: "Ej, men nu går det skide godt, ikke også?". Altså, "Ja ja... Jeg behøver da ikke... ". Men det er noget, der skal vedligeholdes." (SC2)

Fysioterapeuterne havde oplevet, at deltagerne i SC havde mange spørgsmål om smerter i forbindelse med øvelsesudførelsen, og det blev italesat, at deltagernes behov for at få afklaret hvilke fornemmelser, der var acceptable under træning, muligvis var forbundet med manglende træningserfaring. Fysioterapeuten, HK, havde talt med sine kollegaer om, at indsatsen muligvis ramte en målgruppe uden træningserfaring, som derfor ikke havde forståelse for hvilken fornemmelse i skulderen, der var acceptabel. For at imødekomme dette, blev det foreslået at tilføje et smerteoplæg til SC.

"Ja, for jeg husker egentligt også, at det fyldte, når man kom rundt under øvelsesdelen. At det fyldte med de her smerter, at man skulle tale med dem individuelt, hver især." (KF7)

"Måske ramte vi en målgruppe, der ikke har været vant til at træne før, så "hvornår gør noget ondt, og hvornår er det acceptabel i forhold til, når jeg træner?". Det var noget at det, vi talte om i hvert fald undervejs, mens de var nede hos os. Det kan i hvert fald være noget af det, der gør at.. "Jeg er ikke vant til at træne, så jeg ved ikke hvordan det føles, når det er.. Må jeg godt blive træet på den her måde?". (HK)

"I kom også til at tale lidt om "hvor meget ondt må man have, og hvordan må det føles, og hvordan må det mærkes?". Og hvor jeg sådan tænkte, det kunne man godt gøre måske lidt mere ud af i et fælles oplæg eller snakken lidt ind i. (...) "Hvad må man mærke og hvad må man ikke mærke". (...) Så det faktisk kunne være en del af oplægget inden, at de går ind og vejleder dem." (KF1)

Udover at et smerteoplæg i en fremtidig implementeret indsats vil kunne imødekomme udfordringen med, at det tager tid fra den superviserede træning og instruktion, når fysioterapeuterne skal besvare mange spørgsmål om smerter, vil det, ud fra et DoI teoretisk perspektiv, også kunne nedbringe kompleksiteten af SC. Deltagerne skal ikke længere selv tilegne sig forståelse for, hvilke fornemmelser som er acceptable under øvelser, når oplægget er en del af indsatsen. Dette kan have en betydning for adoptionen af øvelserne.

Gruppebaseret indsats

Dette tema vedrører SC-indsatsens gruppeaspekt og cafekoncept, herunder informanternes holdning til sammensætningen af grupper.

Den gruppebaserede tilgang i SC var et værdsat element. SC1 anså muligheden for at mødes med andre, som det vigtigste ved indsatsen, og for SC2 havde gruppeaspektet betydet, at hun fik nogen at dele sine oplevelser med. Det var vigtigt for hende, da hun ikke havde kollegaer med lignende udfordringer. SC1 foreslog tilmed, at gruppeaspektet kunne forstærkes ved at oprette en Facebookgruppe til deltagerne, hvilket kunne motivere og skabe en følelse af forpligtigelse samt muliggøre, at gruppen sparrede med hinanden efter forløbets afslutning.

"Man har nogle at dele tingene med. Det, synes jeg, har været rart, at jeg ikke er alene, fordi på min arbejdsplads derude, er der ikke nogle, der har skulderproblemer, og det er svært for dem at forstå, når man har så hammer-ondt." (SC2)

"(...) At folk bliver sat sammen i grupper, ikke? Og så er de egentlig på Facebook eller et andet medie... Kommunikerer med hinanden og holder hinanden op. Altså, jeg ved ikke, om du har set det der "Rigtige mænd"?" (SC1)

Den eneste omtalte ulempe ved gruppeaspektet var, at det stillede krav til, at deltagerne skulle møde op på de fastlagte mødetidspunkter, hvilket for nogle var svært foreneligt med deres arbejdstider.

"Men den der "okay, så skal jeg komme på et bestemt tidspunkt, der passer dårligt med mit arbejde", og "jeg vil egentligt gerne" og.. Kontra at "jeg kan komme, når det passer på min arbejdsplads", og "at jeg ikke skal være væk fra.. På uhensigtsmæssige tidspunkter". Så jeg synes nogle gange, at det er det der med, hvad låser op og hvad begrænser?" (FS2)

Fra et DoI teoretisk perspektiv kan det have haft konsekvenser for adaptationen af indsatsen, at cafemødernes faste mødetidspunkter var inkompatible med nogle deltagernes arbejdstider. Deltagernes arbejdstider kan altså have været en kontekstuel faktor, der har haft indvirkning på, hvorvidt deltagerne adopterede indsatsen.

Endvidere blev gruppesammensætningen i SC omtalt. Mens nogle antydede, at grupperne fremadrettet bør forblive, som de var eller bør sammensættes efter specifikke erhverv, pegede flest udtalelser i retning af, at grupperne med fordel kan opledes efter arbejdsplads. KF3 havde hørt deltagere fra samme arbejdsplads tale om, at de måtte afprøve noget af det lærte, når de kom tilbage på arbejdspladsen, og ligeledes havde AA2 oplevet, at deltagere, der arbejdede i samme køkken, havde holdt hinanden op på nogle af de ting, som de lærte til cafemøderne.

"Det kunne man høre, at de sådan internt havde nogle små ting, som de snakkede omkring; "det kunne vi også godt lige" (...). Hvordan de sådan kunne gøre tingene anderledes, når de kom tilbage. Eller kom på arbejdspladsen igen." (KF3)

"Vi havde tre fra samme arbejdsplads. Og det var ligesom I sagde, at det var også skide godt, at det var tre fra samme arbejdsplads. Så bliver der noget vedholdenhed, og at de holdte hinanden op på nogle ting, og det fungerede godt." (KF2)

Udover at sammensætte grupperne efter arbejdsplads, blev det foreslået, at cafemøderne fremadrettet afholdes på arbejdspladsen. AM så en fordel herved, da det kunne nedbryde nogle af de barrierer, der ellers kan hindre, at deltagere kommer afsted eller laver øvelser.

"Så man kunne sagtens forestille sig, i min verden, at man kunne køre lokalt på arbejdspladsen. Der har været nogle inde med mange medarbejdere, hvor man sagtens kunne have fyldt et hold på arbejdspladsen. Måske nogle af de barrierer med om man dukker op, eller om man får trænet kunne blive lidt noget andet, hvis man var på arbejdspladsen, eller i arbejdstiden eller lige efter. Og det samme hvis flere kollegaer er i gang, ikke?" (AM)

Hvis SC afholdes på arbejdspladsen ved fremtidig implementering, kan det, ud fra et DoI teoretisk perspektiv, medføre, at deltagere i højere grad tager indsatsens budskaber til sig, fordi det nedbringer kompleksiteten og øger kompatibiliteten. Sidstnævnte kan øges ved, at deltagere ikke bruger fritid på cafemøderne samt ved, at cafemødernes tidspunkt ikke konflikter med arbejdstider. Kompleksiteten kan reduceres ved, at deltagere løbende kan sparre med hinanden, hvorved det kan blive lettere for den enkelte at huske den korrekte udførelse af arbejdsstillinger eller øvelser.

Deltagelse i et forskningsprojekt

I dette tema er fokus på, hvilken betydning det kan have haft for effekten af indsatserne, at deltagerne var en del af et forskningsprojekt.

Flere informanter følte en forpligtelse efter at have meldt sig til et forskningsprojekt. En informant fra SV berettede tilmed, at han udførte øvelserne, selvom han ikke var motiveret for at lave dem, fordi han følte sig forpligtet til det.

"Ja, for det første så syntes jeg, at jeg var forpl... Jeg kan jo ikke være med i noget, og så ikke gøre det. Jeg kan jo ikke bare skrive: "Nå, jeg har taget 10 og...". (...) Og så ville jeg jo snyde mig selv... Og snyde jer... Og så ville i jo ikke få nogen... Nogen tal ud af det, i kan bruge." (SV1)

Da deltagere i en fremtidig implementeret indsats ikke vil opleve en forpligtelse over for et forskningsprojekt, kan det potentielt have betydning for, hvorvidt effekten af en fremtidig implementeret indsats vil afspejle dén effekt, som estimeres i cluster RCT-studiet.

Som en del af forskningsprojektet skulle deltagerne monitoreres med dagbogsføring, og dette viste sig både at have en fremmende og hæmmende virkning på øvelsesudførelsen.

En informant oplevede, at dagbogen på den ene side satte træningen i system, men på den anden side gjorde den tidskrævende og uoverskuelig. Endvidere blev det nævnt, at dagbogens længde på 50 afsnit følte uoverskuelig. SV2 mente, at dette var én grund til, at hun med tiden "kørte død" i træningen.

"Altså, jeg tror måske også lige det med, at man skal køre dagbog. Jeg kan godt se, at man er nødt til at have et system i det. Det er måske også det, der gør, at man ikke får alle øvelserne lavet eller får øvelserne lavet lige så tit, som man skal. (...) det tager længere tid, og man skal sætte sig ind i det hver gang, og det tror jeg, at det er derfor, man falder lidt fra i starten. (...)" (SC3)

"Jeg tænker lidt, at det er nogle fine øvelser... men i for lang tid... Det hæfte der... Der stod jo helt op til 50... Og jeg var dum, og jeg begy...: "Skal jeg nå alt det?" (SV2)

Dagbogsføringen kan således have hæmmet motivationen eller muligheden for at udføre øvelserne efter hensigten og dermed også have haft konsekvenser for den estimerede effekt. Omvendt kan deltagerne i en fremtidig implementeret indsats mangle den systematik, som dagbogen medførte, hvilket kan få betydning for, hvor konsekvent øvelserne udføres.

En anden anvendt monitoreringsmetode var axivitemålingen. Mængden af opmærksomhed, som deltagerne tildelte denne under forløbet, varierede. Mens én informant ikke tænkte over at bære den, oplevede en anden at den kløede, og han var bekymret for at lægge sig til at sove på den. En tredje havde taget korte bade i perioden, fordi vedkommende tvivlede på, om måleren måtte blive våd.

"(...) men jeg tænkte alligevel: "okay, det kan godt være, at der sidder det der udenom, men holder det?" (...) Jeg var bare... Og så ud igen." (SV4)

At nogle deltagerne tildelte måleren relativt meget opmærksomhed, kan have præget deres oplevelse af forløbet negativt, hvilket kan have haft betydning for den indsats, de ydede. Det betyder, at deltagerne i den fremtidige implementerede indsats muligvis adopterer indsatsen i højere grad, fordi axivitemåleren ikke præger deres oplevelse af forløbet.

For én informant havde axivitemåleren dog haft en positiv betydning for hvorvidt hun modificerede sine arbejdsstillinger. Hun oplevede, at resultatet fra målingen gav indsigt i belastningen af en bestemt arbejdsstilling, hvorefter hun modificerede den.

"Og der efterfølgende, hvor jeg fik at vide, hvor belastet den var, og hvor ensartet den var (...), så har jeg taget mig selv i lige at lade være med at slippe den så meget, så jeg holder den lidt længere nede ind i perioderne, så jeg kan mærke: "så, nu synes jeg at det her, det er hårdt". Så det synes jeg da er rigtigt godt, fordi så kan jeg da finde ud af, hvad det er, at jeg kan gøre." (SC3)

Det var dog ikke alle informanter, som fandt axivitemålingens resultat anvendelig på denne måde, hvilket var særligt gældende for deltagerne fra SV. Mens det ikke blev

nævnt blandt informanterne fra SC, udtrykte alle informanter fra SV, at de havde besvær med at tolke resultaterne, eller at de ønskede en dybere forklaring heraf. Mens SV4 kunne have tænkt sig en mundtlig overlevering af resultaterne, berettede SV3, at hun, som afslutning på SV-forløbet, gerne ville have haft en skriftlig forklaring på, hvor belastende hendes arbejdsstillinger havde vist sig at være for hendes skuldre.

"Jeg forsøgte at sidde og kigge på dem. Jeg havde lidt svært ved at finde ud af dem." (SV2)

Herudover blev det fremhævet, at længden af perioden hvori aktivmåleren blev båret, ikke var tilstrækkelig lang til at afdække deltagerens reelle arbejdsbelastning. Én informant, som var tømrer, havde ikke haft nogen belastende arbejdsopgaver i perioden, hvor han havde måleren på. En anden informant, som heller ikke fandt perioden dækkende, foreslog i stedet en periode på mindst tre uger, for at der kunne skabes et realistisk billede af belastningen.

"Jeg synes, at det er lidt svært på fem dage. Fordi mit arbejde, det er meget, meget forskelligt. (...) Der er nogle gange, så løfter jeg selv malerspande op på tredje sal og sådan noget der, ikke også? (...) Altså, det var der jo heller ikke ret mange målinger på, på en uge. Altså, det ville være mere realistisk på tre uger i hvert fald, fordi så har jeg flyttet lejligheder og sådan noget der, ikke også?" (SC2)

At perioden hvori aktivmåleren blev båret, ikke var tilstrækkelig lang, kan umiddelbart have medført, at deltagerens reelle arbejdsstillinger og -belastning ikke blev indfanget, hvilket kan have betydning for den estimerede effekt.

I dette hovedafsnit blev det belyst:

- At øget handlekompetence, smertereducering og modificerede arbejdsstillinger var forskellige former for udbytte som deltagerne opnåede ved at deltage
- At følgende faktorer var af betydning for om belastende arbejdsstillinger blev modificeret: deltagerens parathed til at ændre tankegang, normer på arbejdspladsen, og ledelsers og akkordansattes opfattelse af de økonomiske omkostninger ved at prioritere sikkerhed
- At deltagere fra SC, i større omfang end deltagere fra SV, rapporterede at de udførte øvelserne efter hensigten.
- At følgende faktorer kunne fremme øvelsesudførelsen: træning med andre, øvelser af lav sværhedsgrad og positiv erfaring med skulderøvelser
- At negativ erfaring med skulderøvelser, en travl hverdag, smerter ved udførelsen af øvelser samt smertereducering kunne hæmme øvelsesudførelsen
- At øvelsernes progressionsmuligheder kunne forvirre nogle og motivere andre. Dog kunne motivationen dale igen, hvis der ikke længere var et nyt niveau at træne hen imod
- At gruppeaspektet ved SC var et værdsat element, men at det samtidigt stillede krav til faste mødetidspunkter, hvilket ikke altid harmonerede med deltagerens arbejdstid.

- At deltagernes bevidsthed om at deltage i et forskningsprojekt medførte en følelse af forpligtigelse i forhold til at udføre øvelserne, samt at monitoreringsmetoderne, dagbogsføring og aktivmålingen, både kunne hæmme og fremme deltagernes indsats under forløbene.

Begrænsninger ved procesevalueringen

Mens evaluator havde adgang til detaljerede beskrivelser af de inkorporerede elementer i SC og SV, var det en udfordring, at indsatsernes underliggende antagelserne ikke var tilstrækkeligt tydeliggjort og dokumenteret skriftligt. Udover at evaluator måtte bruge tid på denne afdækning, kan en mangel på eksplicit angivelse af en interventions elementer og de underliggende antagelser bag, ifølge Moore et al. (2015), føre til, at procesevalueringen ikke fokuserer på de væsentligste usikkerheder ved interventionen. Sådant en risiko må siges at være tilstede ved denne procesevaluering.

Grundet manglende datagrundlag var det en udfordring at vurdere, om indsatserne blev leveret præcist efter hensigten. Det har derfor ikke været muligt at identificere mulige ændringer, som kunne udfordre fidelity (nøjagtighed) af levering af indsatsernes elementer. En undersøgelse af implementeringen, som supplement til en undersøgelse af aggregerede outcomes, kan give et mere klart billede af, hvad der skabte den estimerede effekt (5). Med den manglende vurdering af indsatsernes fidelity, er det derfor svært at give et bud på, hvad der kunne have skabt den estimerede effekt i RCT-studiet.

Det relativt lave antal informanter fra hhv. SV (n=4) og SC (n=3) som en del af procesevalueringens datagrundlag kan, ifølge MRC-modellen, have begrænset forståelsen af indsatsen som helhed. Omvendt kan det betragtes som en styrke, at de rekrutterede deltagere fra indsatserne repræsenterede forskellige erhverv (VVS'er, maler, ernæringsassistent, tømrer og mejerist), køn og aldre (43-63 år), ligesom det er positivt for variation af besvarelser, at der blev rekrutteret fysioterapeuter til fokusgruppeinterviewet fra næsten alle de medvirkende kommunale sundhedscentre, hvor skuldercafeerne blev afholdt.

Skift af evaluators har, på trods af fælles projektlog, kompromitteret muligheden for at skabe transparens i særligt dataindsamlingsprocessen og som en affødt konsekvens en manglende transparens i, hvorvidt og hvordan indsatserne blev leveret i RCT'et. Det har været udfordrende for den endelige, tredje evaluator at redegøre for de forudgående metodiske overvejelser og fremgangsmåder, hvilket afspejles i procesevalueringens metodeafsnit. Endelig kan det have været en begrænsning for procesevalueringens kvalitet, at de tre evaluators har haft sparsom forudgående praktisk erfaring med procesevaluering som evalueringsmetode.

Diskussion

Flere mere eller mindre direkte motiverende faktorer af fysiologisk, psykosocial og organisatorisk karakter har vist sig igennem analysen. Her diskuteres udvalgte faktorer med muligheden for at kunne tilbyde evidensbaserede forklaringer på en mulig positiv effekt af SC og SV indsatserne. Resultaterne af RCT'et foreligger ikke i skrivende stund.

I denne procesevaluering analyse fremgår det, at aktivmålingen var en kontekstuel faktor med betydning for om deltagere ændrede arbejdsstillinger, idet den blev anvendt til at måle egen belastning ved en specifik arbejdsstilling (se bilag 5). Studier om effekten af selvmonitorering, som strategi til at fremme sundere arbejdsstillinger, er ikke blevet identificeret i forskningslitteraturen, men selvmonitoreringens betydning for øvrig sundhedsadfærd, er belyst. I relation til fremme af fysisk aktivitet, angiver et meta-review at selvmonitorering, isoleret set, ikke har signifikant effekt, men at denne adfærdsændringsstrategi i stedet anbefales i kombination med andre strategier (16). Samme meta-review angiver, at selvmonitorering var én af flere adfærdsændringsstrategier som, mest konsistent, var associeret med forbedret vægthåndtering samt, at strategien også blev fundet effektiv i relation til fremme af sunde kostvaner (dog i et studie af ringe kvalitet) (16). I lyset af dette findes det relevant at undersøge nærmere, om aktivmålingen kan anvendes som redskab til selvmonitorering i indsatsen, og om dette kan fremme deltageres ændring af belastende arbejdsstillinger i SC.

Det blev endvidere udpeget at brugen af instruktionsvideoer potentielt kan nedbringe kompleksitetsniveauet og derfor forbedre forudsætningerne for, at deltagerne adopterer øvelserne. Denne betragtning støttes af Miller et al. (2009), som undersøgte hvorledes patienter med skulder- og rygsmerter oplevede, at videooptagede øvelser og instruktioner støttede deres rutinemæssige fysioterapi. Studiet fandt, at videooptagede øvelser støttede individer ved at hjælpe dem med at fuldføre og lære øvelserne korrekt, og endvidere fik det dem til at føle sig mere selvsikre, motiverede og kompatible i forhold til øvelsesinstruktionerne (17). Ved at individerne bliver mere selvsikre i forhold til at udføre øvelserne, øges deres self-efficacy, hvilket ifølge Jack et al. (2009), ellers kan være en barriere for overholdelse (adherence) af fysioterapeutisk behandling, hvis den er for lav. Dette fremhæver potentialet ved at inkorporere instruktionsvideoer i en fremtidig implementeret indsats.

Procesevalueringens analyse peger desuden på, at et smerteoplæg kan skabe større forståelse for den kropslige fornemmelse af ubehag og smerte og nedbringe kompleksiteten af SC. Dermed forbedres forudsætningerne for, at deltagerne adopterer indsatsen, idet de ikke selv skal sørge for at få forståelse for hvilke fornemmelser i skulderen, der er acceptable under træning. Denne betragtning understøttes af et systematisk review af Louw (2016), som angiver, at der er stærk evidens for effekten af smerteundervisning til muskuloskeletale smerteproblematikker i forhold til henholdsvis smerte, begrænset viden om smerte, smertekatastrofering, fear avoidance, usunde holdninger og adfærd relateret til smerte samt begrænset fysisk bevægelse. Her er det vigtigt at understrege, at Louw et al (2016) tager udgangspunkt i smertetilgangen pain neuroscience education (PNE), som forklarer de biologiske og fysiologiske processer, som er involverede i en smerteoplevelse, og dermed adskiller sig fra mere traditionelle

modeller, hvor smerteoplevelsen forklares fra et vævsperspektiv. Hvis et smerteoplæg inkorporeres i den fremtidige implementerede indsats, bør tilgangen til smerteundervisningen derfor overvejes.

Sammensætningen af grupperne i SC blev også et omdrejningspunkt i analysen. De fleste udtalelser pegede på, at det kunne være en fordel at opdele grupperne efter arbejdsplads. Med afsæt i Peggy Thoits stressbuffering teori (20), kan der være fordele ved at sammensætte grupperne således, da deltagerne kan relatere til hinandens erfaringer og udfordringer i et bredere perspektiv. Thoits opdeler en persons sociale netværk i to; primærgruppen og sekundærgruppen. Sidstnævnte har erfaring med den pågældende stressor, som i dette tilfælde er arbejdsrelaterede skulderproblemer. Medlemmer fra den sekundære gruppe kan give effektiv social støtte, herunder både følelsesmæssig næring og coping assistance, grundet direkte erfaringsbaseret viden. Et medlem fra den sekundære gruppe kan, på baggrund af sin erfaring, have dyb forståelse for mange af stressorens dimensioner og nuancer og derfor være i stand til at sætte sig i den andens sted og deltage i følelsesmæssige reaktioner og praktiske bekymringer. Vedkommende kan også bedre tolerere udtryk for fortvivlelse og validere normaliteten af individets følelsesmæssige reaktion og bekymring. Endelig kan et medlem af den sekundære gruppe give assistance til coping med stressoren, der er tæt forbundet med den problematiske situation, og som derfor er mere effektivt i forhold til at løse problemet og sænke situationens krav (20). Det kan argumenteres for, at deltagerne i SC's nuværende gruppesammensætning allerede kan give hinanden social støtte, da de alle har erfaring med arbejdsrelaterede skulderproblemer. Dog er det muligt, at kvaliteten af den sociale støtte øges, ved at sammensætte grupperne så deltagernes erfaringer og udfordringer minder yderligere om hinanden, eksempelvis ved at sammensætte grupperne efter arbejdsplads.

Konklusion

Procesevalueringen har udforsket de mekanismer, som lå til grund for formodningen om, at SC og SV indsatserne kunne skabe forandring. Gennem den processuelle afdækning er der skabt dybere forståelse for de mulige sammenhænge. De interviewede deltagere rapporterede i evalueringen om en forstærket forståelse for, hvad der kan reducere skulderproblematikker. Det blev samtidig fundet, at inkorporering af smerteundervisning i undervisningen formentlig vil kunne øge deltageres forståelse yderligere. Den superviserede træning i Skuldercafeen gav samtidigt mulighed for at gense den korrekte udførelse af hjemmeøvelserne. Inkorporering af instruktionsvideoer, som blev foreslået af deltagerne, vil muligvis kunne støtte deltagerne yderligere i den rutinemæssige udførelse af hjemmeøvelserne ved blandt andet øget motivation og mere sikkerhed i forhold til at gennemføre øvelserne korrekt.

Procesevalueringen har identificeret kontekstuelle faktorer, som kan have spillet en rolle for den estimerede effekt. Af kontekstuelle faktorer blev deltageres bevidsthed om at deltage i et forskningsprojekt og monitoreringen af deltagerne, blandt andet identificeret. Selvmonitorering har vist sig at være en effektiv adfærdsændringsstrategi i forbindelse med anden sundhedsadfærd, hvilket understreger, at anvendelsen af aktivmåleren i projektet, utilsigtet, kan have spillet en rolle for effekten af indsatsen i forhold til modificering af belastende arbejdsstillinger.

Grundet et manglende datagrundlag om leveringen af Skuldercafeen og Skuldervejledningen kan det ikke konkluderes, om indsatserne blev udført efter hensigten. Det vides, at antallet af tilstedeværende fysioterapeuter ved Skuldercafeens cafemøder blev reduceret grundet et lavt fremmøde af deltagere. Den manglende indsigt i den praktiske levering af indsatserne under projektet gør det svært at skønne om en fremtidigt implementeret indsats, udført præcist efter hensigten, vil kunne reproducere den effekt, som estimeres i effektevalueringen.

Referencer

- (1) Trøstrup, J., Mikkelsen, L. R., Frost, P., Dalbøge, A., Høybye, M. T., Casper, S. D., Jørgensen, L. B., Klebe, T. M. & Svendsen, S. W. (2019). Reducing shoulder complaints in employees with high occupational shoulder exposures: study protocol for a cluster-randomised controlled study (The Shoulder-Café Study). *Trials*, 20:627
- (2) Grant, A., Treweek, S., Dreischulte, T., Foy, R. & Guthrie, B. (2013). Process evaluations for cluster-randomised trials of complex interventions: a proposed framework for design and reporting. *Trials*. 14:15
- (3) Forskningsenheden, Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg (2014). Et Interaktivt Skulderløft.
- (4) Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D. & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 350:h1258
- (5) Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D. & Baird, J. (ikke identificeret) Proces evaluation of complex interventions. UK Medical Research Council (MRC) guidance. Lokaliseret d. 12.08.2020 på: www.populationhealth-sciences.org/Process-Evaluation-Guidance.html
- (6) Krogstrup, H. K. (2016). *Evalueringsmodeller* (3. udg.). Hans Reitzels Forlag
- (7) Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015). *Interviewet: Samtalen som forskningsmetode*. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. *Kvalitative metoder*. En grundbog. (2. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- (8) Christensen, U., Nielsen, A. & Schmidt, L. (2011). *Det kvalitative forskningsinterview*. I: Vallgård, S. & Koch, L. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg.). København. Munksgaard.
- (9) Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterView. Introduktion til et håndværk* (2. udg.). København. Hans Reitzels Forlag.
- (10) Dahlager, L. & Fredslund, H. (2011). *Hermeneutisk analyse – forståelse og forforståelse*. I: Vallgård, S. & Koch, L. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg.) København. Munksgaard.
- (11) Brinkmann, S. (2015). *Etik i en kvalitativ verden*. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. *Kvalitative Metoder*. En grundbog. (2. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- (12) Datatilsynet (2019). *Vejledning. Samtykke*. September 2019.
- (13) Datatilsynet (2017). *Databeskyttelsesforordningen. En introduktion til de kommende nye regler om beskyttelse af personoplysninger*.
- (14) Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of Innovations*. (5.udg.). Simon & Schuster Ltd.
- (15) Oldenburg, B. & Glanz, K. (2008). *Diffusion of Innovations*. I: Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. (4 udg.). Jossey-Bass
- (16) Spring B., Champion K.E., Acabchuk R. & Hennessy E.A. (2020). Self-regulatory behaviour change techniques in interventions to promote healthy eating, physical

activity, or weight loss: a meta-review. *Health Psychol Rev.* 2020 Feb. 17;1-32. doi: 10.1080/17437199.2020.1721310.

(17) Miller J.S, Litva A. & Gabbay M. (2009). Motivating patients with shoulder and back pain: can a videotape of exercise support physiotherapy. *Physiotherapy*, 2009-03-01, Volume 95, Issue 1, Pages 29-35

(18) Jack K., McLean M.S., Moffett K.J. & Gardiner E. (2010). Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Manual Therapy*, 15, 220-228

(19) Louw A., Zimney K., Puentedura E.J. & Diener I (2016). The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy theory and practice*, vol. 32, no. 5., 332-355

(20) Thoits, P.A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 52(2), 145-161.

Bilag

Oversigt over bilag:

Bilag 1 – Samtykkeerklæring

Bilag 2 – Interviewguide, fokusgruppeinterview

Bilag 3 – Interviewguide, individuelle interviews, Skuldercafeen

Bilag 4 – Interviewguide, individuelle interviews, Skuldervejledning

Bilag 5 – Revideret programteori

Bilag 6 – Indhold i Skuldercafeen og Skuldervejledning

Bilag 1: Samtykkeerklæring

Erklæring om informeret samtykke til deltagelse i procesevalueringens fokusgruppeinterview.

Informeret samtykke til deltagelse i forskningsprojektet: Reduktion af skulderbelastende arbejde og skulderproblemer Erklæring for deltagelse i fokusgruppeinterview

Formålet med fokusgruppeinterviewet er, at opnå indsigt i de kontekstuelle, organisatoriske og adfærdsmæssige interaktioner og undersøge motivationen for interventionen hos både deltagere og sundhedsprofessionelle.

Denne samtykkeerklæring får du for at sikre, at du har fået mundtlig og skriftlig information om at deltage i fokusgruppeinterviewet, der skal bruges til en procesevaluering, der er en del af Ph.d. Projektet Reduktion af skulderbelastende arbejde og skulderproblemer.

Jeg er informeret og indforstået med:

At det er frivilligt at deltage i fokusgruppeinterviewet, og at jeg altid kan trække mit samtykke tilbage uden at miste mine nuværende eller fremtidige rettigheder.

At interviewet er fortroligt og anonymt. Det betyder, at mit navn ikke nævnes og min identitet sløres, så jeg ikke kan genkendes i projektet.

At interviewet optages og vil kun blive anvendt af projektmedarbejder i forbindelse med Ph.d. Lydfilen vil blive opbevaret efter gældende sikkerhedsregler, således at udefrakommende ikke kan få adgang til det og vil blive destrueret efter brug.

At materialet vil indgå som analyse i en procesevaluering i Ph.d. projektet.

Jeg giver samtykke til, at deltage i forskningsprojektet og har fået en kopi af dette samtykkeark samt en kopi af den skriftlige information om projektet til eget brug.

Navn: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Erklæring fra den, der afgiver information:

Jeg erklærer at deltagerne har modtaget mundtlig og skriftlig information om interviewet og har haft mulighed for at stille spørgsmål til mig.

Bilag 2: Interviewguide, fokusgruppeinterview

Interviewguide anvendt under fokusgruppeinterview med fysioterapeuter og arbejdsmiljøkonsulent.

Tema	Analytiske fokusområder	Interviewspørgsmål:
Briefing		<p>Mange tak for jeres deltagelse i projektet, og for at I vil tage jer tid til at tale med mig i dag.</p> <p>Interviewet kommer primært til at handle om jeres deltagelse som fysioterapeut i Skulder-caféen og hvilke muligheder og udfordringer I har mødt undervejs.</p> <p>Formålet med fokusgruppeinterviewet er, at opnå indsigt i de kontekstuelle, organisatoriske og adfærdsmæssige interaktioner og undersøge motivationen for interventionen hos både deltagere og sundhedsprofessionelle.</p> <p>Jeres svar skal jeg bruge til en procesanalyse for at finde ud af, hvordan Skulder-Caféen er blevet modtaget og implementeret hos jer.</p> <p>Jeg vil præsentere jer for 3 emner og jeg håber, at I vil diskutere spørgsmålene her i gruppen.</p> <p>Jeres udtalelser vil blive anonymiseret og optagelserne vil blive behandlet fortroligt. (Gennemgang af samtykkeerklæring). Det er ikke nogle rigtige eller forkerte svar, og så jeg vil som moderator forsøge at styre, hvem der siger noget, og derfor må I gerne række hånden op, hvis der er flere, der vil tale.</p> <p>Jeg forventer at interviewet tager 1 time og 30 minutter.</p>
Personlig introduktion		Kort præsentation af jer selv (navn og ansættelsessted)
Skulder-café	Organisering og implementering af Skulder-café	<p>Hvad oplever I, der fungerede godt i Skulder-caféen - og hvad var knap så godt?</p> <p>Hvordan oplevede du instruktionen fra Jeanette og selve instruktionsbogen, følte</p>

		<p>du dig godt klædt på til at instruere deltagerne i øvelserne?</p> <p>Hvis I har kørt flere forløb, har I oplevet, at Skulder-café forløbet har ændret sig over tid? (Og kan du komme med eksempler på ændringer?)</p> <p>Har I implementeret elementer fra projektet i jeres daglige praksis? Hvorfor/Hvorfor ikke? (F.eks. anden træningsvejledning, andre øvelser, instruktion, information om skulderproblem, anden måde at give information på)</p> <p>Hvad skal der til for, at Skulder-caféen kan blive endnu bedre? (Eks. organisering, andre øvelser, antal repetitioner mm.)</p> <p>Kan du fortælle noget mere om det?</p>
	Undervisningen -motivation og barriere	<p>Undervisningen er varetaget af både fysioterapeuter fra Skulder-caféen og en arbejdsmiljørådgiver. Hvordan har I oplevet, at undervisningen er blevet modtaget hos deltagerne? Var der noget i undervisningen, som I synes skulle være anderledes, f.eks. mere eller mindre af noget?</p>
	Klinisk undersøgelse - motivation og barriere	<p>Den kliniske undersøgelse blev varetaget af fysioterapeuter fra Skulderklinikken. Oplever I, at det er en fordel, at undersøgelsen foretages af fysioterapeuter fra Skulderklinikken frem for af de kommunale fysioterapeuter? Hvorfor /hvorfor ikke?</p>
	Gruppedynamik	<p>Hvordan synes I organiseringen har været med gruppeundervisning?</p> <p>- Er det en god måde – eller kunne interventionen være bedre organiseret?</p>

		<p>I nogle af caféerne har der været meget snak og på andre knap så meget, hvordan oplever I gruppedynamikken?</p> <p>Hvilken forskel oplever I, at det gør for at deltagerne har lyst til at træne? Har I gode ideer til, hvad kan man gøre for at øge gruppedynamikken?</p> <p>Antallet af deltagere på holdet har været forskelligt- hvor mange deltagere skal der optimalt være på holdet?</p>
Motivation og barrierer ved deltagelse i projektet	Motivation for deltagelse som sundhedsprofessionel	<p>Hvad motiverer Jer til at deltage som sundhedsprofessionel i forskningsprojektet?</p> <p>Hvordan har det været, at være en del af et større projekt, har I fået det udbytte, som I har ønsket?</p>
	Motivation og barrierer hos deltagerne	<p>Hvilke udfordringer/gevinster ser I med denne målgruppe i forhold til at udføre øvelserne? (både at kunne udføre dem uden smerter og at få det gjort i hele projektperioden)</p> <p>Hvordan tror I, at interventionen er blevet modtaget af deltagerne, har de været motiveret for at lave øvelserne?</p> <p>Hvad tror I, der skal til for at fastholde deltagerne i projektet?</p>
	Ændring af adfærd hos deltagerne (Self-efficacy)	<p>Kan I give nogle eksempler på, hvordan deltagerne har fået en bedre forståelse for håndtering af deres skulderproblematik eller ændret adfærd, efter de er startet i Skulder-caféen?</p>
Strukturelle/Organisatoriske faktorer	Tværasektorielt samarbejde	<p>På hvilken måde kan I se muligheder i at arbejde tværasektorielt i regionalt og kommunalt regi omkring skulderproblemer? Kan man gøre mere eller andet for at øge tværasektorielt samarbejde?</p>

		<p>På hvilken måde kan I se udfordringer i at arbejde tværsektorielt i regionalt og kommunalt regi omkring skulderproblemer?</p> <p>Hvilken betydning har det at Skulder-caféerne har været arrangeret lokalt i jeres sundhedscentre frem for i Silkeborg?</p> <p>I en evt. implementering af projektet i et større perspektiv på landsplan, hvilke faktorer ser I som en nødvendighed eller mulighed for at det kan lade sig gøre? (eks. økonomisk, tidsmæssigt, politisk, kulturelt)</p>
Emne 4 åbent		Er der emner, som I synes vi mangler at komme rundt om?
Debriefing		Mange tak for jeres hjælp og deltagelse i projektet og interviewet, jeg vil bruge jeres svar til at gøre forløbet for personer med skulderproblemer endnu bedre. I er meget velkomne til at kontakte mig, hvis I har spørgsmål i forhold til interviewet.

Bilag 3: Interviewguide, individuelle interviews, Skuldercafeen

Interviewguide anvendt under de individuelle interviews med deltagere fra Skuldercafeen.

TEMA	ANALYTISKE FOKUSOMRÅDER	INTERVIEWSPØRGSMAÅL
Briefing		<p>Mange tak for din deltagelse i projektet, og for at du vil tage dig tid til at tale med mig i dag.</p> <p>Interviewet kommer primært til at handle om din deltagelse i projektet, og hvilke mulige udfordringer og sejre, du har mødt undervejs.</p> <p>I alt skal jeg interviewe 20 deltagere fra projektet samt de fysioterapeuter, som også har deltaget.</p> <p>Det er vigtigt for mig at nævne, at alt du fortæller vil blive holdt helt anonymt, og at mit formål med dette interview ikke er at konkludere noget ud fra, hvad kun du siger. Jeg sammenholder nemlig alle interviews, så det kan sige noget helt generelt om projektet og muligvis hvad vi kan gøre bedre, hvis vi skulle holde skulderforløbet en anden gang.</p> <p>Du skal endelig sige til, hvis der er nogle af mine spørgsmål, du ikke forstår, eller hvis der er spørgsmål, der ikke giver mening. Det er vigtigt for mig at sige, at der ikke findes nogen rigtige eller forkerte svar. Du skal endelig bare besvare spørgsmålene så godt du kan, og det er også helt i orden, hvis der er spørgsmål, du ikke ønsker at besvare.</p> <p>Jeg forventer at interviewet vil tage omkring 1 time.</p> <p>Har du nogen spørgsmål inden vi starter? Du er også meget velkommen til at stille spørgsmål undervejs.</p>
Personlig introduktion		Vil du fortælle mig lidt om dig selv, bare kort?

		<p>Jeg ved fra din deltagelse i projektet, at du hedder XX, og er XX år gammel samt at du arbejder som XX. Er det korrekt? Har du en anden funktion/andre arbejdsopgaver på dit job, end det du er ansat som? Hvad tænker du at din reelle arbejdstid er? Og hvor mange timer er du ansat?</p> <p>Derudover:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familieforhold - Aktiviteter i fritiden – KORT
Tilmelding til deltagelse i projektet.	Motivation for deltagelse	<p>Da du hørte om projektet, hvad fik dig så til at takke ja til at deltage?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan/med hvem traf du beslutningen om at deltage i projektet? - Hvorfor var det lige dig, som blev udvalgt til at deltage? - Hvad tænkte du projektet kunne hjælpe dig med?
Øvelserne	Motivation og barrierer	<p>Hvordan oplevede du træningsøvelserne, og hvordan du arbejdede med dem, når du var hjemme. Kan du fortælle noget om det?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad gjorde, at du havde lyst til at gå i gang med øvelserne efter den 1. Skulder-Café? - Kunne du øvelserne godt nok, da du gik hjem fra 1. Skulder-Café? - Var øvelserne til at forstå, og hvad synes du om dagbogen og instruktionsbogen? Burde vi ændre noget i øvelserne eller bøgerne? - Hvordan lavede du dine øvelser, mens du var med i projektet? (opdeling, fordeling over dage) - Hvor lavede du dine øvelser? - Hvad motiverede dig til at lave dine øvelser? - Hvad kunne stå i vejen for at du ikke lavede dine øvelser og tænker du, at det kan imødekommes på nogen måde?
Deltagelse i projektet	Gruppedynamik	<p>Jeg vil også gerne høre lidt om, hvordan du oplevede det at være en del af en gruppe, altså sammen med andre, som også har ondt i skulderen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kan du beskrive gruppen for mig? - Hvordan bruger/har du brugt gruppen? - Hvad fik du ud af at være en del af en gruppe?

Efter deltagelse i projektet	Adfærdsændring	<p>Vil du fortælle mig om, hvad du tænker/synes om at have deltaget i dette projekt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har det haft nogen betydning for dig at have deltaget? - Har du oplevet en ændring i forhold til dine skulderproblemer? - Hvad syntes du om Axivity-målingerne og feedbacken herpå? - Hvad fik du ud af besøget fra en arbejdsmiljørådgiver (til cafe + evt. på arbejdsplads) - Hvad fungerede godt for dig i projektet? - Hvad fungerede mindre godt? - Har du fortalt andre om din deltagelse eller om øvelserne?
Evaluerings	Ændret forståelse/ viden	<p>Hvordan ser du anderledes på dine skulderproblemer efter du har været med i projektet?</p> <p>-</p>
Debriefing		<p>Mange tak for din hjælp og deltagelse i projektet, jeg vil bruge dine svar til at gøre forløbet for mennesker med skulderproblemer endnu bedre. Du er altid meget velkommen til at kontakte Jeanette eller jeg, hvis du kommer i tanke om nogle spørgsmål i forbindelse med projektet eller vores interview.</p>

Bilag 4: Interviewguide, individuelle interviews, Skuldervejledning

Interviewguide anvendt under de individuelle interviews med deltagere fra Skuldervejledning.

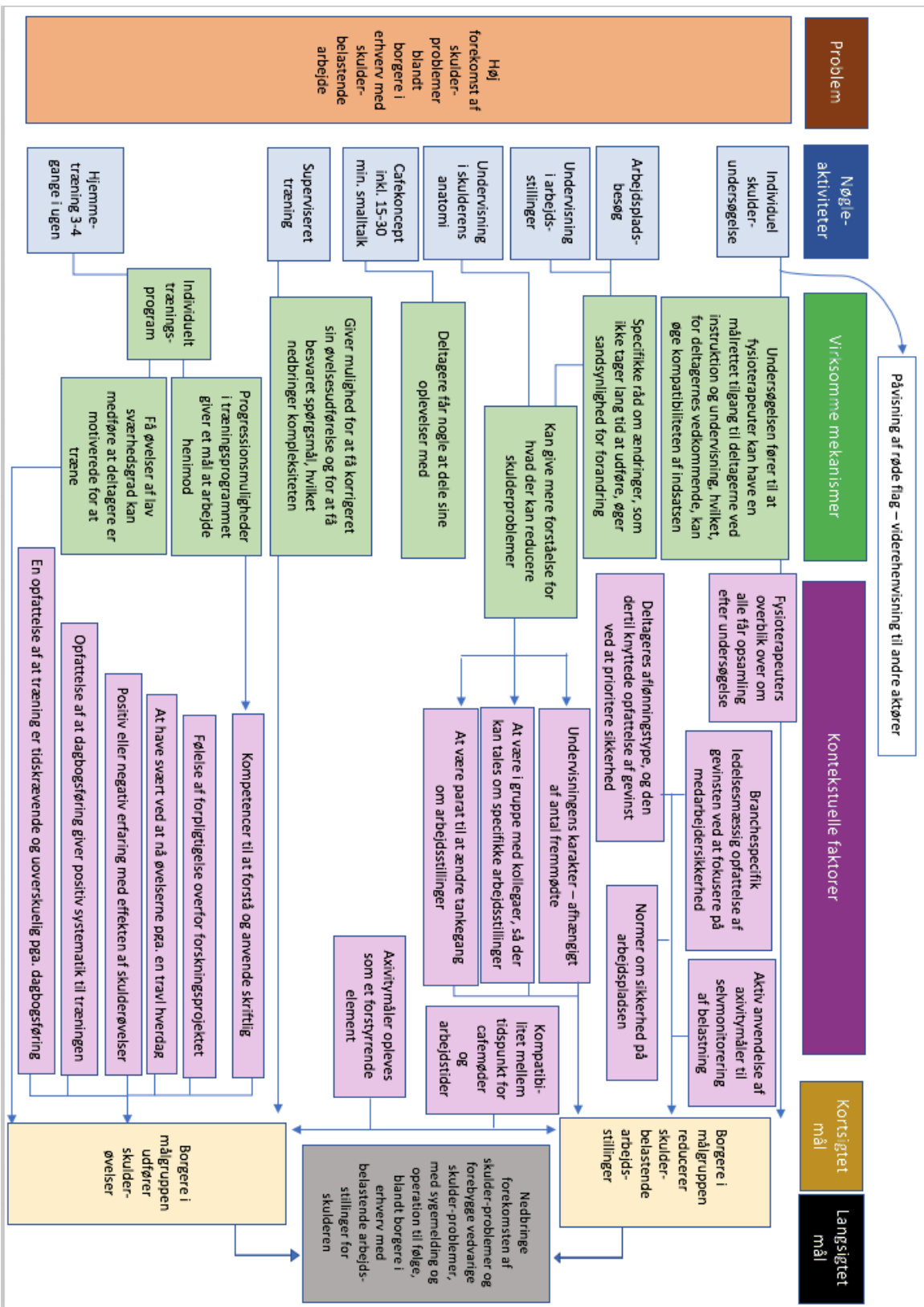
TEMA	ANALYTISKE FOKUSOMRÅDER	INTERVIEWSPØRGSMÅL
Briefing		<p>Mange tak for din deltagelse i projektet, og for at du vil tage dig tid til at tale med mig i dag.</p> <p>Interviewet kommer primært til at handle om din deltagelse i projektet, og hvilke mulige udfordringer og sejre, du har mødt undervejs.</p> <p>I alt skal jeg interviewe 20 deltagere fra projektet samt de fysioterapeuter, som også har deltaget.</p> <p>Det er vigtigt for mig at nævne, at alt du fortæller vil blive holdt helt anonymt, og at mit formål med dette interview ikke er at konkludere noget ud fra, hvad kun du siger. Jeg sammenholder nemlig alle interviews, så det kan sige noget helt generelt om projektet og muligvis hvad vi kan gøre bedre, hvis vi skulle holde Skulderforløbet forløbet en anden gang.</p> <p>Du skal endelig sige til, hvis der er nogle af mine spørgsmål, du ikke forstår, eller hvis der er spørgsmål, der ikke giver mening. Det er vigtigt for mig at sige, at der ikke findes nogen rigtige eller forkerte svar. Du skal endelig bare besvare spørgsmålene så godt du kan, og det er også helt i orden, hvis der er spørgsmål, som du ikke ønsker at besvare.</p> <p>Jeg forventer at interviewet vil tage omkring 1 time.</p> <p>Har du nogen spørgsmål inden vi starter? Du er også meget velkommen til at stille spørgsmål undervejs.</p>
Personlig introduktion		Vil du fortælle mig lidt om dig selv, bare kort?

		<p>Jeg ved fra din deltagelse i projektet, at du hedder XX, og er XX år gammel samt at du arbejder som XX. Er det korrekt? Har du en anden funktion/andre arbejdsopgaver på dit job, end det du er ansat som? Hvad tænker du at din reelle arbejdstid er? Og hvor mange timer er du ansat?</p> <p>Derudover:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familieforhold - Aktiviteter i fritiden - KORT
Tilmelding til deltagelse i projektet.	Motivation for deltagelse	<p>Da du hørte om projektet, hvad fik dig så til at takke ja til at deltage?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan/med hvem traf du beslutningen om at deltage i projektet? - Hvorfor var det lige dig, som blev udvalgt til at deltage? - Hvad tænkte du projektet kunne hjælpe dig med?
Øvelserne	Motivation og barrierer	<p>Hvordan oplevede du træningsøvelserne, og hvordan du arbejdede med dem, når du var hjemme. Kan du fortælle noget om det?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad gjorde, at du havde lyst til at gå i gang med øvelserne efter du havde mødt og fået instruktioner af os? - Kunne du øvelserne godt nok, da du gik hjem? - Var øvelserne til at forstå, og hvad synes du om dagbogen og instruktionsbogen? Burde vi ændre noget i øvelserne eller bøgerne? - Hvordan lavede du dine øvelser, mens du var med i projektet? (opdeling, fordeling over dage) - Hvor lavede du dine øvelser? - Hvad motiverede dig til at lave dine øvelser? - Hvad kunne stå i vejen for at du ikke lavede dine øvelser og tænker du at det kan imødekommes på nogen måde?
Deltagelse i projektet	Individualiseret forløb (manglende gruppedynamik)	<p>Jeg vil også gerne høre lidt om, hvordan du oplevede det at være en del af projektet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Følte du dig taget godt imod? - Følte du, at du kunne få råd/vejledning, hvis det var nødvendigt? - Manglede/savnede du noget under forløbet?

Efter deltagelse i projektet	Adfærdsændring	Vil du fortælle mig om, hvad du tænker/synes om at have deltaget i dette projekt? <ul style="list-style-type: none"> - Har det haft nogen betydning for dig at have deltaget? - Har du oplevet en ændring i forhold til dine skulderproblemer? - Hvad fungerede godt for dig i dette projekt? - Hvad synes du, fungerede mindre godt? - Har du fortalt andre om din deltagelse eller om øvelserne, som vi har givet dig?
Evaluering	Ændret forståelse/ viden	Hvordan ser du anderledes på dine skulderproblemer efter du har været med i projektet?
Debriefing		Mange tak for din hjælp og deltagelse i projektet, jeg vil bruge dine svar til at gøre forløbet for mennesker med skulderproblemer endnu bedre. Du er altid meget velkommen til at kontakte Jeanette eller jeg, hvis du kommer i tanke om nogle spørgsmål i forbindelse med projektet eller vores interview.

Bilag 5: Revideret programteori

Revideret programteori over Skuldercafeen, udarbejdet i forbindelse med analysen.



Bilag 6: Indhold i Skuldercafeen og Skuldervejledning

Tabel over de to indsatsers indhold og forløb, fra Trøstrup (2019).

Table 1 Content and time schedule of the Shoulder-Café and the Shoulder-Guidance

Shoulder-Café	Shoulder-Guidance (active control – enhanced usual care)
<p>1st café meeting (T₀):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribution of home-based exercise pamphlet, BandCizer®, Axivity accelerometers^a, diaries, and elastic bands • Presentation of participants and networking with the group • Supervised exercises with individual tailoring according to the exercise pamphlet • Clinical evaluation of the participants' shoulders • Education about shoulder anatomy <p>At home:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Home-based exercises and exercise diary <p>At work:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shoulder exposure assessment and work diary <p>2nd café meeting (~ 1.5 month after T₀):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Written feedback on the 1st exposure assessment • Written general advice on reduction of occupational shoulder exposures • Supervised exercises with individual tailoring according to the pamphlet • Education about shoulder exposures • Advice on work modifications and possibility to ask questions about the 1st exposure assessment • Offer of a workplace visit to find ways to reduce the exposures • Networking with the group <p>At home:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Home-based exercises and exercise diary <p>3rd café meeting (end of intervention ~ 3 months after T₀):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribution^a of Axivity accelerometers and work diaries • Supervised exercises with individual tailoring according to the pamphlet • Networking with the group <p>At work:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shoulder exposure assessment and work diary <p>Postal letter or email:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Written feedback on the exposure assessment shortly after end of intervention <p>6-month follow-up (~ 6 months after T₀):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Electronic or postal questionnaire <p>12-month follow-up (~ 12 months after T₀):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Electronic or postal questionnaire 	<p>1st intervention contact – individual appointment (T₀):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribution of home-based exercise pamphlet, BandCizer®, Axivity accelerometers^a, diaries, and elastic bands <p>At home:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Home-based exercises and exercise diary <p>At work:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shoulder exposure assessment and work diary <p>2nd intervention contact – postal letter or email (~ 1.5 months after T₀):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Written feedback on the 1st exposure assessment • Written general advice on reduction of occupational shoulder exposures <p>At home:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Home-based exercises and exercise diary <p>3rd intervention contact – postal letter (end of intervention ~ 3 months after T₀):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribution of Axivity accelerometers and work diaries <p>At work:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shoulder exposure assessment and work diary <p>Postal letter or email:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Written feedback on the exposure assessment shortly after end of intervention <p>6-month follow-up (~ 6 months after T₀):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Electronic or postal questionnaire <p>12-month follow-up (~ 12 months after T₀):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Electronic or postal questionnaire

^aThe Axivity accelerometer is mounted, unless the participant is going on holiday or expects atypical work, e.g. due to course participation. A pamphlet "How to use Axivity" is handed out to all participants together with the accelerometer

