

EFFEKTER AF DEN BESKÆFTIGELSE RETTEDE INDSATS FOR SYGEMELDTE

EN LITTERATUROVERSIGT



12:06

JAN HØGELUND

12:06

EFFEKTER AF DEN
BESKÆFTIGELSE RETTEDE
INDSATS FOR SYGEMELDTE

EN LITTERATUROVERSIGT

JAN HØGELUND

KØBENHAVN 2012
SFI - DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

EFFEKTER AF DEN BESKÆFTIGELSE RETTEDE INDSATS FOR SYGEMELDTE.
EN LITTERATUROVERSIGT

Afdelingsleder: Lisbeth Pedersen
Afdelingen for beskæftigelse og integration

ISSN: 1396-1810
e-ISBN: 978-87-7119-086-1

Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Ole Bo Jensen
Netpublikation

© 2012 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's
publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	INDLEDNING OG SAMMENFATNING	15
	Sammenfatning af kapitlerne	17
	Rapportens disposition	28
	Afgrænsning	29
	Kvalitet af studier	30
	Litteratursøgningen	32
2	ARBEJDSPLADSBASEREDE INDSATSER M.V.	37
	Mulige effekter	38
	Indsatser på arbejdspladsen	38
	Indsatser tilknyttet beskæftigelsessystemet	46
	Konklusion	49

3	DELVISE SYGE- OG RASKMELDINGER	51
	Mulige effekter	51
	Studier om delvise syge- og raskmeldinger	52
	Konklusion	55
4	INDSATSER I SUNDHEDSSYSTEMET	57
	Mulige effekter	57
	Danske studier	58
	Reviews	59
	Konklusion	63
5	TVÆRFAGLIGE INDSATSER OG SAMARBEJDE	67
	Mulige effekter	68
	Tværfaglige indsatser	68
	Samarbejde mellem forskellige aktører	70
	Konklusion	73
6	SAMTALER	75
	Mulige effekter	76
	Studier af samtaler	76
	Danske studier	77
	Internationale studier	78
	Konklusion	79
7	TIDLIG INDSATS	81
	Mulige effekter	81
	Konklusion	84

8	DEN SYGEMELDTES EGEN MOTIVATION	87
	Konklusion	91
	BILAG	93
	LITTERATUR	95
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2011	107

FORORD

Formålet med rapporten er at redegøre for de vigtigste resultater fra danske og internationale studier af beskæftigelseseffekten af beskæftigelsesrettede indsatser for sygemeldte. Rapporten bygger på en gennemgang af videnskabelige kvantitative studier fra 2001 til 2011. Litteraturgennemgangen sammenfatter viden om effekten af indsatser på arbejdspladser, herunder delvise syge- og raskmeldinger, og indsatser i sundhedssystemet samt indsatser i tilknytning til det beskæftigelsespolitiske system. Herudover gennemgås studier om effekter af tværfaglige indsatser, tidlig indsats, samarbejde samt af betydningen af den sygemeldtes egen motivation.

Seniorforsker, ph.d. Thomas Lund fra Arbejdsmedicinsk Klinik i Herning har læst og kommenteret rapporten, og han takkes for konstruktive kommentarer.

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker Jan Høgelund. Undersøgelsens litteratursøgning er foretaget af bibliotekar Kurt Mathiesen. Studentervedhjælp Signe Ørkeby Gregersen har bl.a. bistået med at bestille og printe artikler m.v., holde styr på indsamlet og bestilt litteratur samt bistået ved screening af litteraturen.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Arbejdsmarkedsstyrelsen.

København, februar 2012

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Formålet med denne rapport er at redegøre for de vigtigste resultater fra danske og internationale studier, som belyser effekter af beskæftigelsesrettede indsatser på sygemeldtes sandsynlighed for at vende tilbage i arbejde. Rapporten omhandler studier af indsatser på arbejdspladser, indsatser i sundhedssystemet, indsatser i tilknytning til det beskæftigelsespolitiske system, tværfaglige indsatser og tidlige indsatser. Studierne, der inddrages, har forskellige målgrupper af sygemeldte. Nogle studier omhandler fx lønmodtagere, som har været sygemeldt en vis periode, andre studier omfatter sygemeldte med særlige helbredsproblemer, fx muskel- og skeletbesvær eller mentale helbredsproblemer.

Rapporten bygger på en søgning efter videnskabelige kvantitative studier, primært artikler, som er publiceret fra 2001 til 2011. I søgningen efter litteratur har vi anvendt et metodefilter (se kapitel 2) for at finde frem til studier af så god kvalitet som muligt. I rapporten indgår flere systematiske litteraturstudier (reviews), hvor der er foretaget en kvalitetsvurdering af enkeltstående studier. Disse vurderinger indgår i grundlaget for rapportens konklusioner. Herudover har vi ikke foretaget selvstændige kvalitetsvurderinger af de studier, der indgår.

ARBEJDSPLADSBASEREDE INDSATSER

Arbejdspladsbaserede indsatser foregår helt eller delvist på en arbejdsplads. Indsatserne består i langt de fleste tilfælde af flere tiltag, fx koordinering af forløbet, gennemgang af arbejdsforhold, inddragelse af arbejdsgiveren og tilpasninger af arbejdsforhold. Vi har fundet seks reviews om arbejdspladsbaserede indsatser, og vi konkluderer, at:

- Der, sammenlignet med andre indsatser, er et stort vidensgrundlag for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær.
- Der er evidens for, at arbejdspladsbaserede indsatser har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær.
- Der er indikation for, at indsatser, som inddrager arbejdspladsen, øger beskæftigelsechancen for sygemeldte med mentale helbredsproblemer såsom stress eller depression.

DELVISE SYGE- OG RASKMELDINGER

I en dansk kontekst indebærer en delvis raskmelding, at en fuldtidssygemeldt person raskmeldes på deltid. Tilsvarende indebærer en delvis sygemelding, at sygemeldingen begynder som en delvis sygemelding. Delvise rask- og sygemeldinger foregår på arbejdspladsen, og der er derfor tale om en arbejdspladsbaseret indsats. Vi konkluderer på baggrund af otte enkeltstående studier om delvise syge- og raskmeldinger, at:

- Studierne understøtter, at delvise rask- og sygemeldinger har en positiv beskæftigelseseffekt for lønmodtagere generelt (uanset helbredsproblem).
- Der ingen viden er om effekten for sygemeldte med forskellige typer af helbredsproblemer. Der er således få studier, og når det gælder mentale helbredsproblemer, er der modstridende viden.

Det, at de gennemgæede studier tyder på, at delvise rask- og sygemeldinger har en positiv beskæftigelseseffekt, understøtter konklusionen om effekten af arbejdspladsbaserede indsatser.

INDSATSER I DET BESKÆFTIGELSESPOLITISKE SYSTEM

Indsatser med tilknytning til det beskæftigelsespolitiske system kan være revalidering i form af uddannelse, aktive tilbud og assistance i forbindelse

med jobsøgning og tilbagevenden til arbejde (TTA). Vi konkluderer på baggrund af seks enkeltstående studier om disse indsatser, at:

- Der er modstridende viden på området.
- De fundne studier omhandler indsatser med forskelligt indhold.

På den baggrund er der ikke grundlag for at konkludere, hvilken beskæftigelseseffekt indsatser i det beskæftigelsespolitiske system har.

INDSATSER I SUNDHEDSSYSTEMET

I rapporten gennemgår vi tre typer af TTA-indsatser i sundhedssystemets regi:

1. fysisk træning (fx styrke- og konditionstræning)
2. indsatser rettet mod mentale forhold (fx hvor den sygemeldte kan lære at ændre uhensigtsmæssige tanke- og handlemønstre)
3. indsatser, som både inddrager fysiske og mentale elementer.

På baggrund af fem reviews om indsatser i sundhedssystemet konkluderer vi, at:

- Der, sammenlignet med andre indsatsområder, er et stort vidensgrundlag.
- Der er modstridende viden på området.

Den modstridende viden kan bl.a. skyldes forskelle i outcomemål (sygefravær versus TTA), population (fx om studier med andre end sygemeldte er medtaget) og afgrænsningen af indsatserne.

Hvis vi skal pege på resultaternes retning, tyder de på, at:

- Fysisk rettede indsatser gennemgående har en positiv effekt, men for personer med rygsmerter tyder det på, at effekten afhænger af, hvor lang tid efter sygemeldingens begyndelse indsatserne iværksættes.
- Inddragelse af arbejdspladsen øger effekten, og det er i nogle tilfælde en forudsætning for en positiv effekt.

- Indsatser rettet mod sygemeldte med mentale helbredsproblemer har en positiv effekt, når de er en del af en samlet indsats, fx hvor der er fokus på arbejdspladsen.
- Det er usikkert, om mentalt rettede indsatser virker alene.

TVÆRFAGLIGE INDSATSER OG SAMARBEJDE

Vi kigger både på indsatser, hvor aktører med forskellig faglig baggrund samarbejder om en indsats, og på samarbejde, som foregår ved kontakt og udveksling af informationer. Indsatserne og udveksling af informationer m.v. kan både ske inden for det samme "administrative system", fx mellem alment praktiserende læger og bedriftslæger, og mellem to forskellige "administrative systemer", fx mellem læge og socialrådgiver. Vi har fundet et review om tværfaglige indsatser og et review om samarbejde. På den baggrund konkluderer vi, at:

- Der er evidens for, at tværfaglige indsatser i sundhedssystemet har en positiv beskæftigelseseffekt for rygsgemeldte.
- Der er stærk evidens for, at kontakt mellem aktører i sundhedssystemet og arbejdspladsen har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær.
- Der er moderat evidens for, at tidlig kontakt mellem arbejdsgiveren og den sygemeldte har en positiv beskæftigelseseffekt.

Indsatser på arbejdspladsen involverer også ofte aktører med forskellig faglig baggrund. Konklusionerne om arbejdspladsbaserede og tværfaglige indsatser og samarbejde understøtter således hinanden.

SAMTALER

Samtaler kan være en selvstændig indsats, hvor formålet fx kan være at motivere den sygemeldte til at forsøge at genoptage arbejdet. Samtaler kan også være en del af en indsats, fx i forbindelse med planlægning af et forløb, som sigter på den sygemeldtes tilbagevenden til arbejde. I disse tilfælde er samtaler en forudsætning for indsatsen. I rapporten fokuserer vi på studier af indsatser, hvor samtaler udgør hele eller en væsentlig del af indsatsen. Vi har fundet tre enkeltstående studier. Herudover har vi fundet et review af engelske studier om beskæftigelsesrettede samtaler, og vi konkluderer, at:

- Der er modstridende viden om effekten af indsatser, hvor samtaler udgør hele eller den væsentligste del af indsatsen.

Det er metodisk svært at adskille effekten af samtaler fra effekten af tiltag, der eventuelt iværksættes i forbindelse med samtalen. Det er således muligt, at effekten af samtaler afhænger af samtalerne indhold og kontekst. På denne baggrund er der ikke grundlag for at konkludere, hvilken beskæftigelseseffekt samtaler har i sig selv.

Der findes flere studier, hvor samtaler er en del af indsatsen, bl.a. de arbejdspladsbaserede indsatser. Disse studier viste, som gennemgået ovenfor, at der er evidens for en positiv effekt af indsatserne.

TIDLIG INDSATS

En tidlig indsats kan bestå i, at en indsats, fx i sundhedssystemet eller på arbejdspladsen, iværksættes tidligere end normalt. Hvad der regnes som "normalt", varierer mellem studier. Vi har fundet tre reviews om tidlig indsats, og vi konkluderer, at:

- Evidensgrundlaget er ikke så sikkert som i traditionelle reviews af randomiserede studier. Konklusionerne i de tre reviews bygger således på en sammenligning af effekten i studier med personer sygemeldt i kort tid med effekten i studier med langvarigt sygemeldte.
- Den tilgængelige viden understøtter, at tidlig indsats har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær.
- Et review tyder på, at tidlig indsats har en forholdsvis stor effekt. Målt i antal sygedage pr. måned er reduktionen for studier med korte sygemeldinger 2,85 dage mod 1,25 dage i studier med længere sygemeldinger.

DEN SYGEMELDTES EGEN MOTIVATION

En del af de studier, der inddrages under de øvrige emner, har belyst sammenhængen mellem sygemeldtes tilbagevenden til arbejde og deres motivation og formåen. I studierne har man målt den sygemeldtes motivation (ud fra om den sygemeldte ønsker at komme i arbejde) og vurdering af egen formåen (fx om arbejde vil forværre helbredsproblemerne). Ud fra disse studier konkluderer vi, at:

- De understøtter, at der er en sammenhæng mellem de sygemeldtes motivation og tilbagevenden til arbejde.
- De fleste af studierne understøtter også, at der er en sammenhæng mellem de sygemeldtes vurdering af formåen og tilbagevenden til arbejde.

Der er grund til at være forsigtig med at fortolke disse sammenhænge som årsagssammenhænge (kausale effekter), fordi både tilbagevenden til arbejde, motivation og formåen kan være påvirket af bl.a. helbred.

EFFEKTSTØRRELSER

Et stort systematisk review, som har belyst størrelsen på effekterne af forskellige indsatser, konkluderer, at de gennemgående er begrænsede. Effekten svarer til en reduktion af sygefraværet på mellem 0,32 og 3,20 dage pr. måned (effektstørrelserne af forskellige indsatser er nærmere beskrevet i sammenfatningens afsnit ”Opsummerende kommentarer”). Det skal bemærkes, at dette review ud over studier af sygemeldte også omfatter studier af lønmodtagere (i arbejde) med muskel- og skeletbesvær.

INDLEDNING OG SAMMENFATNING

Langvarigt sygefravær kan have alvorlige konsekvenser for de berørte personer i form af bl.a. nedsat livskvalitet, reduceret indkomst og risiko for førtidig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet via førtidspension. Sygefravær (både det korte og lange) har alvorlige samfundsmæssige konsekvenser, fordi det reducerer udbuddet af arbejdskraft og øger samfundets udgifter til overførselsindkomster. I 2006 svarede sygefraværet til en reduktion af arbejdsudbuddet med ca. 5 pct. og medførte en samfundsmæssig udgift på ca. 37 mia. kr. til sygedagpenge og løn under sygefraværet (Beskæftigelsesministeriet, 2008). Hertil kommer bl.a. udgifter til indsatser, der iværksættes i sundhedsvæsenet for at afhjælpe helbredsproblemerne og i beskæftigelsessystemet for at bringe de sygemeldte tilbage på arbejdsmarkedet.

Denne rapport er udarbejdet på opdrag fra Arbejdsmarkedsstyrelsen, som ønskede en oversigt over de vigtigste resultater fra danske og internationale studier af effekten af beskæftigelsesrettede indsatser på sygemeldtes chance for at komme i arbejde. I rapporten omtales denne effekt ofte som beskæftigelseseffekten eller effekten på sygemeldtes tilbagevenden til arbejde (TTA).

Rapporten omfatter både studier af korttids- og langtidssygemeldte. Langt de fleste studier omhandler sygemeldte lønmodtagere, men også studier af personer, som blev sygemeldt fra arbejdsløshed, ind-

går. Nogle lande (fx USA) har ikke en offentligt reguleret ordning med sygedagpenge. Fra disse lande er inkluderet studier af indsatser for personer med en arbejdsskade (Workers' Compensation).

Rapporten bygger på en søgning efter kvantitative studier, primært artikler, som er publiceret fra 2001 til 2011. På områder, hvor der kun findes få studier, har vi også inddraget arbejdspapirer. I søgningen efter litteratur har vi anvendt et metodefilter (se kapitel 2) for at finde frem til studier af så god kvalitet som muligt. I rapporten indgår flere systematiske reviews, hvor der er foretaget en kvalitetsvurdering af enkeltstående studier. Disse vurderinger indgår i grundlaget for rapportens konklusioner. Herudover har vi ikke foretaget selvstændige kvalitetsvurderinger af de studier, der indgår.

For emner, hvor konklusioner om effekter bygger på reviews, anvender vi reviewenes egne udtryk, som ofte er forskellig fra review til review. I en konklusion kan fx optræde udtryk som ”indikation”, ”evidens” eller ”stærk evidens” for en effekt, eller konklusionen kan være, at der er ”ingen” eller ”modstridende viden”. Bilag 1 viser et eksempel på en evidensskala. For emner, hvor der alene foreligger enkeltstående studier, og vi selv skriver om effekten, er konklusionerne mere beskrivende. Dog bruger vi udtrykket ”modstridende viden”, når studierne resultater peger i forskellig retning.

Rapporten omhandler følgende emner:

1. Arbejdspladsbaserede indsatser (kapitel 3)
2. Delvise syge- og raskmeldinger (kapitel 4)
3. Indsatser i sundhedssystemet (kapitel 5)
4. Tværfaglige indsatser og samarbejde (kapitel 6)
5. Samtaler (kapitel 7)
6. Tidlig indsats (kapitel 8)
7. Den sygemeldtes egen motivation (kapitel 9).

I nogle tilfælde kan artikler placeres under flere emner. I rapporten har vi forsøgt at løse dette dilemma ved at nævne studier fra andre kapitler dér, hvor det er relevant.

SAMMENFATNING AF KAPITLERNE

ARBEJDSPLADSBASEREDE INDSATSER

Arbejdspladsbaserede indsatser foregår helt eller delvist på arbejdspladsen. I gennemgangen fokuserer vi på studier, hvor indsatsen på den ene eller anden måde involverer myndighederne. Indsatserne består i langt de fleste tilfælde af flere tiltag, fx TTA-koordinering, gennemgang af arbejdsforhold, inddragelse af arbejdsgiveren og tilpasninger af arbejdsforhold.

Vi har fundet seks reviews af arbejdspladsbaserede indsatser og 17 enkeltstående studier. På baggrund af fem af reviewene konkluderer vi, at:

- Der, sammenlignet med andre indsatser, er et stort vidensgrundlag for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær.
- Der er evidens¹ for, at arbejdspladsbaserede indsatser har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær.

På baggrund af et review konkluderer vi, at:

- Der er indikation for, at indsatser, som inddrager arbejdspladsen, øger beskæftigelseschancen for sygemeldte med mentale helbredsproblemer.

DELVISE SYGE- OG RASKMELDINGER

I en dansk kontekst indebærer en delvis raskmelding, at en fuldtidssygemeldt person raskmeldes på deltid. Tilsvarende indebærer en delvis sygemelding, at sygemeldingen begynder som en delvis sygemelding. Delvise rask- og sygemeldinger foregår på arbejdspladsen, og der er derfor tale om en arbejdspladsbaseret indsats. En delvis rask- eller sygemelding indebærer, at lønmodtageren i stedet for fulde sygedagpenge modtager løn for de timer, hvor lønmodtageren arbejder og sygedagpenge for de timer, hvor vedkommende er sygemeldt. Sverige og Norge har ordninger, der minder om den danske. Vi har fundet tre danske studier og fem norske/svenske studier.

1. De fem reviews adskiller sig bl.a. mht., om de vurderer effekten af arbejdspladsbaserede indsatser generelt eller af forskellige typer af arbejdspladsbaserede indsatser, hvordan de vurderer studiernes kvalitet, og om de konkluderer på graden af evidens. Vi kan derfor ikke konkludere på graden af evidens.

Den eksisterende viden er begrænset i flere henseender. Vi har således ikke fundet randomiserede studier, og selvom der findes flere analyser udgivet i arbejdsrapporter, er der endnu kun et studie, som er publiceret i et videnskabeligt tidsskrift. Hertil kommer, at studierne i flere tilfælde bygger på samme datamateriale.

Om delvise syge- og raskmeldinger konkluderer vi, at:

- Studierne understøtter, at delvise syge- og raskmeldinger har en positiv beskæftigelseseffekt for lønmodtagere generelt (uanset helbredsproblem).
- Der ingen viden er om effekten for sygemeldte med forskellige typer af helbredsproblemer. Der er således få studier, og når det gælder mentale helbredsproblemer, er der modstridende viden på området.

Det, at de gennemgåede studier tyder på, at delvise syge- og raskmeldinger har en positiv beskæftigelseseffekt, understøtter konklusionen om den positive effekt af arbejdspladsbaserede indsatser.

INDSATSER I DET BESKÆFTIGELSESPOLITISKE SYSTEM

Indsatser med tilknytning til det beskæftigelsespolitiske system kan være revalidering i form af uddannelse og assistance i forbindelse med jobsøgning og tilbagevenden til arbejde. I en dansk kontekst kan indsatsen fra 2009 også omfatte aktive tilbud ifølge lov om aktiv beskæftigelsesindsats, fx virksomhedspraktik og jobtræning.

Vi har fundet to danske og fire udenlandske studier om indsatser med tilknytning til det beskæftigelsespolitiske system. To af de fire studier er randomiserede studier. Studierne omhandler meget forskellige indsatser: uddannelsesmæssig revalidering, samtaler kombineret med aktive tilbud og assistance i forbindelse med jobsøgning og tilbagevenden til arbejde. På den baggrund konkluderer vi, at:

- Der er modstridende viden på området.
- De fundne studier omhandler indsatser med forskelligt indhold.

Der er således ikke grundlag for at konkludere, hvilken beskæftigelseseffekt indsatser i det beskæftigelsespolitiske system har.

INDSATSER I SUNDHEDSSYSTEMET

Indsatser i sundhedssystemet kan formodes at forbedre sygemeldtes fysiske og/eller psykiske helbred og dermed deres arbejdsevne, hvilket kan øge de sygemeldtes chancer for tilbagevenden til arbejde.

Rapporten omhandler tre typer af sundhedsindsatser med fokus på tilbagevenden til arbejde:

1. fysisk træning (fx styrke- og konditionstræning)
2. indsatser rettet mod mentale forhold (fx hvor den sygemeldte kan lære at ændre uhensigtsmæssige tanke- og handlemønstre)
3. indsatser, som både inddrager fysiske og mentale elementer.

I litteratursøgningen har vi fundet fem reviews, heraf to danske. Herudover har vi fundet 27 enkeltstående studier af indsatser, heraf to danske studier. Konklusionerne om effekter af indsatserne bygger på de fem reviews.

Det er vanskeligt at sammenligne de fem reviews, bl.a. fordi der er forskelle på målgrupperne, indsatserne og antallet af studier, der indgår. Hertil kommer, at mange af studierne i reviewene omhandler kombinerede indsatser, hvilket kan gøre det svært at konkludere på effekterne af et element i indsatserne. På den baggrund konkluderer vi, at:

- Der, sammenlignet med andre indsatser, er et stort vidensgrundlag, men studierne omhandler ofte forskellige indsatser og forskellige grupper.
- Der er modstridende viden på området.

Hvis vi skal pege på resultaternes retning, tyder de på, at:

- Fysisk rettede indsatser gennemgående har en positiv effekt, men for personer med rygsmerter tyder det på, at effekten afhænger af, hvor lang tid efter sygdomsindmeldingens begyndelse indsatserne iværksættes.
- Inddragelse af arbejdspladsen øger effekten, og denne inddragelse er i nogle tilfælde en forudsætning for en positiv effekt.
- Indsatser rettet mod sygemeldte med mentale helbredsproblemer har en positiv effekt, når de er en del af en samlet indsats, fx hvor der er fokus på arbejdspladsen.

- Det er usikkert, om mentalt rettede indsatser virker alene – her er der ikke enighed mellem reviewene.

TVÆRFAGLIGE INDSATSER

Idéen i tværfaglige indsatser er, at aktører med forskellig faglig baggrund samarbejder om en indsats. Samarbejdet om indsatserne kan både ske inden for det samme ”administrative system”, fx mellem alment praktiserende læger og bedriftslæger, og mellem to forskellige ”administrative systemer”, fx mellem læge og socialrådgiver.

Vi har fundet et review og otte enkeltstående studier, heraf to danske, som belyser effekterne af tværfaglige indsatser. Om disse indsatser konkluderer vi, at:

- Der er evidens for, at tværfaglige indsatser i sundhedssystemet har en positiv beskæftigelseseffekt for rygsygemeldte.

Denne konklusion understøttes af resultaterne fra reviewene af arbejdspladsbaserede indsatser, hvor indsatserne ofte involverer forskellige fagdiscipliner.

SAMARBEJDE MELLEM FORSKELLIGE AKTØRER

Samarbejde mellem aktører med forskellig faglig baggrund kan foregå ved, at de i højere grad end normalt kontakter hinanden og udveksler information m.v. Ligesom i tværfaglige indsatser kan samarbejdet både ske inden for det samme ”administrative system” og mellem to forskellige ”administrative systemer”.

Vi har fundet et review og tre studier, som belyser beskæftigelseseffekten af udveksling af information og kontakt mellem forskellige aktører. På baggrund af reviewet konkluderer vi, at:

- Der er stærk evidens for, at kontakt mellem aktører i sundhedssystemet og arbejdspladsen har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær.
- Der er moderat evidens for, at tidlig kontakt mellem arbejdsgiveren og den sygemeldte har en positiv beskæftigelseseffekt.

I forbindelse med denne konklusion er der imidlertid grund til at være opmærksom på, at studierne indsatser består af flere elementer, og det

er således ikke sikkert, at kontakt og information alene er tilstrækkeligt for at opnå en positiv effekt.

SAMTALER

I forbindelse med den koordinering og sagsbehandling, der foregår i forbindelse med sygemeldtes tilbagevenden til arbejde, afholdes som regel en eller flere samtaler mellem den sygemeldte og TTA-koordinatoren. I Danmark har kommunens jobcenter ansvar for, at der holdes opfølgningssamtaler med sygemeldte. I andre lande kan det fx være en bedriftslæge, som er TTA-koordinator. Ofte er samtaler en del af en indsats. I disse tilfælde er samtaler en forudsætning for indsatsen. Samtaler kan have flere formål, fx at motivere den sygemeldte til at forsøge at genoptage arbejdet, at afklare og informere om støttemuligheder, og at planlægge et TTA-forløb.

Rapportens kapitel om samtaler fokuserer på studier af beskæftigelseseffekten af indsatser, hvor samtaler udgør hele eller en væsentlig del af indsatsen.

Tre danske studier af samtaler giver modstridende resultater. Et review af engelske studier om beskæftigelsesrettede samtaler giver heller ikke et klart svar, dels fordi studierne viser modstridende resultater, dels fordi resultater af studierne kan være påvirket af bias. Vi har ikke fundet randomiserede studier. På den baggrund konkluderer vi, at:

- Der er modstridende viden om effekten af indsatser, hvor samtaler udgør hele eller den væsentligste del af indsatsen.

Det er metodisk svært at adskille effekten af samtaler fra effekten af tiltag, der eventuelt iværksættes i forbindelse med samtalen. Det er således muligt, at effekten af samtaler afhænger af samtalerens indhold og kontekst. På denne baggrund er der ikke grundlag for at konkludere, hvilken beskæftigelseseffekt samtaler har i sig selv. Konklusioner fra undersøgelser, hvor samtaler udgør en del af en arbejdspladsbaseret indsats, er beskrevet ovenfor.

TIDLIG INDSATS

Det antages hyppigt, at en tidlig indsats har en positiv beskæftigelseseffekt, fx fordi det kan forhindre, at den sygemeldtes kvalifikationer ”rustner”, eller at den sygemeldte bliver afskediget og dermed mister mulig-

heden for at vende tilbage til sit hidtidige job. Det er imidlertid ikke klart defineret, hvad ”tidligt” indebærer, fordi det defineres i forhold til den kontekst, fx lovgivningen, hvor indsatsen gennemføres. Der er derfor forskel mellem forskellige studier på, hvad der regnes som tidligt.

Vi har fundet tre reviews og fire enkeltstående studier, som belyser effekten af tidlige indsatser. På baggrund af de tre reviews konkluderer vi, at:

- Evidensgrundlaget er ikke så sikkert som i traditionelle reviews af randomiserede studier. Konklusionerne i de tre reviews bygger således på en sammenligning af effekten i studier med personer sygemeldt i kort tid med effekten i studier med langvarigt sygemeldte.
- Den tilgængelige viden understøtter, at tidlig indsats har en positiv beskæftigelseseffekt for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær.
- Et review tyder på, at tidlig indsats har en forholdsvis stor effekt. Målt i antal sygedage pr. måned er medianreduktionen for studier med korte sygemeldinger 2,85 dage mod 1,25 dage i studier med længere sygemeldinger.

DEN SYGEMELDTES EGEN MOTIVATION

Det virker intuitivt fornuftigt, at den sygemeldtes egen motivation til at komme i arbejde har betydning for, om vedkommende kommer i arbejde. Den sygemeldtes motivation kan bl.a. afhænge af den sygemeldtes formåen, fx mulighederne for at blive rask.

I modsætning til beskrivelsen ovenfor af studier af effekter af forskellige indsatser bygger gennemgangen af studier om motivation og formåen kun på studier, som indgår i gennemgangen af rapportens øvrige emner. Blandt disse studier har vi fundet 11 enkeltstående studier, hvoraf et er dansk. Ud fra disse studier konkluderer vi, at:

- De understøtter, at der er en sammenhæng mellem de sygemeldtes motivation og tilbagevenden til arbejde.
- De fleste af studierne understøtter også, at der er en sammenhæng mellem de sygemeldtes vurdering af formåen og tilbagevenden til arbejde.

Der er grund til at være forsigtig med at fortolke disse sammenhænge som årsagssammenhænge (kausale effekter), fordi både tilbagevenden til

arbejde, motivation og formåen kan være påvirket af bl.a. helbred. Det er således muligt, at resultaterne afspejler, at de med mindst motivation og formåen ikke kommer i arbejde, fordi de har dårligst helbred.

OPSUMMERENDE KOMMENTARER

En hovedkonklusion fra gennemgangen af litteraturen er, at arbejdspladsen er et vigtigt element i at fremme de sygemeldtes tilbagevenden til arbejde. De seks reviews, vi har set på, peger alle på, at arbejdspladsbaserede indsatser har en positiv effekt. Denne konklusion vedrører primært sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Men et review af indsatser om personer med mentale helbredsproblemer tyder på, at arbejdspladsen også er vigtig for denne gruppe. Ligeledes tyder litteraturen om henholdsvis indsatser i form af fysisk træning og samarbejde mellem forskellige aktører på, at inddragelse af arbejdspladsen er gavnligt.

De arbejdspladsbaserede indsatser udgøres meget ofte af flere elementer eller delindsatser, og de involverer ofte koordinering af forløbet og samarbejde mellem forskellige aktører. Det er således ikke nødvendigvis kun arbejdspladselementet i disse indsatser, som har betydning. Det er muligt, at tilstedeværelsen af flere elementer på en gang – koordinering, samarbejde og arbejdspladsen – har en positiv effekt.

Betydningen af samarbejde og kontakt mellem aktører med forskellig faglig baggrund understøttes af rapportens studier om tværfaglige indsatser og samarbejde.

Gennemgangen af litteraturen viser, at der på nogle områder tilsyneladende findes få studier. Det kan skyldes, at der reelt kun er gennemført lidt forskning, men det kan også skyldes måden, vi har afgrænset de forskellige emner på. Eksempelvis indeholder mange arbejdspladsbaserede indsatser tværfagligt samarbejde og samtaler, og flere studier af arbejdspladsbaserede indsatser kunne med en anden afgrænsning være inddraget under disse emner. Det, at indsatser ofte består af flere elementer, er metodemæssigt en udfordring, fordi det gør det vanskeligt at konkludere på effekten af det enkelte element af indsatsen.

I kapitlet om beskæftigelseseffekten af samtaler finder vi modstridende resultater af studier, hvor samtaler udgør hele indsatsen eller en væsentlig del af den. De modstridende resultater kan skyldes, at samtaler ofte er en del af, eller en forløber for, en anden indsats. Selvom den øvrige del af indsatsen ikke analyseres i disse studier, er det derfor muligt, at studierne i nogle tilfælde både måler effekten af samtaler og af andre til-

tag iværksat i forbindelse med samtalerne. Hermed er det vanskeligt at adskille effekten af samtaler fra effekten af andre forhold. Gennemgangen af studier af arbejdspladsbaserede indsatser, hvor samtaler ofte udgør en del af indsatsen, viser som nævnt, at disse indsatser har en positiv effekt. Disse resultater – modstridende resultater af studier om effekten af enkeltstående samtaler og positive resultater af de arbejdspladsbaserede indsatser – kan tyde på, at effekten af samtalerne afhænger af samtalerens indhold og kontekst.

Umiddelbart er der flere af rapportens resultater, som er opmuntrende. Især når det gælder indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær, ser det ud til, at flere af indsatserne øger de sygemeldtes chance for at komme i arbejde. Det gælder som nævnt arbejdspladsbaserede indsatser, men resultaterne tyder på, at det overordnet set også gælder for indsatser i sundhedssystemet og tidlige indsatser.

Der er imidlertid flere grunde til at være varsom med at drage alt for håndfaste konklusioner. For det første, fordi effekten af indsatserne i mange tilfælde ser ud til at være af forholdsvis begrænset størrelse. Et stort systematisk review af 42 studier af sygemeldte og lønmodtagere (i arbejde) med muskel- og skeletbesvær konkluderer, at størrelsen på effekterne for flere typer af indsatser gennemgående er forholdsvis små (Palmer m.fl., 2011). Effekten svarer til en (median)reduktion af sygefraværet på mellem 0,32 og 3,20 dage pr. måned.

Reviewet finder, at den månedlige medianreduktion i sygefraværet er 1,64 dage for arbejdspladsbaserede indsatser, mellem 1,1 og 1,67 dage for forskellige typer af mentale indsatser (behavioural/cognitive), mellem 0,32 og 1,1 dage for forskellige former for fysisk træning og 1,67 dage for ”ekstra services”. Ekstra services omfatter bl.a. helbredsundersøgelse og opstilling af en TTA-plan, tværfaglig koordinering, uddannelse og vejledning af alment praktiserende læge eller bedriftslæge. Med hensyn til tidlig indsats viser studiet en medianreduktion i det månedlige sygefravær på 2,85 dage i studier med personer sygemeldt under 12 uger ved studiets start mod 1,25 dage i studier af personer sygemeldt i længere tid.

Blandt andet på denne baggrund konkluderer Palmer m.fl. (2011), at der i bedste fald kun kan gives svage anbefalinger på grundlag af reviewet.

For det andet peges der i flere reviews på, at selvom der på nogle områder findes flere randomiserede studier, så har studierne metodiske

svagheder. Det betyder, at vidensgrundlaget er mere usikkert, end det kunne have været.

For det tredje peger flere reviews på, at der er tegn på, at positive resultater oftere bliver publiceret end negative resultater (publicerings bias). Det trækker i retning af, at effekterne reelt er mindre.

Endelig skal man være opmærksom på, at mange studier er gennemført under andre forhold, fx med hensyn til lovgivning og kulturel kontekst, end i Danmark. Mange randomiserede TTA-studier er således foretaget i Nordamerika, og der er derfor behov for at få efterprøvet, om resultaterne af udenlandske effektstudier også gælder i Danmark.

BOKS 1.1

Begreber og forkortelser.

Begreb/forkortelse	Forklaring
Indsatsgruppe	Personer, som modtager den indsats, der undersøges
Kontrolgruppe	Personer, som ikke modtager den indsats, der undersøges, og som indsatsgruppen sammenlignes med
RCT	Randomized Clinical Trial: Undersøgelhedsdesign, hvor personer udvælges tilfældigt til indsats- og kontrolgruppe
TAU	Treatment As Usual: den indsats, sygemeldte sædvanligvis modtager
TTA	Tilbagevenden til arbejde
TTA-koordinering	Tilrettelæggelse og koordinering af indsats med henblik på, at den sygemeldte opnår og fastholder beskæftigelse

INDLEDNING, FORMÅL OG METODE

Længerevarende sygefravær kan have alvorlige konsekvenser for de berørte personer, både i form af nedsat livskvalitet pga. helbredsproblemer, som kan give smerter og begrænse kvaliteten af samvær med familien og mulighederne for i øvrigt at foretage sig dagligdags aktiviteter. I nogle tilfælde kan fraværet føre til afskedigelse, en mindre eller større reduktion af indkomsten, og i nogle tilfælde kan sygefraværet medføre førtidig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet via førtidspension (Lund m.fl., 2008).

Sygefravær har alvorlige samfundsmæssige konsekvenser. Fraværet reducerer udbuddet af arbejdskraft, og det øger samfundets udgifter til overførselsindkomster. Beskæftigelsesministeriet (2008) har beregnet, at det samlede (både korte og lange) sygefravær i 2006 reducerede arbejdsudbuddet med ca. 5 pct. og medførte en samfundsmæssig udgift på ca. 37 mia. kr. Hertil kommer virksomheders omkostninger i tabt produktion og udgifter til indsatser, der iværksættes i sundhedsvæsenet for at afhjælpe helbredsproblemerne og i beskæftigelsessystemet for at bringe de sygemeldte tilbage på arbejdsmarkedet.

Dette arbejdsrapport er udarbejdet på opdrag fra Arbejdsmarkedsstyrelsen, som ønskede en oversigt over de vigtigste resultater fra danske og internationale studier af beskæftigelsesrettede indsatser og deres effekt på sygemeldtes chance for at komme i arbejde (i rapporten omtales det

ofte som beskæftigelseseffekter eller effekten på sygemeldtes tilbagevenden til arbejde (TTA)).

RAPPORTENS DISPOSITION

Litteraturgennemgangen omfatter kun kvantitative studier, og den omfatter som udgangspunkt kun studier publiceret i artikler, som er skrevet på dansk eller engelsk. Vi har søgt efter litteratur i danske og internationale artikeldatabaser (dette er nærmere beskrevet i afsnittet nedenfor). Vi har således ikke søgt efter studier publiceret i rapporter, arbejdspapirer og bøger, men vi har dog inkluderet relevante rapporter m.v., som vi kendte på forhånd.

Rapporten omhandler studier om følgende emner:²

1. Arbejdspladsbaserede indsatser m.v. (kapitel 3)
2. Delvise syge- og raskmeldinger (kapitel 4)
3. Indsatser i sundhedssystemet (kapitel 5)
4. Tværfaglige indsatser og samarbejde (kapitel 6)
5. Samtaler (kapitel 7)
6. Tidlig indsats (kapitel 8)
7. Den sygemeldtes egen motivation (kapitel 9).

En generel problemstilling ved at inddele litteraturen i forskellige emner er, at nogle artikler kan placeres under flere emner. Denne problemstilling er åbenlys for delvise raskmeldinger, hvor indsatsen finder sted på en arbejdsplads, og de kunne derfor også behandles i kapitlet om arbejdspladsbaserede indsatser (kapitel 3). Da delvise syge- og raskmeldinger ofte anvendes i Danmark, har vi valgt at behandle emnet i et særskilt kapitel.

En anden problemstilling knytter sig til de arbejdspladsbaserede indsatser (kapitel 3), som ofte bygger på samarbejde mellem flere aktører, fx ergoterapeuter, læger og eksperter i arbejdsforhold, og som derfor også kunne behandles i kapitlet om tværfaglige indsatser og samarbejde (kapitel 6). Disse spørgsmål om afgrænsning skyldes, at der er tale

2. Ud over disse emner har vi også søgt efter studier af beskæftigelseseffekten af indsatser i det sociale system og "hjælp til kontakt med lægen og sundhedssystemet". Vi har ikke fundet studier om disse emner.

om ”glidende overgange” mellem emner. Eksempelvis kan en indsats i mindre eller større grad involvere den sygemeldtes arbejdsplads, og i nogle tilfælde er det derfor ikke oplagt, om indsatsen skal kategoriseres som en arbejdspladsbaseret indsats. I rapporten har vi forsøgt at løse dette ved at nævne studier fra andre kapitler dér, hvor det er relevant. Det betyder imidlertid, at man i nogle tilfælde skal være varsom med at konkludere på baggrund af de artikler, der indgår i et enkelt kapitel.

AFGRÆNSNING

Set i lyset af den store mængde litteratur på området foretog vi på forhånd en række afgrænsninger. De vigtigste afgrænsninger vedrører population, outcomemål, indsatser og studiernes kvalitet. De uddybes herunder.

POPULATIONEN

Vi inkluderer studier af sygemeldte, og for de lande, som ikke har ordninger med sygedagpenge, inkluderer vi studier af personer, som modtager overførselsindkomst som følge af en arbejdsskade (Workers’ Compensation). Det betyder bl.a., at studier af personer på førtidspension ikke inkluderes. De inkluderede studier omfatter både studier af sygemeldte lønmodtagere (og i få tilfælde) af sygemeldte, som var arbejdsløse, da de blev sygemeldt. Ligeledes omfatter gennemgangen studier af både korttidssygemeldte og langtidssygemeldte.

OUTCOMEMÅL

Vi inkluderer studier, som måler effekten af indsatser på de sygemeldtes sandsynlighed for at komme (tilbage) i arbejde. I søgningen efter litteratur har vi derfor brugt søgeord, som relaterer sig til beskæftigelse, arbejde og tilbagevenden til arbejde. Det betyder, at ud over studier med beskæftigelse som outcomemål har vi inkluderet studier med indirekte mål for beskæftigelse, fx modtagelse af sygedagpenge, når ord relateret til beskæftigelse indgår i titlen eller i de emneord, der tilknyttes artikler i artikeldatabaser. Det betyder på den anden side, at der kan være artikler, som vi ikke får med, fordi ord relateret til beskæftigelse ikke indgår i artiklens titel eller emneord.

INDSATSER

For det første fokuserer litteraturoversigten på arbejdspladsbaserede indsatser (kapitel 3), hvor det offentlige spiller en aktiv rolle. I praksis er det imidlertid vanskeligt at afgøre, hvornår det er tilfældet.

For det andet inkluderer vi kun studier om indsatser i sundhedssystemet (kapitel 5) og tidlig indsats (kapitel 8), når studierne eksplicit har til formål at belyse effekten på beskæftigelse. Det betyder, at studier af fx medicinsk behandling og operationer ikke inddrages.

For det tredje behandles studier om betydningen af den sygemeldtes egen motivation (kapitel 9) ud fra de studier, der indgår i litteraturoversigten under de øvrige emner (samt enkelte studier, vi kendte på forhånd).

STUDIERNES KVALITET

Vi vidste på forhånd, at der på nogle områder findes mange studier, fx af arbejdspladsbaserede indsatser (kapitel 3) og indsatser i sundhedssystemet (kapitel 5). I beskrivelsen af litteraturen har vi derfor taget udgangspunkt i eksisterende reviews. Fordelen ved denne fremgangsmåde er ikke bare, at mængden af studier, vi har skullet læse, bliver overkommelig, men også, at den øger kvaliteten af vores gennemgang af litteraturen, fordi disse reviews ofte foretager en kvalitetsvurdering af studierne. En yderligere fordel er, at flere af de eksisterende reviews inddrager studier publiceret før 2001.

Vi har tilstræbt at finde frem til studier af en ”vis kvalitet”, og vi har i litteratursøgningen anvendt et metodefilter til at frasortere studier af mindre god kvalitet. Denne problemstilling ser vi nærmere på i næste afsnit.

KVALITET AF STUDIER

Problemet i alle effektmålingsstudier er det, der kaldes det kontrafaktiske spørgsmål: Hvordan ville det være gået en sygemeldt, som modtager en indsats, hvis vedkommende ikke havde fået indsatsen? Da en sygemeldt ikke kan være to steder på samme tid – dvs. både modtage indsatsen og ikke modtage indsatsen – foretager forskerne en sammenligning. Det kan være en sammenligning af personer, som har modtaget indsatsen, og personer, som ikke har modtaget indsatsen. Det rejser spørgsmålet: Hvordan kan vi være sikre på, at de to grupper af sygemeldte er ens? Typisk vil det ikke være tilfældigt, hvem der modtager en indsats. Eksempelvis

er det sandsynligt, at sundhedsvæsnet især tager sig af dem med dårligst helbred, og tilsvarende, at de sygemeldte, der bliver delvist raskmeldt, har bedre helbred end dem, der er fuldtidssygemeldt. I tilfældet med delvise raskmeldinger betyder det, at vi risikerer, at de, der modtager indsatsen, har bedre helbred end dem, der ikke modtager indsatsen. Hvis vi i vores sammenligning finder, at de, der bliver delvist raskmeldt, oftere kommer i fuldtidsarbejde end dem, der ikke bliver delvist raskmeldt, kan det skyldes to forhold. Det kan enten skyldes, at delvise raskmeldinger har en positiv beskæftigelseeffekt, eller at de delvis raskmeldte har bedre helbred end de fuldtidssygemeldte. Vi risikerer m.a.o. at drage den fejlkonklusion, at delvise raskmeldinger har en positiv beskæftigelseeffekt.

Hvad gør vi så? De bedste studier finder deltagere til indsats- og kontrolgruppe ved at trække lod (randomiserede studier eller Randomized Clinical Trial (RCT's)). Hvis lodtrækningen lykkes fuldstændigt (hvilket ikke altid er tilfældet), vil de to grupper i gennemsnit være ens, bortset fra om de modtager indsatsen. I RCT's kan man derfor normalt være sikker på, at de to grupper er ens, både med hensyn til forhold, vi kan måle i spørgeskemaer og registre, og forhold, vi ikke kan måle (ordenligt), fx motivation og helbred.

I nogle tilfælde er det ikke muligt at gennemføre et RCT-studie. I disse tilfælde kan man anvende forskellige metoder, som ligesom RCT's tager hensyn til både observerede og uobserverede forskelle mellem personer i indsats- og kontrolgruppe. Der findes mange forskellige metoder, der kan anvendes (Angrist, 2008; Morgan, 2007).

Fælles for dem er, at de hviler på forudsætninger, som ofte kan være vanskelige at efterprøve, og som kan være mere eller mindre realistiske. En styrke ved metoderne er imidlertid, at de ikke alene tager hensyn til forskelle, forskerne kan observere, men også de forskelle, der ikke kan observeres.

I litteratursøgningen har vi brugt en række søgeord relateret til studierne metode til at finde RCT's og andre studier, som tager hensyn til både observerede og uobserverede forskelle mellem personer i indsats- og kontrolgruppe. Hermed frasorterer vi nogle studier (men ikke alle), som kun tager hensyn til observerede forskelle mellem personer i indsats- og kontrolgruppe.

Inden for projektets rammer har det ikke været muligt at foretage kvalitetsvurderinger af de gennemgåede studier. Det betyder, at der alene sker en indirekte vurdering af kvaliteten, dels i forbindelse med

udvælgelsen af studier via metodefilteret, dels ved, at mange af de systematiske reviews, der indgår i rapporten, indeholder en kvalitetsvurdering. I rapporten skelner vi mellem konklusioner baseret på kvalitetsvurderinger fra eksisterende systematiske reviews og konklusioner baseret på vores gennemgang af enkeltstående studier. Når vi konkluderer ud fra eksisterende systematiske reviews, anvender vi udtrykkene fra reviewene, fx ”evidens”, ”stærk evidens” og ”indikation” (bilag 1 viser et eksempel på evidensskala). Det gør vi ikke, når vi konkluderer på baggrund af enkeltstående studier, hvilket indikerer, at konklusionerne ikke bygger på en vurdering af studierne kvalitet, men alene på den retning, studierne resultater peger. Det betyder, at konklusionerne er mere beskrivende. Dog bruger vi udtrykket ”modstridende viden”, når studierne resultater peger i forskellig retning.

LITTERATURSØGNINGEN

Vi har både søgt efter dansk og international litteratur for perioden 2001-2011. Vi har søgt efter dansksproget litteratur i Dansk artikelindeks og Forskningsdatabasen og efter international litteratur i internationale artikeldatabaser.

SØGNING EFTER INTERNATIONALE STUDIER

I første omgang afgrænsede vi søgningen ved at opstille søgeord for henholdsvis population, ”outcome” og de syv indsatser/emner, der er nævnt ovenfor. Vi gennemførte med andre ord syv søgninger. Det viste sig imidlertid hurtigt, at der var et meget stort overlap af studier mellem indsatserne/emnerne. Der var derfor mange studier, som vi var nødt til at gennemgå (screene) flere gange. Vi har på denne baggrund alene afgrænset søgningen ud fra søgeord for population og ”outcome”. Tabel 2.1 viser en oversigt over de søgeord for population og ”outcome”, som var udgangspunktet for søgningen i artikeldatabaserne.

Artikler, som opfyldte mindst et af søgeordene for populationen og mindst et ord for ”outcome”, indgik i bruttopopulationen af artikler. Dernæst frasorterede vi artikler, som ikke opfyldte mindst et af de søgeord, vi opstillede for metodekvalitet, se tabel 2.2.³

3. Disse søgeord blev fastlagt i to omgange. Først gennemførte vi en søgning med relativt få og overordnede søgeord. Det viste sig imidlertid, at relevante studier, vi kendte på forhånd, ikke

TABEL 1.1

Søgeord for population og outcome.

Population	Outcome
Sick leave	Return to work
Sick-list*	Work resumption
Sicklist*	Work status
Sick	Reemployment
Sickness absence	Labour
Absenteeism	Labor
Work injured	Labour market
Injury	Labor market
Workers' compensation	Off work
Compensation claims	Lost workday
Impairment	Workday lost
Impaired	Time lost from work
Work disabled	Worktime loss
Work disability	Work time loss
Work disabilities	

Anm.: Søgeordene i tabellen er ikke anvendt direkte i søgningen, idet de blev tilpasset de anvendte databaser.

TABEL 1.2

Ord anvendt i metodefilter.

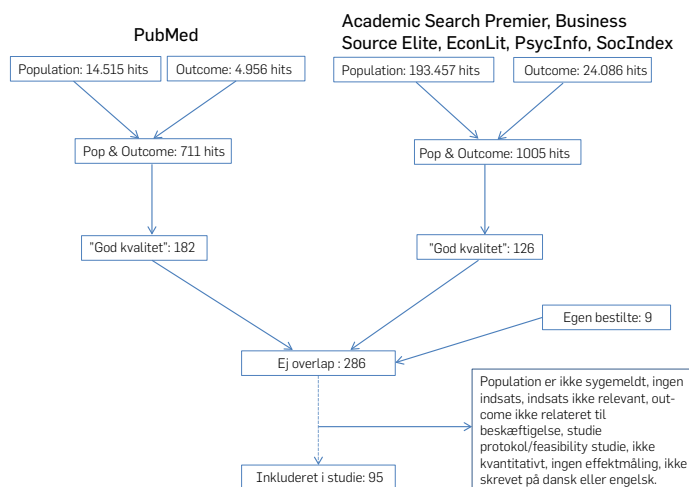
Heterogen*
 RCT
 Randomized Controlled Trial
 Clinical trial
 Controlled clinical trial
 Unobserv* effect*/difference*/selection
 Selection to treatment
 Selection effect*
 Causal effect*
 Unbias* effect*/estimate*/coefficient*/treatment effect*
 Instrumental variable*
 Exclusion restriction*
 Matching Approach/Method/Technique/Model
 Regression discontinuity
 Difference-in-difference/Difference in difference
 Random effect*
 Latent variable*
 Timing-of-event/Timing of event
 Anticipation assumption/result/finding/method
 Frailty model*
 Case-control/Case control
 Fixed-effect/Fixed effect

blev fundet med disse søgeord. Herefter opstillede vi flere og mere specifikke søgeord, som er vist i tabel 2.2.

Søgningen foregik med artikeldatabaserne PubMed, Academic Search Premier, Business Source Elite, EconLit, PsycInfo, og SocIndex.

Figur 2.1 viser en oversigt over søgningen og antallet af studier, vi har fundet i søgningen. Der var 711 artikler i PubMed, som både opfyldte kriterierne for population og "outcome". Heraf var der 182 artikler, som opfyldte metodekriterierne. Tilsvarende var der 1.005 artikler, som opfyldte kriterierne for population og "outcome" i de øvrige artikeldatabaser. Heraf var der 126 artikler, som opfyldte metodekriterierne. Frasorteret dubletter resulterede søgningen i PubMed og de øvrige databaser i 277 artikler, der opfyldte metodekriterierne. Hertil kommer ni studier, vi kendte eller fandt frem til, således at der alt i alt er 286 artikler, som opfyldte metodekriterierne.

FIGUR 1.1
Oversigt over litteratursøgningens resultater.



De 286 artikler screenede vi ved at læse resuméer. I de tilfælde, hvor vi ud fra resuméet ikke var i stand til at afgøre, om artiklen var relevant, blev artiklen gennemgået. På denne måde frasorterede vi 191 artikler, som ikke opfyldte kriterierne for population og "outcome", eller som ikke omhandlede et studie af beskæftigelseseffekter af de syv TTA-

indsatser. Alt i alt endte vi med 95 studier, som indgår i rapportens litteraturoversigt.

SØGNING EFTER DANSKE STUDIER

Søgningen efter dansksproget litteratur er foretaget i Dansk artikelindeks på bibliotek.dk, som er en database med dansksprogede artikler fra danske fagblade, tidsskrifter og aviser, og i Forskningsdatabasen (forskningsdatabasen.dk), som er en database med publiceringer fra danske forskningsinstitutioner. Formålet med denne søgning var at finde frem til artikler om undersøgelser, som ikke var udgivet i internationale videnskabelige tidsskrifter. I denne søgning anvendte vi danske søgeord for population og ”outcome” tilsvarende dem i den internationale søgning. I denne søgning fandt vi 270 potentielt relevante artikler. På baggrund af en screening af disse artikler gennemgik vi fem, hvoraf ingen opfyldte kriterierne for population, ”outcome” og måling af beskæftigelseeffekter af en de syv TTA-indsatser.

ARBEJDSPLADSBASEREDE INDSATSER M.V.

Dette kapitel omhandler to typer af TTA-indsatser. For det første beskrives resultater fra studier af indsatser, som enten helt eller delvist foregår på en arbejdsplads. Vi fokuserer i den forbindelse på de arbejdspladsbaserede indsatser, som på den ene eller anden måde involverer forsikringsudbyderen – i Danmark er det kommunen (og staten) – fordi det er mest relevant ud fra et politisk perspektiv. De arbejdspladsbaserede indsatser består meget ofte af en kombination af flere indsatser. Det kan fx være samtaler, fysisk træning, tilpasninger af arbejdsforhold eller gradvis tilbagevenden til arbejde.

For det andet beskriver vi studier af indsatser, fx revalidering, som foregår i tilknytning til den beskæftigelsespolitiske indsats. I en dansk kontekst kan indsatsen fra 2009 også omfatte aktive tilbud ifølge lov om aktiv beskæftigelsesindsats.

Nogle indsatser består i træning i at udføre specifikke arbejdsopgaver og arbejdsfunktioner (fx Physical Conditioning Programs eller Work Hardening Programs). Disse indsatser kan have en vis tilknytning til arbejdspladsen, men da de primært består af fysisk og/eller psykisk træning, beskrives de i kapitel 5 om sundhedsmæssige indsatser.

MULIGE EFFEKTER

Lønmodtageres sygefravær kan skyldes et misforhold mellem den sygemeldtes kapacitet, fx helbredsmæssigt, og kravene i den sygemeldtes job (Nagi, 1965; Verbrugge & Jette, 1994). Indsatser på den sygemeldtes arbejdsplads, fx i form af delvis tilbagevenden til arbejde og tilpasninger af arbejdsforhold, kan reducere kravene til den sygemeldte midlertidigt eller varigt og dermed øge mulighederne for, at den sygemeldte kan arbejde igen. Nogle indsatser kan tænkes at øge den sygemeldtes kapacitet og dermed mulighederne for tilbagevenden til arbejde. Det kan fx være uddannelser og kurser uden for arbejdspladsen eller kurser og optræning på arbejdspladsen. Herudover kan nogle indsatser, fx jobsøgningsassistance, tænkes at medføre, at den sygemeldte kommer i arbejde, hvor den sygemeldtes kapacitet bedre matcher kravene i jobbet.

INDSATSER PÅ ARBEJDSPLADSEN

I litteratursøgningen fandt vi frem til seks litteraturstudier med arbejdspladsindsatser (Borg m.fl., 2010; Carroll m.fl., 2010; Franche m.fl., 2005; Gabbay m.fl., 2011; Lund, 2003; Palmer m.fl., 2011; van Oostrom m.fl., 2009) og 17 enkeltstående studier (Ahlgren m.fl., 2008; Anema m.fl., 2009; Anema m.fl., 2007; Anema m.fl., 2004; Arnetz m.fl., 2003; Blonk m.fl., 2006; Gabbay m.fl., 2011; Jensen m.fl., 2005; Karjalainen m.fl., 2003; Karlson m.fl., 2010; Klink m.fl., 2003; Lambeek m.fl., 2010a; Lambeek m.fl., 2010b; McCluskey, Burton & Main, 2006; Oostrom m.fl., 2010; Schene m.fl., 2007; Steenstra m.fl., 2006. Ud over litteraturstudierne af Lund (2003) og Borg m.fl. (2010), som er danske, fandt vi ingen danske studier.

De arbejdspladsbaserede indsatser forudsætter, at der er en arbejdsplads, som den sygemeldte kan vende tilbage til. Indsatsen omfatter ændringer af de fysiske rammer, nyt udstyr, reduceret arbejdstid, ændringer i arbejdsopgaver, arbejdstidens placering eller arbejdets organisering. Herudover indgår ofte også tilrettelæggelsen af (eventuelt gradvist) tilbagevenden til og fastholdelse af arbejdet (ITA-koordinering).

Litteraturstudiet af Lund (2003) gennemgår randomiserede og ikke-randomiserede studier af arbejdspladsbaserede indsatser. Reviewet omfatter både studier, som måler beskæftigelse direkte, og studier, som

måler beskæftigelse indirekte som modtagelse af sygedagpenge eller arbejdsskadeydelse (Worker's Compensation Benefit). I alt 16 studier indgår i reviewet, hvoraf seks studier vurderes til at have en høj kvalitet. Baseret på disse studier konkluderer Lund (2003), at indsatser på arbejdspladsen, som inkluderer tilpasninger af arbejdsforholdene, øger sygemeldtes chance for tilbagevenden til arbejde.

Reviewet af Franche m.fl. (2005) omfatter både randomiserede (RCT's) og ikke-randomiserede studier. Forfatterne gennemgår og kvalitetsvurderer studier af beskæftigelseseffekten af arbejdspladsbaserede indsatser for lønmodtagere, som var fraværende fra arbejde pga. muskel- og skeletbesvær eller andre smerterrelaterede sygdomme. Reviewet omfatter både studier, som måler beskæftigelse direkte, og studier, som måler beskæftigelse indirekte. Forfatterne fokuserer på arbejdspladsbaserede indsatser, som består af en eller flere indsatser i form af tidlig kontakt mellem arbejdsgiveren og den sygemeldte (inden 3 måneder efter første fraværsdag), tilbud om tilpasninger, kontakt mellem sundhedsvæsen og arbejdsplads, besøg på arbejdspladsen med fokus på ergonomi og TTA-koordinering. 10 studier var af så god kvalitet, at de blev inddraget i reviewet. Selvom indsatsen i alle studier bestod af mindst to elementer, konkluderer artiklen på effekten af hvert enkelt element i indsatserne. Forfatterne konkluderer, at der er stærk evidens for, at indsatser, som omfatter henholdsvis tilbud om tilpasninger og kontakt mellem sundhedsvæsen og arbejdsplads, øger chancen for beskæftigelse. Ligeledes konkluderer de, at der er moderat evidens for, at indsatser, som omfatter henholdsvis "tidlig" (inden for de første 3 måneder af fraværet) kontakt mellem arbejdsgiveren og den sygemeldte, besøg på arbejdspladsen med fokus på ergonomi og TTA-koordinering, øger chancen for beskæftigelse.

Carroll m.fl. (2010) undersøger, om beskæftigelseseffekten af indsatser for sygemeldte er større, når arbejdspladsen er helt eller delvist involveret i indsatsen, end når arbejdspladsen ikke er involveret. Reviewet omfatter otte RCT-studier og et kontrolleret studie (hvor udvælgelsen til indsats- og kontrolgruppe ikke sker tilfældigt). Syv studier omhandlede sygemeldte med rygsmerter, mens to studier omhandlede sygemeldte med henholdsvis muskelsmerter og forskellige helbredsproblemer. Tre af RCT-studierne er de samme, som indgår i reviewet af Oostrom m.fl. (2009), se nedenfor. I 4 af de 9 studier bestod indsatsen af møder mellem en bedriftslæge (Occupational Health Practitioner), den sygemeldte og arbejdsgiveren eller af sådanne møder efterfulgt af tilpas-

ninger af arbejdsforholdene. I tre studier bestod indsatsen fortrinsvis af fysisk træning på arbejdspladsen eller af fysisk træning udviklet i forbindelse med besøg på arbejdspladsen. Indsatserne i kontrolgrupperne bestod af den sædvanlige indsats (Treatment as Usual), fx kliniske test og lægelig behandling. Forfatterne konkluderer, at reviewet understøtter, dels at arbejdspladsbaserede indsatser øger rygsgemeldtes chance for at komme i arbejde, dels at indsatser, som inddrager aktive, strukturerede samtaler mellem den sygemeldte, arbejdsgiveren og en bedriftslæge, er bedre end indsatser, som ikke bygger på dette element.

Oostrom m.fl. (2009) omhandler RCT-studier, som belyser effekten af arbejdspladsbaserede indsatser på sygemeldtes chance for at komme i arbejde og/eller deres sygefravær. Artiklen gennemgår resultaterne af seks undersøgelser, som omhandler sygemeldte med forskellige helbredsproblemer: rygsmerter (tre), andre muskel- og skeletproblemer (to) og mentale helbredsproblemer (et). Den arbejdspladsbaserede indsats bestod af mellem to og fem elementer. Ændringer i arbejdspladsens fysiske rammer eller i udstyret indgik i alle undersøgelserne, ændringer i organiseringen eller tilrettelæggelsen af arbejdet indgik i fem, TTA-koordinering indgik i fire, mens ændringer i arbejdsmiljø og arbejdsforhold (Working Condition) indgik i henholdsvis tre og to undersøgelser. Effekten af disse indsatser blev sammenlignet med effekten af sædvanlig behandling eller lægelig behandling. Oostrom m.fl. (2009) konkluderer, at der er evidens af begrænset kvalitet (Moderate Quality) på, at arbejdspladsbaserede indsatser øger beskæftigelseschancen blandt sygemeldte med muskel- og skeletbesvær, mens det på baggrund af kun et studie ikke er muligt at drage konklusioner om effekten af arbejdspladsbaserede indsatser for sygemeldte med mentale helbredsproblemer.

Det danske studie af Borg m.fl. (2010) gennemgår litteraturen om effekter af indsatser for sygemeldte med mentale helbredsproblemer, herunder arbejdspladsbaserede indsatser. I modsætning til Oostrom m.fl. (2009) inddrager forfatterne også ikke-randomiserede studier. Borg m.fl. (2010) fandt frem til 11 studier af indsatser rettet mod sygemeldtes tilbagevenden til arbejde: To af studierne omhandlede ”minimale” indsatser, som primært består i information og vejledning. Fire af studierne omhandlede personorienterede indsatser, hvor en psykolog eller sagsbehandler forsøger at øge den sygemeldtes evne til fx stresshåndtering, afslapning, konflikthåndtering eller kommunikation. Fem af studierne omhandlede kombinerede person- og arbejdspladsorienterede indsatser (bå-

de indsatser, som foregår på arbejdspladsen, og indsatser, som foregår uden for arbejdspladsen). På grundlag af de forholdsvis få studier af ”minimale” indsatser og personorienterede indsatser konkluderer Borg m.fl. (2010), at der ikke er evidens for, at disse indsatser påvirker deltageres sygefravær/chance for at komme i arbejde. Derimod konkluderer reviewet, at der er indikation for, at indsatser gennemført af fagpersoner med ekspertise i arbejdsmiljø og arbejdsmarkedsforhold med fokus på person- og arbejdspladsorienterede indsatser har en positiv effekt.

Gabbay m.fl. (2011) giver en kortfattet gennemgang af resultaterne af et review, som blev udført i forbindelse med, at det engelske institut, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), publicerede anbefalinger og retningslinjer for håndtering af langvarigt sygefravær og uarbejdsdygtighed. Reviewet omfatter 45 studier af indsatser for at øge sygemeldtes tilbagevenden til arbejde og reducere antallet af kortvarigt sygemeldte, som bliver langvarigt sygemeldt. De studier, som indgår i reviewet, benyttede forskellige metoder (ikke kun RCT’s). Med hensyn til de arbejdspladsbaserede indsatser konkluderer forfatterne, at studier, hvor indsatsen involverer arbejdspladsen, herunder arbejdsmæssig rådgivning (Vocational Counselling), oftere rapporterede om positive effekter end studier af indsatser, hvor arbejdspladsen ikke er involveret.

Palmer m.fl. (2011) gennemgår og vurderer (ligeledes på baggrund af NICE) litteraturen om effekten af bl.a. arbejdspladsbaserede indsatser for personer med muskel- og skeletbesvær. Studiet er nærmere beskrevet i kapitel 5. Af de 42 studier i reviewet omhandler 17 af dem indsatser, hvor arbejdspladsen indgår. På grundlag af studierne i reviewet beregner og sammenligner forfatterne effekten af forskellige indsatser, og de konkluderer, at arbejdspladsbaserede indsatser har en positiv beskæftigelseseffekt, både målt i form af tilbagevenden til arbejde og sygefravær. Ud over indsatsernes effekt på tilbagevenden til arbejde beregner Palmer m.fl. (2011) indsatsernes effekt på sygefraværets varighed, hvilket giver et enkelt udtryk for effekternes størrelse. Selvom effekten af arbejdspladsbaserede indsatser er forholdsvis stor sammenlignet med andre indsatser, er effektstørrelsen forholdsvis beskeden. Medianreduktionen i sygefraværet var 1,64 dage pr. måned for de arbejdspladsbaserede indsatser.

Alle reviewene understøtter således, at indsatser, som i mindre eller større grad indeholder et element af arbejdspladsbaserede indsatser, øger sygemeldtes chance for at vende tilbage i arbejde.

ENKELTSTÅENDE STUDIER

Denne rapport fokuserer på studier om arbejdspladsbaserede indsatser, hvor forsikringsudbyderen (i Danmark er det kommuner og staten) er involveret. Baggrunden for denne afgrænsning er, at resultater fra studier, som involverer forsikringsudbyderen, må formodes at have størst relevans for tilrettelæggelsen af en national sygefraværsindsats i Danmark. De gennemgåede reviews omfatter imidlertid studier om arbejdspladsbaserede indsatser, uanset om forsikringsudbyderen er involveret eller ej. Det kan imidlertid være svært at afgøre, hvornår forsikringsudbyderen er involveret. Dels fordi det ikke altid fremgår af studierne, dels fordi ansvaret for sygefravær og indsatsen for tilbagevenden til arbejde i nogle lande er uddelegeret til andre aktører. Flere studier kommer således fra Holland, hvor arbejdsgiverne sammen med en tilknyttet lovpligtig bedriftslæge har ansvar for at sikre tilbagevenden til arbejde. På den baggrund har vi valgt at kategorisere de hollandske studier som studier, hvor forsikringsudbyderen er involveret.

Blandt studier fra 2001 eller senere, som er gennemgået i Lund (2003), Franche m.fl. (2005), Oostrom m.fl. (2009), Carroll m.fl. (2009) og Borg m.fl. (2010), er der tilsyneladende fem studier, hvor forsikringsudbyderen i mindre eller større grad er involveret i indsatsen, og hvor arbejdspladsen er involveret ved, at (en del af) indsatsen foregår på arbejdspladsen, eller arbejdsgiveren inddrages fx gennem kontakt⁴ (Anema m.fl., 2007; Arnetz m.fl., 2003; Blonk m.fl., 2006; Klink m.fl., 2003; Schene m.fl., 2007).

I en dansk kontekst er studiet af Arnetz m.fl. (2003) særlig relevant, fordi den svenske sygefraværspolitik på flere områder minder om den danske (der er dog også forskelle, fx har svenske arbejdsgivere et større ansvar for at fastholde sygemeldte medarbejdere på virksomheden). Studiet, som omfatter 137 personer sygemeldt med lægediagnosticeret muskel- og skeletbesvær, bygger på data fra Forsikringskassen og spørgeskemaoplysninger fra de sygemeldte. Deltagerne blev tilfældigt udvalgt til indsats- og kontrolgruppe. Indsatsen bestod af tre elementer. For det første et semistruktureret interview med fokus på den sygemeldtes sociale og beskæftigelsesmæssige situation (fx uddannelse, erhvervs erfaring, fysiske og psykosociale jobkrav, belastninger, helbredsproblemernes

4. Studier med indsatser, hvor indsatsen kun indebærer kontakt til arbejdspladsen for en del af de sygemeldte, eller hvor den sygemeldte opfordres til selv at tage initiativ til indsatser på arbejdspladsen, inddrages ikke.

indflydelse på arbejdsevnen samt muligheder for tilpasninger og revalidering). For det andet efter yderligere ca. 1 uge et møde på virksomheden med deltagelse af arbejdsgiver, den sygemeldte, Forsikringskassens opfølgingsmedarbejder og en terapeut eller ergoterapeut, hvor fysiske og psykiske belastninger blev vurderet, mens den sygemeldte udførte sædvanlige arbejdsopgaver og i forbindelse hermed. For det tredje blev relevante tiltag iværksat (ergonomiske forbedringer eller tilpasninger og gradvist øget arbejdsoptræning). Formålet med mødet på arbejdspladsen var også at tilskynde arbejdsgiveren til at udarbejde den lovpligtige rehabiliteringsvurdering (Rehabilitation Investigation), som arbejdsgiveren er pligtig til at indsende til Forsikringskassen efter senest 8 uger og herved fremskynde iværksættelse af en egentlig fastholdelsesplan (Rehabilitation Plan). Deltagerne i kontrolgruppen fik hverken tilbudt det semi-strukturerede interview hos Forsikringskassen eller besøg på arbejdspladsen med tilknyttede tiltag. Artiklen viser, at de sygemeldte i indsatsgruppen havde væsentlig mindre sygefravær det første år efter sygemeldingens begyndelse (145 dage) end sygemeldte i kontrolgruppen (198 dage). Ligeledes havde sygemeldte væsentlig større sandsynlighed for at ophøre med at modtage sygedagpenge i indsatsgruppen end i kontrolgruppen (i artiklen omtales dette som en sandsynlighed for at komme i arbejde).

Studiet af Anema m.fl. (2007) omhandler hollandske lønmodtagere, som var delvist eller fuldt sygemeldt mellem 14 og 42 dage med lænderygsmerter. Studiet bygger på spørgeskemadata. Deltagerne blev tilfældigt udvalgt til en gruppe bestående af personer, der modtog arbejdspladsbaserede indsats (96 personer) og en gruppe bestående af personer, der modtog "Treatment as Usual" (100 personer). Den arbejdspladsbaserede indsats, som var en tilpasset udgave af en canadisk indsats (Loisel m.fl., 1997), bestod af en vurdering af den sygemeldtes arbejdsforhold og barrierer for tilbagevenden til arbejde, og efterfølgende blev der iværksat tilpasninger af arbejdsforholdene. Både den sygemeldte, arbejdsgiveren, den alment praktiserende læge og bedriftslægen (som alle arbejdsgivere er forpligtet til at tilknytte med henblik på at forebygge sygefravær og øge tilbagevenden til arbejde) deltog i indsatsen. Sygemeldte i kontrolgruppen modtog sædvanlig opfølgning af deres bedriftslæge. De sygemeldte, som ikke var tilbage i arbejde efter 8 uger, blev tilfældigt udvalgt til en indsats med fysisk træning (Graded Activity) og "Treatment as Usual" (beskrives ikke yderligere her). Studiet viser en signifikant positiv effekt af den arbejdspladsbaserede indsats. De sygemeldte i indsats-

gruppen kom væsentlig oftere i arbejde (i mindst 4 uger) end sygemeldte i kontrolgruppen. Medianvarigheden indtil arbejde (dvs. varigheden for den person, hvor 50 pct. har en længere varighed, og 50 pct. har en kortere) var 77 dage i gruppen med den arbejdspladsbaserede indsats mod 104 dage i kontrolgruppen.

Blonk m.fl. (2006) måler beskæftigelseseffekten af to forskellige indsatser for selvstændig erhvervsdrivende i Holland, som var sygemeldt mellem nogle få uger og nogle få måneder på grund af arbejdsrelaterede psykiske helbredsproblemer såsom angst og depression. Den ene indsats, som blev udført af psykologer, bestod af intensiv kognitiv adfærdsterapi (Cognitive Behavioural Therapy, CBT) to gange om ugen i 11 uger med tilknyttede hjemmeopgaver, som i de fleste tilfælde tog udgangspunkt i den sygemeldtes arbejdssituation. Formålet med CBT er at identificere uhensigtsmæssige tankemønstre med henblik på at ændre disse mønstre i en positiv retning (Blonk m.fl., 2006). Den anden indsats kombinerede CBT med arbejdsrettet vejledning. Arbejdseksperter med ekspertise i bl.a. arbejdsprocesser og arbejdsmiljø, som var trænet i CBT-baseret stresshåndtering, gav de sygemeldte to ugentlige CBT-sessioner i 5-6 uger. Herudover gav arbejdseksperterne råd om arbejdsprocesser, bl.a. om muligheder for at reducere arbejdsbelastningen, uddelegere opgaver, planlægning og arbejdsorganisering. Dette resulterede ifølge forfatterne i mange tilfælde i gradvis tilbagevenden til arbejde. Kontrolgruppen modtog to konsultationer hos en alment praktiserende læge med henblik på at sikre, at de sygemeldte var berettiget til at modtage sygedagpenge fra det private forsikringselskab. De sygemeldte blev tilfældigt udvalgt til de tre grupper. Artiklen, som bygger på spørgeskemaoplysninger om ca. 30 personer i hver af de tre grupper, finder en positiv effekt af den kombinerede indsats, men ingen effekt af intensiv CBT-terapi. Medianvarigheden indtil fuld tilbagevenden til arbejde var 122 dage i gruppen med den kombinerede indsats mod 320 dage i kontrolgruppen.

Schene m.fl. (2007) belyser effekten af psykiatrisk stressbehandling i kombination med en arbejdspladsbaseret indsats. Studiet bygger på surveydata om 62 hollandske lønmodtagere med alvorlig depression, som i gennemsnit havde en sygeperiode på 8 måneder inden for et år. Deltagerne blev tilfældigt udvalgt til en indsatsgruppe (30 personer) og en kontrolgruppe (32 personer). Syv personer i indsats- og 5 personer i kontrolgruppen var i arbejde. Kontrolgruppen modtog psykiatrisk behandling, mens indsatsgruppen modtog samme behandling og en ar-

bejdsrettet indsats (Occupational Therapy). Denne indsats bestod i en afklarende fase (4 uger), en terapeutisk fase (24 uger) og en opfølgende fase (20 uger). I den terapeutiske fase, som foregik som både gruppe- og individuelle sessioner, forberedte deltagerne sig på tilbagevenden til arbejde. I gruppesessionerne blev der udvekslet erfaringer om forskellige emner, fx blev stress på arbejdspladsen gennemgået og diskuteret. I den terapeutiske fase blev der taget kontakt til arbejdspladsen, og den sygemeldte genoptog arbejdet, hvis det var muligt. Analysen af de sygemeldte, der var sygemeldt ved studiets begyndelse, viser, at den arbejdsrettede indsats i kombination med sædvanlig behandling havde en positiv beskæftigelseseffekt. Indsatsgruppen kom således væsentligt hurtigere i arbejde (207 dage) end kontrolgruppen (299).

Van der Klink m.fl. (2003) undersøger effekten af en indsats for lønmodtagere, som var sygemeldt i mindst to uger med en tilpasningsreaktion (stressrelateret lidelse), på en stor hollandsk virksomhed. Studiet bygger på survey- og registerdata. Deltagerne til indsatsgruppe (109) og kontrolgruppe (83) blev udvalgt via blokrandomisering. Bedriftslæger, tilknyttet virksomheden, blev tilfældigt opdelt i indsats- og kontrollæger, og virksomhedens sygemeldte, som blev behandlet af disse læger, indgik i en indsats- og kontrolgruppe. Bedriftslæger i indsatsgruppen modtog et tredages kursus i en speciel form for kognitiv adfærdsterapi. Indsatsen, som var manualbaseret, bestod af fire eller fem konsultationer på mindst 90 minutter og en konsultation efter tilbagevenden til arbejde. Konsultationerne fokuserede på at øge deltagernes evne til at tackle problemer, genvinde kontrol over egen situation og gradvist øge aktivitetsniveauet. Herudover skulle bedriftslægen have kontakt med arbejdsgiveren mindst tre gange inden for de første 3 måneder. Sygemeldte i kontrolgruppen modtog sædvanlig behandling af bedriftslægen (konsultationer med fokus på empatisk rådgivning, information om stress, diskussion af arbejdsproblemer med den sygemeldte og arbejdsgiveren). Studiet viser, at indsatsen reducerer tiden indtil delvis eller fuld tilbagevenden til arbejde (median på henholdsvis 37 og 51 dage). Indsatsen reducerer også tiden indtil fuld tilbagevenden til arbejde (median på henholdsvis 60 og 83 dage) – denne effekt er dog kun signifikant på et 10-procents-niveau.

INDSATSER TILKNYTTET BESKÆFTIGELSESSYSTEMET

I vores litteratursøgning har vi fundet frem til to danske studier (Boll m.fl., 2010; Høgelund & Holm, 2005) og fire udenlandske studier af indsats, som foregår i tilknytning til det beskæftigelsespolitiske system, og hvor indsatsen ikke direkte involverer den sygemeldtes arbejdsplads (Braathen, Veiersted & Heggenes, 2007; Chan m.fl., 2006; Frölich, Heshmati & Lechner, 2004; Li-Tsang m.fl., 2008; Purdon m.fl., 2006). De danske studier omhandler effekten af henholdsvis uddannelsesmæssig revalidering og samtaler kombineret med aktive tilbud, fx virksomhedspraktik og jobtræning. I Danmark har sygemeldte kunnet modtage aktive tilbud tilsvarende dem for ledige siden 2009.

DANSKE STUDIER

Høgelund & Holm (2005) undersøger beskæftigelseseffekten af revalidering i form af deltagelse i kurser eller uddannelse. Studiet omfatter 433 lønmodtagere, som i 1995 var sygemeldt mellem 3 og 4 måneder med lænderygproblemer. De sygemeldte blev interviewet fire gange i en periode på knap 5 år. Analyserne foretages i en varighedsmodel, hvor der bl.a. ved brug af instrument variabel-metoden tages hensyn til uobserverede forskelle mellem sygemeldte, der deltager i uddannelse, og sygemeldte, der ikke deltager i uddannelse. Studiet viser, at uddannelse har en negativ beskæftigelseseffekt. Uddannelse reducerer beskæftigelseschancen, mens uddannelsen foregår, mens afslutningen af uddannelse ikke påvirker beskæftigelseschancen signifikant.

Boll m.fl. (2010) undersøger effekten af en kombineret indsats med samtaler og aktive tilbud, herunder delvis raskmelding. Analysen bygger på registerdata og omfatter 4.898 sygemeldte, som deltog i den første opfølgningssamtale, der normalt finder sted efter 8 ugers fravær. På dette tidspunkt blev deltagerne opdelt i en indsats- og en kontrolgruppe (afhængigt af fødselsår). Der er således tale om, at deltagerne i indsats- og kontrolgruppe tilnærmelsesvis er udvalgt tilfældigt, hvilket betyder, at de to grupper kan antages at være identiske med hensyn til både observerede og uobserverede karakteristika. Indsatsgruppen deltog i ugentlige opfølgningssamtaler og aktive tilbud, mens kontrolgruppen deltog i den normale sygedagpengeopfølgning. De aktive tilbud var på mindst 10 timer om ugen og omfattede arbejdsrettede tiltag (vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik og delvise raskmeldinger) og fo-

rebyggende tilbud (motion, fysisk træning, psykologsamtaler, kurser i håndtering af egen situation og kostvejledning). Analysen viser, at indsatsen ikke påvirker deltagernes selvforsørgelsesgrad de første 50 uger efter forsøgets start.

INTERNATIONALE STUDIER

Frölich, Heshmati & Lechner (2004) belyser beskæftigelseeffekten af uddannelsesmæssig revalidering på grundlag af surveydata om 6.287 personer, som var sygemeldt i mindst 60 dage mellem 1991 og 1994. Forfatterne benytter matching-metoden til at sammenligne den efterfølgende beskæftigelsesfrekvens for sygemeldte, der henholdsvis deltog i uddannelse (360 personer) og ikke deltog i uddannelse (3.200 personer). De øvrige sygemeldte deltog i andre indsatser. De sygemeldtes beskæftigelsesstatus blev opgjort ved ophør af sygedagpengesagen eller i december 1994, hvis sagen ikke var afsluttet. Studiet viser, at uddannelse har en negativ effekt.

Braathen, Veiersted & Heggenes (2007) belyser effekten af et revalideringsprogram for langvarigt sygemeldte i Norge. Der er tale om en tværdisciplinær indsats, og studiet hører derfor også til i kapitel 5 (Indsatser i sundhedssystemet). Studiet bygger på surveydata om 148 personer, som modtog en indsats på et revalideringscenter, og 68 langvarigt sygemeldte, som ikke var indskrevet på centeret. Personer i indsats- og kontrolgruppen blev ikke udvalgt tilfældigt. Kontrolgruppen blev udvalgt, så den lignede indsatsgruppen med hensyn til varighed af sygefravær, køn, alder og diagnose. Indsatsen, som varede 4 uger (5 dage a 6 timer pr. uge), havde til formål at forbedre deltagernes arbejdsevne via fysisk aktivitet og afspænding, kognitiv adfærdstilpasning, uddannelse og selvvalgt træning. I nogle tilfælde blev arbejdsgiveren kontaktet for at drøfte bl.a. muligheder for tilpasninger. Indsatsen blev udført af et team bestående af en læge, en sygeplejerske, en jobkonsulent (Vocational Social Worker) og en idrætspædagog. Kontrolgruppen modtog sædvanlig behandling. Studiet viser, at der var forskel mellem sygemeldte i indsats- og kontrolgruppen med hensyn til uddannelse, om de havde beskæftigelse som målsætning, og om de havde en igangværende sag om førtidspension. Ud af 20 målte sociale og psykologiske arbejdsforhold var der signifikant forskel på tre områder. Fire måneder efter projektets begyndelse var 80 pct. af indsatsgruppen i arbejde mod 66 pct. i kontrolgruppen (signifikant på et 6-procents-niveau).

Li-Tsang m.fl. (2008) bygger på surveydata om 66 arbejdsskadede personer med muskel- og skeletbesvær, som var sygemeldt i mere end 6 måneder. De 66 sygemeldte blev rekrutteret blandt deltagere i et ”klar til arbejde-program”. (Tre sygemeldte forlod efterfølgende studiet). Deltagerne blev tilfældigt udvalgt til en indsats- og en kontrolgruppe. Indsatsen bestod i et treugers forløb, hvor en sagsbehandler på grundlag af et interview hjalp den sygemeldte med at udarbejde en handlingsplan, identificere barrierer og sætte realistiske mål for jobtype i forhold til helbred og ønsker. Efterfølgende vejledte sagsbehandleren den sygemeldte om forberedelse til jobsamtaler, jobsøgning m.v., og sagsbehandleren hjalp den sygemeldte både med at finde egnede job, den sygemeldte kunne søge, og med at tage kontakt med arbejdsgiveren (eventuelt ved at deltage i et møde med arbejdsgiveren). I de tre uger modtog kontrolgruppen den sædvanlige jobsøgningsassistance for sygemeldte. De, der ikke var i arbejde efter tre uger, blev herefter tilbudt samme indsats som de sygemeldte i indsatsgruppen. Beskæftigelse blev målt umiddelbart efter forsøgsperioden. Studiet viser en signifikant positiv beskæftigelseeffekt af indsatsen: 27 pct. af indsatsgruppen var i beskæftigelse mod 19 pct. i kontrolgruppen.

Purdon m.fl. (2006) bygger på surveyoplysninger om 2.845 personer, som var sygemeldt fra arbejde imellem 6 og 26 uger på grund af helbredsproblemer. Studiet måler effekten af henholdsvis en helbredsindsats, en arbejdspladsbaseret indsats og en indsats, hvor de sygemeldte kunne modtage både en helbredsindsats og en arbejdspladsbaseret indsats. Helbredsindsatsen omfatter bl.a. fysioterapi, psykoterapi, alternativ behandling og henvisning til speciallæge. Den arbejdspladsbaserede indsats omfatter ergonomisk vurdering og kontakt, samarbejde eller mediering med arbejdsgiveren. Der var ikke krav om, at den arbejdspladsbaserede indsats foregik på arbejdspladsen, men den skulle fokusere på at skabe ændringer i de sygemeldtes arbejdsforhold. Medianvarigheden af den samlede behandling var 4-6 timer for helbredsbehandlingen og 2-4 timer for den arbejdspladsbaserede indsats. Deltagerne blev tilfældigt udvalgt til de tre indsatsgrupper og kontrolgruppen. Undersøgelsen bygger på data om 587 personer i helbredsgruppen, 545 i gruppen for den arbejdspladsbaserede indsats, 571 personer i gruppen med den kombinerede indsats og 458 personer i kontrolgruppen. Beskæftigelse blev målt som beskæftigelse i mindst 13 uger påbegyndt senest 28 eller 32 uger efter sygemeldingens begyndelse. (Denne forholdsvis korte observations-

periode blev valgt, fordi formålet med indsatserne var at øge tilbagevenden til arbejde før det tidspunkt, hvor de sygemeldte kunne overgå til ”Incapacity benefit”). Studiet viser, at der ingen effekt er af nogen af de tre indsatser.

KONKLUSION

Arbejdspladsbaserede indsatser foregår helt eller delvist på arbejdspladsen. I kapitlet har vi fokuseret på studier, hvor indsatsen på den ene eller anden måde involverer myndighederne. Indsatserne består i langt de fleste tilfælde af flere tiltag, fx TTA-koordinering, gennemgang af arbejdsforhold, inddragelse af arbejdsgiveren og tilpasninger af arbejdsforhold.

Vi har fundet seks reviews af arbejdspladsbaserede indsatser og 17 enkeltstående studier. På baggrund af fem af reviewene konkluderer vi, at der er evidens for, at arbejdspladsbaserede indsatser har en positiv beskæftigelseseffekt for en specifik gruppe af sygemeldte med muskel- og skeletbesvær (Carroll m.fl., 2010; Franche m.fl., 2005; Gabbay m.fl., 2011; Palmer m.fl., 2011; van Oostrom m.fl., 2009). De fem ”reviews” adskiller sig bl.a. med hensyn til, om de vurderer effekten af arbejdspladsbaserede indsatser generelt eller effekten af forskellige typer af arbejdspladsbaserede indsatser, hvordan de vurderer studierne kvalitet, og om de konkluderer på graden af evidens. Vi kan derfor ikke konkludere på graden af evidens. Indsatserne består i langt de fleste tilfælde af flere tiltag, og det er derfor ikke muligt at konkludere på effekten af de enkelte elementer.

Når det gælder sygemeldte med mentale helbredsproblemer, er der indikation på, at indsatser, som inddrager arbejdspladsen, øger beskæftigelseschancen (Borg m.fl., 2010).

De fem enkeltstående studier om arbejdspladsbaserede indsatser, hvor forsikringsudbyderen i mindre eller større grad er inddraget, understøtter også, at indsatserne har en positiv effekt.

Reviewet af Palmer m.fl. (2011) tyder på, at størrelsen på effekten af arbejdspladsbaserede indsatser (og af andre indsatser) gennemgående er forholdsvis beskedne.

Indsatser med tilknytning til det beskæftigelsespolitiske system kan være revalidering i form af uddannelse og assistance i forbindelse med jobsøgning og tilbagevenden til arbejde. I en dansk kontekst kan

indsatsen fra 2009 også omfatte aktive tilbud såsom virksomhedspraktik og jobtræning ifølge lov om aktiv beskæftigelsesindsats.

Vi fandt to danske og fire udenlandske studier om indsatser, som foregår i tilknytning til det beskæftigelsespolitiske system. Det er således et forholdsvis begrænset vidensgrundlag.

Resultaterne for både de tre randomiserede studier (Boll m.fl., 2010; Li-Tsang m.fl., 2008; Purdon m.fl., 2006) og fra de tre ikke-randomiserede studier (Braathen, Veiersted & Heggenes, 2007; Frölich, Heshmati & Lechner, 2004; Høgelund & Holm, 2005b) peger i forskellig retning. Forskelligheden i indsatserne, i resultaterne, i studiernes kvalitet og det beskedne antal studier betyder, at det ikke er muligt at konkludere på effekten af arbejdsrettede indsatser uden for arbejdspladsen.

DELVISE SYGE- OG RASKMELDINGER

I en dansk kontekst indebærer en delvis raskmelding, at en fuldtidssygemeldt person raskmeldes på deltid. Tilsvarende indebærer en delvis sygemelding, at sygemeldingen begynder som en delvis sygemelding. Delvise rask- og sygemeldinger foregår på arbejdspladsen, og der er derfor tale om en arbejdspladsbaseret indsats, se kapitel 3. En delvis rask- eller sygemelding indebærer, at lønmodtageren i stedet for fulde sygedagpenge modtager løn for de timer, hvor lønmodtageren arbejder, og sygedagpenge for de timer, hvor vedkommende er sygemeldt. For lønmodtagere, som modtager løn under sygefravær, ændres indkomsten ikke af en delvis rask- eller sygemelding. Sverige og Norge har lignende ordninger.

MULIGE EFFEKTER

Delvise rask- og sygemeldinger kan tænkes at øge sygemeldtes tilbagemødet til (fuldtids-)arbejde af flere grunde (Andrén & Andrén, 2008; Høgelund, Holm & McIntosh, 2010). Begge ordninger indebærer, at den sygemeldte i større grad end en fuldtidssygemeldt bevarer kontakten til arbejdspladsen, hvilket kan reducere risikoen for afskedigelse. En delvis syge- eller raskmelding kan også begrænse eller modvirke, at lønmodtagerens kvalifikationer og kompetencer ”ruster”, hvilket kan gøre det

nemmere at genoptage arbejdet på normal tid. En delvis raskmelding kan også tænkes at forlænge sygemeldingen. Hvis den sygemeldte genoptager arbejdet for hurtigt, kan genoptagelse af arbejdet forværre helbredstilstanden (Pransky m.fl., 2002). For mange danske lønmodtagere er der ikke særlig stor forskel på indkomsten, når de er delvist syge- eller raskmeldt, og når de arbejder fuldtid. Det kan begrænse incitamenterne til en fuld raskmelding, idet en delvis syge- eller raskmelding indebærer reduceret arbejdstid med stort set samme indkomst som ved normal arbejdstid.

STUDIER OM DELVISE SYGE- OG RASKMELDINGER

Vi har fundet tre danske studier (Beskæftigelsesministeriet, 2008; Høgelund, Holm & McIntosh, 2010; Høgelund & Holm, 2011) og fem udenlandske studier (Andrén, 2011; Andrén, 2010; Andrén & Andrén, 2008; Andrén & Svensson, 2009; Markussen m.fl., 2010).

DANSKE STUDIER

På grundlag af registerdata belyser Beskæftigelsesministeriet (2008) effekten af delvise raskmeldinger på selvforsørgelsesgraden for alle 25-54-årige med en sygemelding på mindst 9 uger. Beskæftigelse måles således indirekte – som fravær af modtagelse af overførselsindkomst. Analysen omfatter personer, der i 2003 startede en sygemelding fra beskæftigelse eller et sygdomsforløb med en delvis raskmelding. Analysen tager hensyn til observerede forskelle mellem delvist raskmeldte og fuldt sygemeldte ved at matche de to grupper på en række centrale forhold (artiklen beskriver ikke disse forhold nærmere). Analysen viser, at delvist raskmeldte har en højere grad af selvforsørgelse end fuldtidssygemeldte inden for det første år efter sygdomsforløbet. Efter 2 år og derover har delvise raskmeldinger ingen effekt.

Høgelund, Holm & McIntosh (2010) undersøger effekten af delvise raskmeldinger på de sygemeldtes egen raskmelding. Studiet omfatter 934 lønmodtagere, som afsluttede en sygemelding af mindst 9 ugers varighed i 2006. 28 pct. af lønmodtagerne blev delvist raskmeldt. Analysen, som bygger på både survey- og registerdata, gennemførtes som en varighedsanalyse (med varigheden fra sygemeldingens begyndelse til delvis raskmelding og til egen raskmelding). I analysen blev der taget hensyn til observerede og uobserverede forskelle mellem delvist rask-

meldte og fuldt sygemeldte. Det forudsættes blandt andet, at de sygemeldte ikke præcist kan forudse, hvornår de eventuelt bliver delvist raskmeldt. Analysen viser, at delvise raskmeldinger har en positiv effekt på egen raskmelding. I den periode, hvor den delvise raskmelding foregår, har den delvist raskmeldte ca. 50 pct. større chance for at blive fuldt raskmeldt end en fuldt sygemeldt lønmodtager.

På de samme data som Høgelund, Holm & McIntosh (2010) undersøger Høgelund & Holm (2011) effekten af delvise raskmeldinger for lønmodtagere med mentale helbredsproblemer. Studiet bygger på samme data og metode som Høgelund, Holm & McIntosh (2010). Studiet viser, at delvise raskmeldinger ikke har nogen effekt for sygemeldte med mentale helbredsproblemer, mens de har en positiv effekt for sygemeldte med andre helbredsproblemer.

Endelig undersøger Boll m.fl. (2010) effekten af en kombineret indsats, hvor delvise raskmeldinger udgør en del af indsatsen. Dette studie er beskrevet i kapitel 3 (Arbejdspladsbaserede indsatser m.v.).

INTERNATIONALE STUDIER

Der findes nogle nordiske studier af delvise raskmeldinger, hvor der er taget hensyn til både observerede og uobserverede forskelle mellem delvist raskmeldte og fuldtidssygemeldte (Andrén, 2011; Andrén, 2010; Andrén & Andrén, 2008; Andrén & Svensson, 2009; Markussen m.fl., 2010). Studierne af Andrén og kollegaer bygger dog alle på de samme data.

Markussen m.fl. (2010) belyser effekten af delvise raskmeldinger på bl.a. beskæftigelsesstatus 2 år efter sygemeldingen (hvis sygemeldingen fx begyndte i 2001, opgøres beskæftigelsesstatus i 2003). Rapporten, som bygger på registerdata om samtlige sygemeldinger mellem 2001 og 2005 i Norge, tager hensyn til uobserverede forskelle mellem delvist sygemeldte og fuldtidssygemeldte (via instrument variabel-metoden). Analyserne viser, at delvise raskmeldinger øger sandsynligheden for at være beskæftiget 2 år efter sygemeldingens begyndelse. For både kvinder og mænd øger en delvis raskmelding beskæftigelsen med mindst 12-14 procentpoint.

Andrén og kollegaer har gennemført flere studier med udgangspunkt i samme datamateriale, som omfatter ca. 5.000 personer, som var registreret i de svenske forsikringskasser i 2002 (både lønmodtagere og arbejdsløse). Analyserne omfatter personer, som blev sygemeldt i en to-ugers periode i februar.

Andrén & Andrén (2008) bygger på data om 3.607 lønmodtagere. Forfatterne belyser effekten af delvise sygemeldinger ved at sammenligne lønmodtagere, som blev delvist sygemeldt 15 dage efter første fraværsdag (dvs. umiddelbart efter arbejdsgiverperioden), med lønmodtagere, som var sygemeldt fuld tid. Arbejdspapiret, som bygger på registerdata, belyser effekten af delvise sygemeldinger på de sygemeldtes chance for at vende tilbage i arbejde fuldt arbejdsdygtige. Forfatterne tager hensyn til uobserverede forskelle mellem delvist sygemeldte og fuldtidssygemeldte (via instrument variabel-metoden, og ved at tillade, at uobserverede forhold kan påvirke sandsynligheden for at blive henholdsvis deltidssygemeldt og komme i arbejde fuldt arbejdsdygtig). For sygemeldinger med en varighed på 150 dage og derover viser analysen, at delvist sygemeldte har 10 procentpoint større sandsynlighed for at vende tilbage til arbejde end fuldt sygemeldte (Treatment on the Treated Effect (TTE)). For sygemeldinger op til 120 dage er effekten negativ. Forfatterne beregner også effekten for en gennemsnitsperson (Average Treatment Effect (ATE)). Denne effekt er også negativ for sygemeldinger op til 120 dage, og den er skiftevis negativ og positiv for sygemeldinger over 120 dage. Forskellen mellem ATE og TTE i langvarige sager tyder på, at delvise sygemeldinger ikke vil hjælpe en tilfældig sygemeldt, mens de sygemeldte, som rent faktisk bliver delvist sygemeldt, har gavn af en delvis sygemelding.

I Andrén & Svensson (2009) er populationen afgrænset til 1.170 lønmodtagere sygemeldt med muskel- og skeletbesvær. Rapporten benytter samme type analyse som Andrén & Andrén (2008). Forfatterne finder, at delvise sygemeldinger har en positiv beskæftigelseseffekt for en gennemsnitsperson (ATE), mens effekten af delvise sygemeldinger er insignifikant for de lønmodtagere, som blev delvist sygemeldte (TTE).

Andrén (2010) beskriver foreløbige resultater fra en analyse af effekten af delvise sygemeldinger for lønmodtagere med mentale helbredsproblemer. Rapporten benytter samme analyse som Andrén & Andrén (2008) (dog uden at benytte instrument variabel-metoden). Forfatteren finder, at delvise sygemeldinger ikke øger sandsynligheden for at komme i arbejde fuldt arbejdsdygtig for lønmodtagere, som er delvist sygemeldte fra sygemeldingens begyndelse. Derimod er der en positiv effekt for lønmodtagere, som bliver delvist raskmeldt i løbet af sygefraværet. Begge resultater gælder både for en gennemsnitsperson (ATE) og for sygemeldte, som deltager i indsatsen (TTE).

Andrén (2011) belyser effekten af delvise sygemeldinger for sygemeldte, som var arbejdsløse, da de blev sygemeldt. De delvist sygemeldte er personer, som var delvist sygemeldt fra begyndelsen af sygefraværet og/eller delvist sygemeldt umiddelbart før sygemeldingens ophør. Rapporten, som benytter samme analyse som Andrén & Andrén (2008), viser, at delvise sygemeldinger har en positiv beskæftigelseseffekt for en gennemsnitsperson (ATE) og en negativ effekt for de arbejdsløse, som blev delvist sygemeldt (ITE). Resultaterne tyder således på, at det er de ”forkerte”, som er blevet delvist sygemeldt: De havde klaret sig bedre, hvis de ikke var blevet delvist sygemeldt. Havde det derimod været en tilfældig person, som var blevet delvist sygemeldt, ville effekten være positiv.

Ud over de ovennævnte studier findes der undersøgelser af arbejdspladsbaserede indsatser, hvor gradvis genoptagelse af arbejdet er en del af indsatsen. Disse undersøgelser indgår i kapitel 3, og de understøtter, at gradvis tilbagevenden til arbejde øger chancen for fuld tilbagevenden til arbejde. Der findes også flere undersøgelser om effekten af ”graded activity”. Disse studier gennemgås i kapitel 5 (Indsatser i sundhedssystemet), fordi ”graded activity” i overvejende grad består af fysisk træning.

KONKLUSION

I en dansk kontekst indebærer en delvis raskmelding, at en fuldtidssygemeldt person raskmeldes på deltid. Tilsvarende indebærer en delvis sygemelding, at sygemeldingen begynder som en delvis sygemelding. Delvise rask- og sygemeldinger foregår på arbejdspladsen, og der er derfor tale om en arbejdspladsbaseret indsats (se kapitel 3). En delvis rask- eller sygemelding indebærer, at lønmodtageren i stedet for fulde sygedagpenge modtager løn for de timer, hvor lønmodtageren arbejder, og sygedagpenge for de timer, hvor vedkommende er sygemeldt. Sverige og Norge har ordninger, der minder om den danske.

Vi har fundet tre danske studier og fem norske/svenske studier, og den eksisterende viden må i flere henseender siges at være begrænset. Vi har ikke fundet randomiserede studier, og selvom der findes flere analyser udgivet i arbejdspapirer, er der således endnu kun et studie, som er publiceret i et videnskabeligt tidsskrift. Hertil kommer, at studierne i flere tilfælde bygger på samme datamaterialer.

De fundne studier understøtter, at delvise rask-/sygemeldinger har en positiv effekt for lønmodtagere generelt (uanset helbredsproblem). Et norsk og et dansk studie understøtter således, at der er en positiv effekt, et dansk studie viser, at der er en positiv effekt det første år, og et svensk studie tyder på, at delvise sygemeldinger har en positiv effekt i langvarige sager.

Når det gælder analyser af sygemeldte med forskellige helbredsproblemer, er der ingen sikker viden. Der er få studier, og når det gælder mentale helbredsproblemer, er resultaterne usikre og ikke entydige.

INDSATSER I SUNDHEDSSYSTEMET

I denne rapport er indsatser i sundhedssystemet defineret som indsatser, der er forankret i sundhedsvæsnets regi. Vi har afgrænset litteratursøgningen til indsatser, som har til formål at sikre sygemeldtes tilbagevenden til arbejde. Vi har derfor ikke medtaget studier, som primært belyser helbredsmæssige effekter af sundhedsmæssige indsatser⁵. Indsatser i sundhedssystemet med fokus på tilbagevenden til arbejde omhandler groft sagt:

- Fysisk træning (fx styrke- og konditionstræning)
- Indsatser rettet mod mentale forhold (fx hvor den sygemeldte kan lære at ændre uhensigtsmæssige tanke- og handlemønstre)
- Indsatser, som både inddrager fysiske og mentale elementer.

MULIGE EFFEKTER

Indsatser i sundhedssystemet kan tænkes at have en positiv beskæftigelseseffekt, fordi de kan forbedre de sygemeldtes fysiske og/eller psykiske funktionsevne. Hermed kan de sygemeldte udføre flere arbejdsrelaterede

5. Vi har ikke medtaget studier, hvor indsatsen udgøres af medicinsk behandling eller operation, se afgrænsning i kapitel 2.

funktioner, hvilket forbedrer deres muligheder for at vende tilbage i arbejde. På den anden side kan behandling bl.a. i sundhedssystemet i nogle tilfælde tænkes at bidrage til, at den sygemeldte fokuserer på sine helbredsproblemer og de begrænsninger, de giver, hvilket kan tænkes at modvirke tilbagevenden til arbejde.

I litteratursøgningen fandt vi fem litteraturstudier (Borg m.fl., 2010; Hlobil m.fl., 2005a; Mortensen m.fl., 2008; Palmer m.fl., 2011; Schaafsma m.fl., 2011)⁶, hvoraf to er danske. Herudover fandt vi 27 enkeltstående studier af indsatser (Anema m.fl., 2007; Aure, Nilsen & Vasseljen, 2003; Broadbent m.fl., 2009; Brouwers m.fl., 2006; Crawford, Khan & Varley, 2004; Ektor-Andersen m.fl., 2008; Feltz-Cornelis m.fl., 2010; 2008; Hagen, Gradal & Eriksen, 2003; Hagen m.fl., 2010; Haldorsen m.fl., 2002; Heymans m.fl., 2006a; Hlobil m.fl., 2007; Hlobil m.fl., 2005b; Hout m.fl., 2003; Lindell, Johansson & Strender, 2008; Marhold, Linton & Melin, 2001; Meijer m.fl., 2006; Norrefalk m.fl., 2008; Nystuen & Hagen, 2006; Rebergen m.fl., 2009; Ross m.fl., 2006; Skouen, Grasdal & Haldorsen, 2006; Søgaard & Bech, 2009; Staal m.fl., 2008; Steenstra m.fl., 2009; Feltz-Cornelis m.fl., 2010; Willert, Thulstrup & Bonde, 2011; Wright m.fl., 2005), heraf to danske studier. Nedenfor gennemgår vi de to danske artikler og de fem litteraturstudier.

DANSKE STUDIER

Søgaard & Bech (2009) belyser beskæftigelseeffekten af en indsats for sygemeldte med en uopdaget psykiatrisk diagnose. Studiet bygger på survey- og registerdata om 836 lønmodtagere og arbejdsløse, som var sygemeldt i over 8 uger, og som i forbindelse med en (spørgeskema) ”screening” havde et minimum af psykiatriske symptomer. De sygemeldte fra seks kommuner blev tilfældigt udvalgt til en indsatsgruppe (420) og en kontrolgruppe (416). Indsatsen bestod i en psykiatrisk undersøgelse og diagnosticering. I denne forbindelse blev der givet feedback til den sygemeldte (bl.a. om behandling), til alment praktiserende læge (om medicinering, psykoterapi og henvisning til psykiatrisk behandling) og til kommunen (om fx forventet varighed af sygemeldingen og behov for

6. Et ”review” af Henschke m.fl. (2011) om adfærdsmæssige indsatser for personer med kroniske lænderygsmerter er ikke medtaget her, fordi det er uklart, om de inkluderede studier omhandler sygemeldte.

tilpasninger af arbejdsforhold). De sygemeldte blev fulgt i sygedagpenge-registeret i op til 475 dage efter sygemeldingens begyndelse, og deres beskæftigelse ved sygemeldingens ophør blev målt ud fra registeroplysninger om årsagen til, at deres udbetaling af sygedagpenge var ophørt. Studiet viser, at indsatsen ikke har en positiv beskæftigelseeffekt.

Willert, Thulstrup & Bonde (2011) belyser effekten af en stresshåndteringsindsats blandt sygemeldte med stresssymptomer og lønmodtagere med stresssymptomer og risiko for sygemelding (her beskrives kun resultater for de sygemeldte). Studiet bygger på kombinerede survey- og registerdata om 60 sygemeldte. De sygemeldte blev tilfældigt udvalgt til en indsatsgruppe, som modtog indsatsen i uge 1-16 efter inklusion i studiet, og en kontrolgruppe, som modtog indsatsen i uge 17-32 efter inklusion. Indsatsen bestod af otte tretimers manualbaserede gruppesessioner med kognitiv adfærdsterapi udført af to kliniske psykologer. Formålet med indsatsen var at øge deltageres evne til at håndtere stressfyldte situationer og til at arbejde på trods af deres vanskeligheder. I tiden mellem sessionerne udførte deltagerne hjemmeopgaver. De sygemeldte blev fulgt i DREAM-registeret i 48 uger efter inklusion i studiet, og tilbagevenden til arbejde blev målt som fravær af modtagelse af syge- og arbejdsløshedsdagpenge i 4 uger. Selvom mediantiden for tilbagevenden til arbejde var kortere i indsatsgruppen (16 uger) end kontrolgruppen (33 uger), var forskellen ikke statistisk signifikant.

REVIEWS

Hlobil m.fl. (2005a) gennemgår og vurderer RCT-studier om TTA-indsatser (Return-to-Work Interventions) for personer, som var sygemeldt med lænderygsmerter i 1-3 måneder (Subacute Low Back Pain). Hlobil m.fl. (2005a) omfatter ni RCT's. Kontrolgrupperne modtog "treatment as usual", fx behandling hos en alment praktiserende læge. I alle studier omfattede indsatsen fysisk træning eller instruktioner i fysisk træning og helbredsrelateret undervisning. Herudover bestod indsatsen i adfærdsterapi (Behavioural Treatment) i seks studier, i ergoterapeutiske tiltag i seks studier og i TTA-koordinering i to studier. Tilsyneladende bestod indsatsen i et par af studierne også af kontakt til arbejdspladsen og drøftelse af fx tilpasninger af arbejdsforholdene (ikke beskrevet i reviewet), og der er således til dels et overlap mellem studier af indsatser i

sundhedssystemet og arbejdspladsbaserede indsatser. Det betyder, at det er vanskeligt at drage konklusioner om effekten af fysisk træning, adfærdsterapi mm., fordi der typisk indgår flere forskellige elementer i indsatserne. Hlobil m.fl. (2005a) konkluderer, at der er stærk evidens for, at TTA-indsatser øger tilbagevenden til arbejde inden for de første 6 måneder efter sygdomsindmeldingens begyndelse. Når det gælder effekterne på både mellemlangt og langt sigt, konkluderer forfatterne, at studierne viser modstridende resultater. Det skal bemærkes, at når det gælder sygefravær (målt som fraværsdage i observationsperioden), når reviewet frem til den modsatte konklusion: Der er modstridende resultater om effekten af TTA-indsatser inden for de første 6 måneder, mens der er evidens for, at indsatserne reducerer fraværet på mellemlangt og langt sigt. Derfor skal man være varsom med at fortolke for håndfast på, om indsatsernes effekt viser sig på kort, mellemlangt eller langt sigt.

Mortensen m.fl. (2008) gennemgår litteraturen om effekten af TTA-indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær. Forfatterne inddrager både reviews og enkeltstående RCT-studier fra 2001 til 2008, som belyser indsatsernes effekt på sygefravær og/eller tilbagevenden til arbejde. Gennemgangen af litteratur om individorienterede indsatser med elementer af arbejdspladsbaseret rådgivning inddrager 11 reviews og 13 RCT-studier. Forfatterne konkluderer for det første, at flerstrengede indsatser, der inkluderer lægekonsultation, psykologisk rådgivning og arbejdspladsbaseret rådgivning (og eventuelle tilpasninger), har en positiv effekt på sygefraværet. For det andet konkluderer Mortensen m.fl. (2008), at superviseret fysisk træning (som påvirker fx iltoptagelse, udholdenhed og muskelstyrke) kombineret med kognitiv adfærdsterapi reducerer sygefraværet for sygemeldte med kroniske rygsmerter. For det tredje konkluderer forfatterne, at som enkeltstående indsatser har kognitiv adfærdsterapi og gradvis optrapning af arbejdet beskeden effekt på at afkorte sygefravær og øge tilbagevenden til arbejde.

Som beskrevet i kapitel 3 gennemgår Borg m.fl. (2010) litteraturen om effekter af TTA-indsatser for sygemeldte med mentale helbredsproblemer. På grundlag af 11 studier konkluderer forfatterne bl.a., at der ikke er evidens for, at ”minimale” indsatser og personorienterede indsatser påvirker sygefraværet/tilbagevenden til arbejde, mens der er indikation for, at indsatser med fokus på både person- og arbejdspladsorienterede forhold har en positiv effekt.

Schaafsma m.fl. (2011) gennemgår og vurderer litteraturen om fysiske træningsprogrammer med fokus på træning af arbejdsfunktioner for lønmodtagere med rygsmerter (Physical Conditioning Programs⁷). Træningen, som foregår i et sikkert og overvåget arbejdsmiljø, kopierer eller efterligner jobfunktioner, og belastningen og sværhedsgraden øges gradvist. I nogle tilfælde inkluderer programmerne også muligheder for at vende tilbage i tilpasset arbejde. Formålet med træningen er at øge deltageres fysiske og psykiske formåen og dermed deres muligheder for at begynde at arbejde på normale vilkår igen. Reviewet omfatter kun randomiserede studier med lønmodtagere, som var delvist sygemeldt, helt sygemeldt eller ikke kunne udføre deres arbejde ordentligt pga. rygsmerter. Ligeledes omfatter reviewet kun studier af programmer med fokus på jobfunktioner og med eksplicit tilknytning til deltageres arbejdsplads. Gennemgangen omfatter 23 studier, hvoraf de fleste sammenlignede indsatsen med "Treatment as Usual" (14) eller almindelig fysisk træning (6). Forfatterne skelner mellem lette og intensive "Physical Conditioning"-programmer og mellem personer med akutte smerter (i under 6 uger), subakutte smerter (6-12 uger) og kroniske smerter (13 uger og derover). Forfatterne skelner ikke mellem reduktion af sygefraværets længde og tilbagevenden til arbejde. I de nedenstående afsnit gennemgår vi deres konklusioner.

"PHYSICAL CONDITIONING"-PROGRAMMER SAMMENLIGNET MED "TREATMENT AS USUAL" FOR LØNMODTAGERE MED AKUTTE RYGSMERTER
Der er evidens af lav kvalitet for, at både lette og intensive "Physical Conditioning"-programmer ikke påvirker sygefraværet.

"PHYSICAL CONDITIONING"-PROGRAMMER SAMMENLIGNET MED "TREATMENT AS USUAL" FOR LØNMODTAGERE MED SUBAKUTTE RYGSMERTER
Der er evidens af lav kvalitet for, at der ingen effekt er af lette programmer. Der er modstridende evidens for effekten af intensive programmer. Men hvis indsatsen foregår på arbejdspladsen eller omfatter besøg på arbejdspladsen, reducerer intensive programmer sygefraværet.

7. De kaldes også "Work Conditioning", "Work Hardening", "Functional Restoration" eller "Functional Exercise"-programmer (Schaafsma m.fl., 2011).

"PHYSICAL CONDITIONING"-PROGRAMMER SAMMENLIGNET
MED "TREATMENT AS USUAL" FOR LØNMOTAGERE MED KRONISKE
RYGSMERTER

Der er evidens af lav kvalitet for en lille langsigtet effekt af intensive programmer.

"PHYSICAL CONDITIONING"-PROGRAMMER OG KOGNITIV
ADFÆRDSTERAPI

Der er evidens af lav til moderat kvalitet for, at kognitiv adfærdsterapi alene eller som supplement til "Physical Conditioning"-programmer ikke er bedre end "Physical Conditioning"-programmer.

Palmer m.fl. (2011) gennemgår og vurderer litteraturen om effekten af forskellige typer af indsatser for personer med muskel- og skeletbesvær. Ud over sygemeldte med muskel- og skeletbesvær omfatter reviewet studier af lønmodtagere i arbejde med muskel- og skeletbesvær og lønmodtagere, som har været sygemeldt med muskel- og skeletbesvær inden for det seneste år. Gennemgangen omfatter 42 studier, heraf 34 RCT's, publiceret siden 1990. Palmer m.fl. undersøger fire typer af indsatser:

1. Fysisk træning, fx konditionstræning, styrketræning, udstrækning og "Physical Conditioning"- (PC-)programmer.
2. Adfærds- og/eller kognitive indsatser, fx information og vejledning, tilskyndelse og feedback om hensigtsmæssig adfærd, tilskyndelse til at identificere barrierer, stressreduktion, fastlæggelse af gradvist øgede krav samt kognitiv adfærdsterapi.
3. Arbejdspladsbaserede indsatser, fx ergonomisk vurdering og ændringer og tilpasninger af arbejdsopgaver og arbejdsforhold.
4. "Ekstra services", fx helbredsundersøgelse og opstilling af en TTA-plan, tværfaglig TTA-koordinering, uddannelse og vejledning af alment praktiserende læge eller bedriftslæge.

Langt de fleste studier omhandlede to eller flere indsatser. Adfærds- og/eller kognitive indsatser indgik i 37 studier, fysisk træning i 30, arbejdspladsbaserede indsatser i 17, og "ekstra services" indgik i 5 studier. I dette kapitel fokuserer vi på reviewets konklusioner om fysisk træning og adfærds- og/eller kognitive indsatser (resultater om arbejdspladsbaserede indsatser er beskrevet i kapitel 3). Reviewet viser, at der gennemgående er beskedne positive TTA-effekter af fysisk træning samt adfærds-

og/eller kognitive indsatser. De forskellige fysiske indsatser har stort set samme effektstørrelse. Blandt adfærds- og/eller kognitive indsatser har fastlæggelse af gradvist øgede krav den største effekt, mens hurtig vurdering af adfærdsmæssige mål ikke har nogen effekt. Ud over indsatsernes effekt på tilbagevenden til arbejde beregner Palmer m.fl. (2011) indsatsernes effekt på sygefraværets varighed, hvilket giver et enkelt udtryk for effekternes størrelse. Effekten er opgjort som det antal dage pr. måned, indsatsen reducerer sygefraværets varighed. Medianreduktionen for adfærds- og/eller kognitive indsatser varierer mellem 1,1 dage (vejledning/instruktioner) og 1,7 dage pr. måned (fastlæggelse af gradvist øgede krav). Effekten af fysisk træning varierer mellem 0,7 (physical conditioning-programmer) og 1,1 dage pr. måned (konditionstræning mm.).⁸ Endelig skal det bemærkes, at Palmer m.fl. (2011) finder, at TTA-effekten af de fleste indsatser reduceres, når studier med dårligst kvalitet udelukkes (undtagelserne er indsatserne: fastlæggelse af gradvist øgede krav, kognitiv adfærdsterapi og fysioterapi, hvor TTA-effekten øges).

KONKLUSION

Indsatser i sundhedssystemet kan formodes at forbedre sygemeldtes fysiske og/eller psykiske helbred og dermed deres arbejdsevne, hvilket vil øge de sygemeldtes tilbagevenden til arbejde.

Rapporten inddrager tre typer af sundhedsindsatser med fokus på tilbagevenden til arbejde:

1. Fysisk træning (fx styrke- og konditionstræning)
2. Indsatser rettet mod mentale forhold (fx hvor den sygemeldte kan lære at ændre uhensigtsmæssige tanke- og handlemønstre)
3. Indsatser, som både inddrager fysiske og mentale elementer.

I litteratursøgningen har vi fundet fem reviews, heraf to danske. Herudover har vi fundet 27 enkeltstående studier af indsatser, heraf to danske studier.

Det ene af to danske studier belyser effekten af en indsats med psykiatrisk undersøgelse og feedback for personer med en uopdaget psy-

8. Fysioterapi har en effekt på 0,32 dage pr. måned. Denne konklusion er dog kun baseret på ét studie.

kiatrisk diagnose, som har været sygemeldt mere end 8 uger (Søgaard & Bech, 2009). Det andet studie belyser effekten af psykologisk-baseret indsats for sygemeldte med stresssymptomer og lønmodtagere med stresssymptomer og risiko for sygemelding (Willert, Thulstrup & Bonde, 2011). Ingen af studierne kan påvise en effekt af indsatsen. Men fraværet af en effekt i Willert, Thulstrup & Bonde (2011) kan skyldes, at analysen bygger på forholdsvis få sygemeldte.

Det er umiddelbart vanskeligt at sammenligne kapitlets fem reviews. Der er således forskelle på målgruppen, bl.a. med hensyn til helbredsproblemets art, varigheden af helbredsproblemet/sygemeldingen, og om det kun er sygemeldte personer, som er med i studierne. Ligeledes er der forskel på, hvilke indsatser der inddrages, antallet af studier, der indgår, om det kun er RCT's, som er inkluderet, og om der skelnes mellem tilbagevenden til arbejde og sygefravær. Endelig omfatter mange af studierne i reviewene kombinerede indsatser, hvilket kan gøre det svært at konkludere, hvorvidt ét element i indsatserne har en effekt. Det er ud fra de fem reviews derfor ikke muligt at give et klart svar på, om henholdsvis fysisk træning og indsatser rettet mod mentale forhold har en positiv effekt på beskæftigelse og sygefravær.

Hvis vi alligevel skal give et bud på, i hvilken retning resultaterne peger, så tyder det på, at:

- Fysisk rettede indsatser gennemgående har en positiv beskæftigelseseffekt, men for personer med rygsmerter tyder det på, at effekten afhænger af, hvor lang tid efter sygemeldingens begyndelse indsatserne iværksættes.
- Inddragelse af arbejdspladsen øger beskæftigelseseffekten, og det er i nogle tilfælde en forudsætning for en positiv effekt.
- Indsatser rettet mod sygemeldte med mentale helbredsproblemer har en positiv beskæftigelseseffekt, når de er en del af en samlet indsats, fx hvor der er fokus på arbejdspladsen.
- Det er usikkert, om mentalt rettede indsatser virker alene – her er der ikke enighed mellem reviewene.

Reviewet af Palmer m.fl. (2011) tyder på, at størrelsen af effekterne gennemgående er forholdsvis små, både når det gælder fysisk og mentalt rettede indsatser. Reviewet inkluderer imidlertid både studier af sygemeldte og af lønmodtagere i arbejde med muskel- og skeletbesvær.

BOKS 4.1

Oversigt over kapitlets fem reviews.

	Hlobil m.fl. 2005a	Borg m.fl. 2010	Mortensen m.fl. 2010	Schaafsma m.fl. 2011	Palmer m.fl. 2011
Målgruppe: Kun sygemeldte?	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Helbredsproblem	Lænderyg-smerter	Mentale problemer	Muskel- og skelet-besvær	Rygsmarter	Muskel- og skelet-besvær
Varighed af sygemelding	Subakutte	> 2 uger	Alle	Alle	Alle
Indsats	Fysiske indsatser kombineret med fx adfærdsterapi og ergoterapeutisk indsats	1. Minimale indsatser, fx information 2. Personorienterede indsatser 3. 2. + APBI	Både enkeltstående og flerstrengede indsatser, fx rettet mod fysiske problemer, mentale problemer og arbejdspladsen	Physical conditioning-programmer m. fokus på job. Skelner ml. lette og intensive indsatser	1) Fysisk 2) Mental 3) APBI 4) "Social services"
Inkluderede studier	RCT	RCT og ej-RCT	Reviews og RCT	RCT	RCT og ej-RCT, men analyse på studier m. høj kvalitet
Antal studier	9	11	11 reviews og 13 enkeltstående studier	23	42
Konklusioner	Positiv effekt.	Ingen effekt af minimale og personorienterede indsatser. Positiv effekt af indsatser m. fokus på både person- og arbejdspladsorienterede forhold.	Positiv effekt af flerstrengede (lægekonsultation, psykisk rådgivning og APBI). Positiv effekt af fysisk træning m.m. sammen m. kognitiv terapi for patienter m. kroniske smerter. Gradvis optrapning af indsats og kognitiv terapi har kun begrænset effekt alene.	Lette indsatser: Ingen effekt for de grupper, hvor der foreligger evidens. Intensive: Akutte: ingen evidens/effekt. Subakutte: virker på ml. og langt sigt, når ABPI er med. Kroniske: lille effekt på langt sigt. Ingen effekt. kognitiv terapi alene el. som supplement til physical conditioning.	Alle indsatser virker, men effekterne er små. For de fire typer af indsatser set under et: TTA-effekt lidt større for sygemeldte < 12 uger end for sygemeldte over 12 uger. Effekt på sygefravær større for sygemeldte < 12 uger end for sygemeldte over 12 uger. Effekter større på kort end på længere sigt. Effekter størst i studier m. lavest kvalitet.

Anm. ABPI = Arbejdspladsbaseret indsats, RCT = Randomized Clinical Trial, TTA = tilbagevenden til arbejde, social services = Inkluderer blandt andet helbredsundersøgelse og opstilling af en TTA-plan, tværfaglig koordinering, uddannelse og vejledning af alment praktiserende læge eller bedriftslæge.

TVÆRFAGLIGE INDSATSER OG SAMARBEJDE

Mange aktører er involveret i sygemeldtes tilbagevenden til arbejde. Ud over den sygemeldte kan det bl.a. være den sygemeldtes arbejdsgiver, alment praktiserende læge, behandlere inden for sundhedssystemet, forsikringsudbyderen (kommunen i en dansk kontekst) og en bedriftslæge. Ofte vil den sygemeldte konsultere eller mødes med disse aktører bilateralt, hvilket kan medføre ventetid og mangelfuld koordinering af TTA-indsatsen. Idéen i tværfaglige indsats er, at aktører med forskellig faglig baggrund samarbejder. I nogle tilfælde kan det ske ved, at aktørerne fysisk bringes sammen, og i andre tilfælde ved øget udveksling af information mellem centrale aktører. I dette kapitel kigger vi både på tværfaglige indsats, hvor aktører med forskellig faglig baggrund samarbejder om en indsats, og på samarbejde, som foregår ved udveksling af informationer. Indsatsene og udveksling af informationer m.v. kan både ske inden for det samme ”administrative system”, fx mellem alment praktiserende læger og bedriftslæger, og mellem to forskellige ”administrative systemer”, fx mellem læge og socialrådgiver.

MULIGE EFFEKTER

Øget samarbejde kan tænkes at resultere i positive beskæftigelseeffekter på flere måder. Eksempelvis vil et tværfagligt samarbejde kunne lede til bedre identifikation af helbredsproblemer, behandlingsmuligheder, barrierer for tilbagevenden til arbejde og dermed også bedre identifikation af tiltag, der øger chancen for tilbagevenden til arbejde. En ulempe ved øget samarbejde er, at det er ressourcekrævende, og i de tilfælde, hvor den sygemeldte ville komme i arbejde af sig selv, vil ressourceforbruget være unødvendigt.

Det er vanskeligt metodisk at afgrænse tværfaglige studier. Ofte er der flere aktører involveret i fx beskæftigelsesrettede tilbud og indsatser i sundhedssystemet, som er omtalt i henholdsvis kapitel 3 og 5. I dette kapitel fokuserer vi på studier, som eksplicit fremhæver det tværfaglige. Vi har fundet et review (Norlund, Ropponen & Alexanderson, 2009) og otte enkeltstående studier (Bültmann m.fl., 2009; Faber m.fl., 2005; Jensen m.fl., 2011; Kosny m.fl., 2006; Mortelmans m.fl., 2006; Stapelfeldt m.fl., 2011), heraf to danske (henholdsvis Bültmann m.fl., 2009 og Jensen m.fl., 2011; Stapelfeldt m.fl., 2011).

TVÆRFAGLIGE INDSATSER

DANSKE STUDIER

Bültmann m.fl. (2009) undersøger effekten af et tværfagligt TTA-team. Studiet bygger på kombinerede survey-registerdata om 113 lønmodtagere sygemeldt med muskel- og skeletbesvær i 4-12 uger. Deltagerne fra Vejle Kommune blev tilfældigt udvalgt til henholdsvis en indsatsgruppe (66 personer) og en kontrolgruppe (47 personer). Kontrolgruppen modtog den sædvanlige sygedagpengeopfølgning. Indsatsen bestod af flere elementer. Først blev der gennemført en helbreds-screening af en bedriftslæge (medicinsk vurdering), en kiropraktor (biomekanisk vurdering), en fysioterapeut (arbejdsrelateret vurdering) og af en psykolog (psykologisk vurdering). Baseret på disse vurderinger og identifikation af barrierer for tilbagevenden til arbejde fastlagde det tværfaglige team (som også inkluderede en socialrådgiver) en TTA-plan, som efterfølgende blev drøftet med den sygemeldte. TTA-planen, som blev sendt til alment praktiserende læge og kommunen, kunne indeholde tiltag rettet mod den syge-

meldte, den sygemeldtes arbejdsplads og den sygemeldtes øvrige omgivelser. Artiklen viser, at indsatsen reducerede sygefraværet inden for 1 år. Sygemeldte i indsatsgruppen havde 657 fraværstimer mod 997 i kontrolgruppen (median). Selvom sygemeldte i indsatsgruppen oftere var i arbejde efter 1 år (78 pct.) end sygemeldte i kontrolgruppen (62 pct.), var forskellen ikke statistisk signifikant på et 5-procents-signifikansniveau ($p = 0,07$, egne beregninger på grundlag af artiklens oplysninger).

Jensen m.fl. (2011) og Stapelfeldt m.fl. (2011) belyser også effekten af en tværfaglig indsats. Undersøgelsen bygger på kombinerede survey-registerdata om 351 lønmodtagere sygemeldt i 3-16 uger med lænderygsmerter. Deltagerne blev henvist fra alment praktiserende læger i fire kommuner og tilfældigt udvalgt til henholdsvis en indsatsgruppe (176 personer) og en kontrolgruppe (175 personer). Sygemeldte i kontrolgruppen fik foretaget en klinisk rygundersøgelse og en fysioterapeutisk undersøgelse. På baggrund heraf modtog de sygemeldte information om deres helbredsproblem og øvelser, ligesom de blev opfordret til at begynde at arbejde, når det var muligt. Efter 2 uger konsulterede de sygemeldte fysioterapeuten igen. Lægelig information fra undersøgelserne blev sendt til de sygemeldtes alment praktiserende læge. Ud over samme indsats som kontrolgruppen modtog sygemeldte i indsatsgruppen en indledende samtale med en TTA-koordinator. På baggrund af denne samtale og eventuelt yderligere en samtale udarbejdede den sygemeldte og TTA-koordinatoren en TTA-plan, som blev drøftet flere gange i et tværfagligt team bestående af en rehabiliteringslæge, en specialist i klinisk socialmedicin, en fysioterapeut, en socialrådgiver og en ergoterapeut. Efterfølgende var TTA-koordinatoren løbende i kontakt med den sygemeldte, som også kunne konsultere deltagerne i det tværfaglige team. Herudover kunne der være kontakt til arbejdsgiveren og jobcenteret. Beskæftigelse blev målt som fravær af overførselsindkomst i 4 sammenhængende uger (eller modtagelse af arbejdsløshedsdagpenge). Der var ikke signifikant forskel på andelen, som kom i arbejde inden for 1 år, i indsatsgruppen (76 pct.) og kontrolgruppen (71 pct.). Studiet viser, at indsatsens effekt afhænger af de sygemeldtes tilfredshed med deres job. Den tværfaglige indsats havde en positiv beskæftigelseeffekt for sygemeldte med lille jobtilfredshed og en negativ effekt for sygemeldte med stor jobtilfredshed.

REVIEWS

Nordlund, Ropponen & Alexanderson (2009) gennemgår og vurderer litteraturen om tværfaglige indsatser i sundhedssystemet for personer sygemeldte med lænderygmerter i mere end 4 uger. Forfatterne definerer tværfaglige indsatser som indsatser, der bygger på mindst to forskellige sundhedsfaglige discipliner. Reviewet beskriver syv randomiserede eller kontrollerede studier, hvoraf fire studier omhandler sygemeldte med sub-akutte rygmerter (5-11 uger), og tre studier omhandler sygemeldte med kroniske rygmerter (over 11 uger). Fem af de syv studier var skandinaviske. På grundlag af en metaanalyse konkluderer forfatterne, at der er evidens for, at tværfaglige indsatser har en positiv beskæftigelseseffekt. Analysen viser også, at effekten var lidt større i de skandinaviske studier end i de øvrige.

SAMARBEJDE MELLEML FORSKELLIGE AKTØRER

Vi har fundet et review (Franché m.fl., 2005) og tre studier, som belyser beskæftigelseseffekten af udveksling af information og kontakt mellem forskellige aktører (Faber m.fl., 2005; Kosny m.fl., 2006; Mortelmans m.fl., 2006). Udvekslingen af information og kontakt sker mellem læger (Faber m.fl., 2005), mellem arbejdsgiveren og den sygemeldte (Franché m.fl., 2005) og mellem sundhedsvæsenet og arbejdsgiveren (Franché m.fl., 2005; Kosny m.fl., 2006).

Reviewet af Franché m.fl. (2005), som også er beskrevet i kapitel 3, gennemgår randomiserede og ikke-randomiserede studier og fokuserer på indsatser, som involverer arbejdspladsen. På baggrund af fem studier, hvor indsatsen bl.a. består i tidlig kontakt mellem arbejdsgiveren og den sygemeldte, konkluderer forfatterne, at der er moderat evidens for en positiv beskæftigelseseffekt af tidlig kontakt mellem arbejdsgiveren og den sygemeldte. Det svenske studie af Arnetz m.fl. (2003), som er beskrevet i kapitel 3, er et af studierne, som denne konklusion bygger på. Baseret på seks studier konkluderer Franché m.fl. (2005), at der er stærk evidens for, at kontakt mellem sundhedsudbyderen (The Health Care Provider) og arbejdspladsen har en positiv beskæftigelseseffekt.

Det belgiske studie af Mortelmans (2006) belyser effekten af øget udveksling af information mellem læger. Studiet, som omfatter lønmodtagere sygemeldt i 1-12 måneder, er et kontrolleret studie. I Bel-

gien er tre læger involveret i TTA-processen: den alment praktiserende læge, en socialforsikringslæge og en bedriftslæge. Den alment praktiserende læge er ansvarlig for at udstede en sygemelding, stille en diagnose og behandle den sygemeldte. En læge fra et sygeforsikringselskab er under sygemeldingen ansvarlig for med jævne mellemrum at sikre, at lønmodtageren er (syg og) berettiget til sygedagpenge. Socialforsikringslægen kan etablere en gradvis tilbagevenden til arbejde. Sygemeldte, som kommer i arbejde, skal inden for en uge efter tilbagevenden til arbejde konsultere en bedriftslæge, som vurderer, om den sygemeldte kan begynde at arbejde, og om der er behov for tilpasninger på arbejdspladsen. Bedriftslægen skal i modsætning til socialforsikringslægen inddrage den sygemeldtes jobkrav. De 505 sygemeldte i indsatsgruppen var fra virksomheder med en bestemt bedriftslægeudbyder tilknyttet (Occupational Health Service). De 1.059 sygemeldte i kontrolgruppen var fra virksomheder med egen bedriftslæge eller en bedriftslæge fra en anden bedriftslægeudbyder end indsatsgruppens.

I modsætning til normal praksis udfyldte socialforsikringslægen en formular med diagnose, helbredsproblemernes formodede betydning for mulighederne for tilbagevenden til arbejde og oplysninger fra den alment praktiserende læge. Formularen blev sendt til bedriftslægen, som udfyldte resten af formularen med oplysninger om muligheder for tilpasninger, ændringer i arbejdsmiljøet, gradvis tilbagevenden til arbejde m.v. og returnerede den til socialforsikringslægen. I forbindelse med næste konsultation med den sygemeldte justerede socialforsikringslægen formularen med nye oplysninger og sendte den til bedriftslægen og så fremdeles. Socialforsikringslægen og bedriftslægen blev opfordret til at kontakte hinanden efter behov. Studiet, som bygger på surveydata fra de sygemeldte og data fra formularen, viser, at indsatsen ikke havde nogen effekt. 1 år efter sygemeldingens begyndelse var der 86 pct. i indsatsgruppen og 84 pct. i kontrolgruppen, som ikke modtog sygedagpenge.

Faber m.fl. (2005) evaluerer effekten af et træningskursus for alment praktiserende læger og bedriftslæger. Studiet bygger på surveyoplysninger om 112 personer, som var sygemeldt i 3-12 uger med lænderygmerter. Der er tale om et kontrolleret studie, idet sygemeldte i indsats- og kontrolgruppe kom fra to forskellige områder i Holland. Alment praktiserende læger og bedriftslæger i indsatsgruppen deltog i et kursus med undervisning i de kliniske retningslinjer for lægers arbejde og samarbejde i forbindelse med sygemeldinger. Efter kurset, som havde en va-

rigighed på 4 timer, blev deltagerne tilbudt at deltage i to totimers opfølgende sessioner, hvor de kunne træne i at anvende protokollen. Læger i kontrolgruppen deltog ikke i kurset. Mens alle 27 bedriftslæger og alle 28 alment praktiserende læger på nær en deltog i kurset, var det kun henholdsvis 75 og 52 pct., der deltog i den første opfølgende session, og henholdsvis 45 og 25 pct., der deltog i den anden. Studiet viste, at der var forskel mellem sygemeldte i indsats- og kontrolgruppe, bl.a. med hensyn til varigheden af lænderygsmerter og arbejdstid forud for sygemeldingen. I både indsats- og kontrolgruppen var der ingen alment praktiserende læger, som kontaktede bedriftslæger om en af de sygemeldte, mens 12,5 pct. af bedriftslægerne i indsatsgruppen kontaktede en alment praktiserende læger mod 3,5 pct. i kontrolgruppen (insignifikant). Studiet viser, at inden for en seks måneders periode kom sygemeldte i kontrolgruppen signifikant hurtigere i arbejde end i indsatsgruppen (mediantiden var 45 dage mod 76).

Det sidste studie om kontakt og information er af Kosny m.fl. (2006) og belyser sammenhængen mellem tidlig kontakt fra sundhedsudbyderen (The Health Care Provider) til henholdsvis arbejdspladsen og den sygemeldte. Studiet bygger på interviewoplysninger om 187 lønmodtagere med en arbejdsskadesag i Ontario, Canada. Deltagerne var sygemeldt med muskel- og skeletbesvær i mindst 7 dage inden for de første 2 uger efter arbejdsskaden. De sygemeldte blev interviewet i gennemsnit 28 dage efter arbejdsskaden. I Ontario er arbejdsskadede forpligtede til at kontakte en sundhedsudbyder i form af en læge eller kiropraktor. Læger og kiropraktorer er ansvarlige for at informere arbejdsskadeforsikringen om den sygemeldtes fremskridt, og i hvilken grad den sygemeldte er parat til at genoptage arbejdet. Læger og kiropraktorer kan tage kontakt til arbejdsgiveren for at bidrage til tilbagevenden til arbejde, fx ved at anbefale tilpasninger af arbejdsforholdene. Studiet finder en signifikant positiv sammenhæng mellem den sygemeldtes tilbagevenden til arbejde, og at sundhedsudbyderen henholdsvis fortalte den sygemeldte en dato for tilbagevenden til arbejde og gav råd til den sygemeldte om, hvordan vedkommende kunne forebygge et tilbagefald. Studiet finder også en positiv, men insignifikant sammenhæng mellem sundhedsudbyderens kontakt med arbejdsgiveren og den sygemeldtes tilbagevenden til arbejde.

KONKLUSION

Idéen i tværfaglige indsatser er, at aktører med forskellig faglig baggrund samarbejder om en indsats. Samarbejdet om indsatserne kan både ske inden for det samme ”administrative system”, fx mellem alment praktiserende læger og bedriftslæger, og mellem to forskellige ”administrative systemer”, fx mellem læge og socialrådgiver.

Vi har fundet et review og otte enkeltstående studier, heraf to danske, som belyser effekterne af tværfaglige indsatser.

De to danske studier af tværfaglige indsatser giver forskellige resultater: Bültmann m.fl. (2009) finder en positiv effekt af indsatsen på sygefraværet, mens Jensen m.fl. (2011) finder, at sygemeldte, som ud over en helbredsmæssig indsats modtog en teambaseret indsats, i gennemsnit kom i arbejde lige så ofte som sygemeldte, der kun modtog den helbredsmæssige indsats. Denne forskel mellem studierne resultater kan både skyldes forskelle i indsatserne og det forhold, at indsatsen blev sammenlignet med ”treatment as usual” i Bültmann m.fl. (2009) og med en sundhedsindsats i Jensen m.fl. (2011).

Reviewet af Nordlund, Ropponen & Alexanderson (2009) konkluderer, at der er evidens for, at tværfaglige indsatser i sundhedssystemet har en positiv effekt for rygsgemeldte. Denne konklusion understøttes af resultaterne fra reviewene af arbejdspladsbaserede indsatser, hvor indsatserne ofte involverer forskellige fagdiscipliner (se fx Borg m.fl., 2010; Franche m.fl., 2005).

Samarbejde mellem aktører med forskellig faglig baggrund kan foregå ved, at de i højere grad end normalt kontakter hinanden og udveksler information m.v. Ligesom i tværfaglige indsatser kan samarbejdet både ske inden for det samme ”administrative system” og mellem to forskellige ”administrative systemer”.

Vi har fundet et review og tre studier, som belyser beskæftigelseseffekten af udveksling af information og kontakt mellem forskellige aktører.

De tre gennemgåede studier af betydningen af kontakt og informationsudveksling giver ikke mulighed for at konkludere på betydningen af kontakt og information. Der er således tale om et begrænset antal studier, og ingen af studierne er randomiserede (eller kontrollerer for uobserverede forskelle mellem dem, der modtager indsatsen, og dem, der ikke gør).

Reviewet af Franche m.fl. (2005), som bygger på et væsentlig bedre evidensgrundlag, konkluderer, at der er stærk evidens for, at kontakt mellem aktører i sundhedssystemet (Health Care Providers) og arbejdspladsen har en positiv beskæftigelseseffekt. Reviewet konkluderer også, at der er moderat evidens for en positiv effekt af tidlig kontakt mellem arbejdsgiveren og den sygemeldte.

I forbindelse med denne konklusion er der imidlertid grund til at være opmærksom på, at studierne indsatser består af flere elementer, og at det således ikke er sikkert, at kontakt og information alene er tilstrækkeligt for at opnå en positiv beskæftigelseseffekt.

SAMTALER

I forbindelse med den koordinering og sagsbehandling, der foregår i forbindelse med sygemeldtes tilbagevenden til arbejde (TTA-koordinering), afholdes som regel en eller flere samtaler mellem den sygemeldte og TTA-koordinatoren. I Danmark har kommunens jobcenter ansvar for, at der holdes opfølgningssamtaler med sygemeldte. Ifølge sygedagpengeloven skal det første gang ske senest i 8. uge efter første fraværsdag. Herefter afhænger opfølgningens hyppighed af sagens karakter. I andre lande kan det fx være en bedriftslæge, som er TTA-koordinator. Samtaler er som regel kun en del af TTA-koordinatorens arbejde. Typisk er det også koordinatorens ansvar at tilrettelægge en plan for den sygemeldtes tilbagevenden til arbejde. Det kan indebære koordinering af forskellige aktørers indsats og iværksættelse af tiltag og i den forbindelse bl.a. at tage kontakt til fx arbejdsgiver og personer i sundhedssystemet. I disse tilfælde er samtaler en forudsætning for indsatsen. Det, at samtaler ofte er en del af indsatsen, afspejles i litteraturen, hvor der findes adskillige undersøgelser af indsatser, hvor samtaler og TTA-koordinering indgår som et blandt flere elementer af indsatsen. Det er derfor effektmålingsmæssigt vanskeligt at isolere effekten af samtaler fra effekten af tiltag og behandling i tilknytning til samtaler. Vi har derfor opdelt gennemgangen af litteraturen således, at dette kapitel omhandler studier, hvor det er studiets formål at måle effekten af samtaler, eller hvor indsatsen skønnes at være

den væsentligste del af indsatsen. Studier med kombinerede indsatser gennemgås i kapitel 3 (Arbejdspladsbaserede indsatser m.v.) og kapitel 6 (Tværfaglige instanser og samarbejde).

MULIGE EFFEKTER

Samtaler kan påvirke sygemeldtes tilbagevenden til arbejde på flere måder (Høgelund & Holm, 2006). Samtaler kan have en positiv beskæftigelseseffekt, fordi de kan være befordrende for, at der iværksættes TIA-tiltag, som fx en delvis raskmelding. Samtaler kan også virke motiverende. De kan have en ”skræmmeeffekt”. Denne effekt finder sted, før samtalen afholdes: Udsigten til samtalen og den efterfølgende sagsbehandling kan motivere den sygemeldte til at forsøge at genoptage arbejdet inden samtalen. En sådan effekt har man fundet blandt forsikrede ledige, se fx Geerdsen (2006). En væsentlig forskel mellem sygemeldte og arbejdsløse er, at sygemeldte ud over ledighed også har et helbredsproblem, hvilket kan have betydning for denne effekt, idet det ikke er sikkert, at de sygemeldte kan reagere på udsigten til samtalen.

Samtaler kan også have en anden motiverende effekt, som finder sted efter samtalen. Samtalen kan påvirke den sygemeldtes holdning til at genoptage arbejdet (Clayton m.fl., 2011), og den sygemeldte kan ved samtalen få information, fx om muligheder for tilpasninger af arbejdsforholdene, som kan motivere den sygemeldte til at forsøge at genoptage arbejdet. Endelig kan samtaler tænkes at give større klarhed over, hvornår den sygemeldte kan forventes at vende tilbage i arbejde. Hvis arbejdsgiveren får denne information, vil det i nogle tilfælde kunne få arbejdsgiveren til at undlade at afskedige den sygemeldte.

STUDIER AF SAMTALER

I litteratursøgningen har vi fundet tre danske studier (Drews, 2007; Høgelund, 2006; Høgelund, 2008) og et udenlandsk litteraturstudie (Clayton m.fl., 2011), som gennemgår en række engelske studier (Adam m.fl., 2006; Bell & Lam, 2007; Bewley, Dorsett & Haile, 2007; Green, m.fl., 2003; Kirby & Riley, 2004).

DANSKE STUDIER

Drews m.fl. (2007) undersøger effekten af en indsats, hvor den sygemeldte ud over en social-medicinsk undersøgelse modtog en eller flere motiverende samtaler. Studiet, som bygger på kombinerede survey-registerdata om 838 sygemeldte, foregik i seks kommuner i det daværende Århus Amt. Personer sygemeldt i mere end 21 dage med en dårlig prognose for tilbagevenden til arbejde (bedømt ud fra spørgeskemaoplysninger) blev udvalgt til studiet. Sygemeldte i tre kommuner udgjorde indsatsgruppen, og sygemeldte fra tre andre kommuner udgjorde kontrolgruppen. De sygemeldte i indsatskommunerne kunne selv afgøre, om de ville deltage i forsøget. Indsatsen bestod af en social-medicinsk undersøgelse (bl.a. med fokus på symptomer, medicinske årsager og sociale forhold) og en medicinsk undersøgelse (som mundede ud i en diagnose, som blev drøftet i forhold til bl.a. beskæftigelse). Herefter havde den sygemeldte en eller flere samtaler med en socialrådgiver. Samtalerne var motiverende og understøttede, at den sygemeldte opstillede mål. Samtalerne mundede ud i, at de sygemeldte fik udarbejdet en TTA-plan, som blev sendt til egen læge og kommunens sagsbehandler. Kontrolgruppen modtog den sædvanlige kommunale sygedagpengeopfølgning. Beskæftigelseseffekten af indsatsen blev målt ved at sammenligne beskæftigelsesandelen 1 år efter sygemeldingens begyndelse i henholdsvis indsats- og kontrolkommunerne. Studiet viser, at indsatsen ikke påvirkede de sygemeldtes chance for at komme i ordinært arbejde.

Studiet af Høgelund & Holm (2006) bygger på kombinerede survey-registerdata om 1.000 lønmodtagere, som afsluttede en sygemelding af mindst 9 ugers varighed i 2001-2002. I en varighedsanalyse belyser studiet effekten af første opfølgningssamtale på de sygemeldtes chance for at komme tilbage i arbejde. I analysen tages hensyn til uobserverede forskelle mellem sygemeldte, som kommer til samtale, og sygemeldte, som ikke kommer til samtale (via instrument variabel-metoden). Analysen viser, at samtaler har en kortvarig effekt: Samtalen øger den sygemeldtes chance for at komme i arbejde i en periode efter samtalen, hvorefter samtalen ikke længere har nogen effekt. Analysen viser også, at samtaler påvirker chancen for at komme tilbage i arbejde hos sygemeldingsarbejdsgiveren, men ikke hos en ny arbejdsgiver.

Høgelund m.fl. (2008) belyser ændringer og effekter af en række ændringer i sygedagpengeloven, som trådte i kraft i 2005. Studiet bygger

på en del af dataene fra 2001-2002, som Høgelund & Holm (2006) anvendte. Herudover bygger studiet på tilsvarende data med afsluttede sager fra 2006. Studiet omfatter 636 sygemeldte fra 2001-2002 og 457 fra 2006. Studiet anvender en varighedsmodel med korrektion for uobserverede forskelle mellem sygemeldte, som kommer til samtale, og sygemeldte, som ikke kommer til samtale, bl.a. via instrument variabel-metoden.⁹ Analysen viser, at samtaler øger chancen for at komme i arbejde i 2006, men ikke i 2002. Den positive effekt i 2006 er kortvarig: Samtalen øger den sygemeldtes chance for at komme i arbejde i en periode efter samtalen, hvorefter effekten forsvinder.

INTERNATIONALE STUDIER

I litteratursøgningen har vi fundet ét review (Clayton m.fl., 2011). Denne artikel gennemgår kvalitative og kvantitative evalueringer af en række engelske forsøg med aktive tiltag for ikke-beskæftigede personer med helbredsproblemer. I programmet "ONE" blev jobformidling (Employment Service) og ydelseskontorer (Benefit Agency) samlet. I modsætning til tidligere var sygemeldte og personer med handicap (modtagere af Incapacity Benefit, Income Support og Severe Disablement Allowance) i forsøget forpligtet til at deltage i en beskæftigelsesrettet samtale for at få udbetalt overførselsindkomst. Samtalerne fokuserede på barrierer for tilbagevenden til arbejde og tiltag, der kunne iværksættes for, at den sygemeldte kunne komme i arbejde. To ikke-randomiserede studier (Green m.fl., 2003; Simon Kirby & Rebecca Riley, 2004) belyser effekten af forsøget ved at sammenligne beskæftigelsesudviklingen i forsøgsområdet med udviklingen i kontrolområdet. Begge studier finder, at de obligatoriske samtaler ikke har signifikant effekt på sandsynligheden for at komme i beskæftigelse.

Clayton m.fl. (2011) gennemgår også studier af effekten af programmet "New Deal", hvor sygemeldte og personer med handicap frivilligt kunne deltage i en beskæftigelsesrettet samtale og dermed få adgang til et individuelt tilrettelagt forløb, fx med vejledning i jobsøgning og kurser. Samtalerne foregik på et jobformidlingscenter (Job Brokers) drevet i

9. Ud over instrument variabel-metoden korrigeres for uobserverede forskelle ved brug af såkaldte "random effects". Det betyder, at den beregnede effekt – i modsætning til Høgelund & Holm (2006) – ikke omfatter eventuelle skræmmeeffekter af samtaler afholdt efter første samtale.

privat, offentligt eller frivilligt regi. Et kontrolleret studie af Orr, Bell & Lam (2007) sammenligner beskæftigelsesudviklingen i en periode på 2 år for sygemeldte i ”New Deal” med en sammenligningsgruppe af sygemeldte og personer med handicap, som ikke modtog indsatsen. Studiet viser, at der var en signifikant positiv effekt af ”New Deal”. Clayton m.fl. (2011) peger imidlertid på, at undersøgelsen ikke i tilstrækkelig grad tager højde for (selv-)selektion af deltagere til ”New Deal” – en selektion, som underbygges af kvalitative studier.

Endelig gennemgår Clayton m.fl. (2011) evalueringer af programmet ”Pathways to Work”, hvor sygemeldte og personer med handicap, som fik tilkendt Incapacity Benefit, var forpligtet til at deltage i en beskæftigelsesrettet samtale. De sygemeldte modtog individuel rådgivning og forskellige former for støtte, herunder lettere adgang til tiltagene under ”New Deal”. To kontrollerede studier, som sammenlignede beskæftigelsesudviklingen for sygemeldte i indsatsområdet med udviklingen for sygemeldte i kontrolområdet, viser en bedre beskæftigelsesudvikling i indsatsområdet end i kontrolområdet (Adam m.fl., 2006; Bewley, Dorsett & Haile, 2007).

Samlet peger Clayton m.fl. (2011) på, at der på den ene side er evidens fra studierne, som tyder på, at samtalerne og individuel TTA-koordinering (Case Management) hjælper nogle sygemeldte i arbejde. På den anden side var der selektion ind i indsatserne, som betyder, at der er bias i resultaterne.

KONKLUSION

Samtaler kan være en selvstændig indsats, hvor formålet fx kan være at motivere den sygemeldte til at forsøge at genoptage arbejdet. Samtaler kan også være en del af en indsats, fx i forbindelse med planlægning af et forløb, som sigter på den sygemeldtes tilbagevenden til arbejde (TTA-forløb). I disse tilfælde er samtaler en forudsætning for indsatsen. Dette kapitel fokuserer på studier af indsats, hvor samtaler udgør hele eller en væsentlig del af indsatsen. Vi har fundet tre danske enkeltstående studier. Herudover har vi fundet ét review af engelske studier om beskæftigelsesrettede samtaler. Vi har ikke fundet nogen randomiserede studier.¹⁰ De

10. Der er gennemført et dansk randomiseret studie blandt patienter – både sygemeldte og personer i arbejde – på en arbejdsmedicinsk klinik. Studiet, som belyser beskæftigelseseffekten af en ind-

tre danske studier af samtaler giver modstridende resultater (Drews m.fl., 2007; Høgelund & Holm, 2006; Høgelund m.fl., 2008). Reviewet af de engelske undersøgelser giver heller ikke klart svar, dels fordi studierne viser modstridende resultater, dels fordi resultater af studierne kan være påvirket af bias (Clayton m.fl., 2011). På den baggrund konkluderer vi, at der er modstridende viden om beskæftigelseseffekten af indsatser, hvor samtaler udgør hele eller den væsentligste del af indsatsen.

Der kan være metodiske årsager til de forskellige resultater. Men det er også muligt, at der er forskel på indholdet af og formålet med samtalerne, ligesom forskelle på den kontekst, hvori samtalerne foregår, kan have en betydning.

De modstridende resultater kan også skyldes, at samtaler ofte kun er en del af en indsats. Det betyder, at studier ofte måler effekten ikke bare af samtaler, men også af andre tiltag iværksat i forbindelse med samtalerne. Hermed er det vanskeligt at adskille effekten af samtaler fra effekten af andre forhold. Det er muligvis tilfældet i nogle af de studier, der er beskrevet i dette kapitel, og det er tilfældet i flere af de studier, der er beskrevet i kapitel 3 om arbejdspladsbaserede indsatser. Flere af disse studier belyser beskæftigelseseffekten af indsatser, hvor samtaler indgår som en del af indsatsen, og studierne finder gennemgående, at indsatserne har en positiv beskæftigelseseffekt.

Et dansk eksempel på denne problemstilling er Boll m.fl. (2010), se kapitel 3, som finder, at en indsats bestående af hyppige samtaler og aktive tilbud ikke påvirker de sygemeldtes efterfølgende modtagelse af overførselsindkomst. Set i lyset af de metodiske problemer og de modstridende resultater af de studier, hvor samtaler udgør hele indsatsen eller den væsentligste del af den, er der ikke grundlag for i denne rapport at konkludere på effekten af samtaler.

sats, hvori samtaler med fokus på motivation og målsætning om tilbagevenden til arbejde udgjorde et væsentligt element, viser, at indsatsen ikke påvirkede tilbagevenden til arbejde (Bonde m.fl., 2005).

TIDLIG INDSATS

Det antages hyppigt, at en tidlig indsats har en positiv beskæftigelseseffekt. ”Tidlig indsats” kan fx bestå i, at samtaler, helbredsmæssige undersøgelser og -tiltag, gradvis tilbagevenden til arbejde og kontakt med den sygemeldte eller arbejdsgiveren iværksættes tidligere end normalt. Det er imidlertid ikke klart defineret, hvad ”tidlig” indebærer. En indsats med sygedagpengeopfølgning i 5. uge vil i en dansk kontekst ofte betragtes som tidlig, fordi den lovpligtige opfølgning senest skal ske i 8. uge. I lande med anden lovgivning kan opfattelsen af, hvad der er tidligt, være anderledes.

MULIGE EFFEKTER

En eventuel positiv effekt kan opstå, fordi man ved en tidlig indsats kan reducere den periode, hvor den sygemeldte ikke har kontakt til arbejdsmarkedet. Hermed kan man fx forhindre, at den sygemeldtes kvalifikationer ”ruster”, og at den sygemeldte bliver afskediget og dermed mister muligheden for at vende tilbage til sit hidtidige job. Ligeledes kan man forestille sig, at lang tids fravær kan gøre det vanskeligt for den sygemeldte at vende tilbage til ”arbejderrollen” og de normer og forventninger, der er forbundet med erhvervsarbejde (Høgelund, 2003). En tidlig ind-

sats kan imidlertid også tænkes at lede til, at den sygemeldte genoptager arbejdet for hurtigt, hvilket kan forværre helbredstilstanden (Pransky m.fl., 2002).

Vi har fundet tre reviews, som belyser effekten af tidlige indsatser (Carroll m.fl., 2010; Franche m.fl., 2005; Palmer m.fl., 2011),¹¹ og fire enkeltstående artikler (Arnetz m.fl., 2003; Hagen, Gradal & Eriksen, 2003; Kosny m.fl., 2006; McCluskey, Burton & Main, 2006). Vi fandt ingen danske studier.

Reviewet af Franche m.fl. (2005) omhandler studier af arbejdspladsbaserede indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær eller andre smerterelaterede sygdomme (se også kapitel 3 og 6). Forfatterne konkluderer, at der bedømt ud fra fem studier er moderat evidens for en positiv effekt af tidlig kontakt mellem arbejdsgiveren og den sygemeldte. Reviewet afgrænser "tidlig indsats" som indsatser i de første 3 måneder efter sygemeldingens begyndelse.

Reviewet af Carroll m.fl. (2010), som belyser effekten af arbejdspladsbaserede indsatser for sygemeldte med ryglidelser, er nærmere beskrevet i kapitel 3. Forfatterne sammenligner effekten af indsatserne i studier af personer, som havde været sygemeldt i forholdsvis kort tid (10-84 dage), med studier af personer, som havde været sygemeldt i længere tid (>85). I studier af personer med korte sygemeldinger var indsatserne gennemgående effektive, mens resultaterne i langt højere grad var inkonsistente i studier af personer med længere sygemeldinger. På den baggrund konkluderer Carroll m.fl. (2010), at det ser ud til, at tidlige indsatser er mere succesfulde end senere indsatser.

Palmer m.fl. (2011) gennemgår og vurderer studier af effekten af forskellige indsatser for sygemeldte med muskel- og skeletbesvær (studiet er også omtalt i kapitel 3 og nærmere beskrevet i kapitel 5). Reviewet omfatter 42 studier, som undersøger effekten af forskellige indsatser, herunder indsatser rettet mod fysiske og psykiske helbredsproblemer, og indsatser, som involverer arbejdspladsen, tværfaglig TTA-koordinering og opkvalificering af forskellige aktører. Langt de fleste undersøgelser består af to eller flere tiltag. På grundlag af studierne beregner Palmer m.fl. (2011) effekten af forskellige indsatser, og de finder ligesom Carroll m.fl. (2010), at effekten er større i studier med personer med korte sygemeldinger (under 12 ugers fravær ved baseline) end i studier med per-

11. Et review af Kuoppala & Lamminpää (2008) er ikke taget med i gennemgangen, fordi det ikke er klart, i hvilket omfang reviewet bygger på studier, som ikke omfatter sygemeldte.

soner med længere sygemeldinger. Målt i antal sygedage pr. måned er medianreduktionen for studier med korte sygemeldinger således 2,85 dage mod 1,25 dage i studier med længere sygemeldinger. Ligeledes finder forfatterne, at effekterne er størst tidligt i observationsperioden. Når sygefraværet blev målt inden for 6 måneder, var effekten på sygefraværet 2,85 dage pr. måned mod 0,32 dage pr. måned efter 1½ år. Man skal dog være opmærksom på, at der er en vis usikkerhed forbundet med disse estimater.

Af de fire enkeltstående studier er Arnetz m.fl. (2003) og Hagen, Grasdahl & Eriksen (2003) mest relevant i denne sammenhæng, fordi de i modsætning til de to andre studier er randomiserede og skandinaviske (Kosny m.fl., 2006 er beskrevet i kapitel 6). Et hovedformål med indsatsen i Arnetz m.fl. (2003) var at sikre en hurtigere TTA-indsats. Indsatsen bestod i interview med den sygemeldte, et møde på virksomheden med deltagelse af relevante aktører og i forlængelse heraf iværksættelse af relevante tiltag (se en nærmere beskrivelse af indsatsen og resultaterne i kapitel 3). Kontrolgruppen modtog den sædvanlige behandling. Normalt skal arbejdsgiveren senest efter 4 ugers fravær vurdere mulighederne for at tilbyde den sygemeldte tiltag (Rehabilitation Investigation), som kan sikre tilbagevenden til arbejde, og arbejdsgiveren skal senest efter 8 uger sende resultatet af vurderingen til forsikringsudbyderen (Forsikringskassen), som sammen med arbejdsgiveren, den sygemeldte og andre relevante aktører herefter fastlægger en TTA-plan. Forfatterne peger på, at dette sker forholdsvis sjældent, fordi både arbejdsgiveren og forsikringsudbyderen afventer en medicinsk diagnose. Formålet med indsatsen i Arnetz (2003) var at fremskynde denne proces, herunder iværksættelse af TTA-tiltag på arbejdspladsen, for at sikre hurtig tilbagevenden til arbejde. Studiet viser, at indsatsen gav anledning til en markant forskel mellem indsats- og kontrolgruppe både med hensyn til, hvor ofte arbejdsgiverne udarbejdede og indsendte TTA-vurderinger/-planer (85 pct. versus 28 pct.), hvor hurtigt det skete (59 dage versus 127 dage), og hvor hurtigt tiltagene blev iværksat (88 dage versus 191 dage). Ligeledes var der en signifikant forskel på sygefraværet det første år efter sygemeldingen (145 dage versus 198 dage).

Hagen, Grasdahl & Eriksen (2003) studerer effekten af en tidlig sundhedsmæssig indsats for personer sygemeldt i 8-12 uger med lænderygsmærter. Indsatsgruppen på 237 personer blev inviteret til en ryggklinik senest efter 12 ugers fravær. De blev interviewet og undersøgt af en læ-

gelig specialist i fysisk medicin og rehabilitering og en fysioterapeut. Med mindre denne undersøgelse viste noget andet, blev de sygemeldte informeret om, at der er en god prognose for lænderygproblemer, de blev rådet til at være aktive, og de blev instrueret i fysiske træningsøvelser, og hvordan de skulle håndtere daglige aktiviteter. Kontrolgruppen på 220 personer modtog den sædvanlige behandling af alment praktiserende læger m.v. Studiet viser, at der efter 1 år var signifikant færre personer i indsatsgruppen end i kontrolgruppen, som var sygemeldt. Derimod var der ingen signifikante forskelle efter henholdsvis 2 og 3 år. Set over en treårs periode modtog indsatsgruppen i gennemsnit færre sygedagpenge end kontrolgruppen (126 dage versus 170 dage).

KONKLUSION

Det antages hyppigt, at en tidlig indsats har en positiv beskæftigelseseffekt, fx fordi det kan forhindre, at den sygemeldtes kvalifikationer ”ruster”, eller at den sygemeldte bliver afskediget og dermed mister muligheden for at vende tilbage til sit hidtidige job. Det er imidlertid ikke klart defineret, hvad ”tidlig” indebærer, fordi det i de forskellige studier defineres i forhold til den kontekst, fx med hensyn til lovgivningen, hvor indsatsen gennemføres. Der er derfor forskel mellem forskellige studier på, hvad der regnes som tidlig.

Vi har fundet tre reviews og fire enkeltstående studier, som belyser effekten af tidlige indsatser.

De to RCT-studier af Arnetz m.fl. (2003) og Hagen, Grasdal & Eriksen (2003) finder, at der er en positiv beskæftigelseseffekt af de to meget forskellige indsatser. Resultaterne illustrerer, at det er vanskeligt at drage konklusioner på grundlag af få studier: De positive effekter kan både skyldes den tidlige indsats, og at indsatsgrupperne modtog en anden indsats end kontrolgrupperne.

Evidensgrundlaget synes bedre i de tre reviews (Carroll m.fl., 2010; Franche m.fl., 2005; Palmer m.fl., 2011), fordi de sammenligner resultater af studier, hvor der er forskel på, hvor lang tid personerne har været sygemeldt. De tre reviews understøtter, at der gennemgående er en positiv beskæftigelseseffekt af en tidlig indsats. Et review tyder på, at tidlig indsats har en forholdsvis stor effekt. Målt i antal sygedage pr. måned

er medianreduktionen for studier med korte sygemeldinger 2,85 dage mod 1,25 dage i studier med længere sygemeldinger.

Det skal understreges, at der også er forbehold forbundet med konklusionen om en positiv effekt af tidlig indsats. Evidensgrundlaget er her ikke så godt som i traditionelle reviews af randomiserede studier. Konklusionerne i de tre reviews bygger således på en sammenligning af effekten i studier med personer sygemeldt i kort tid med effekten i studier med langvarigt sygemeldte. Herudover peger Palmer m.fl. (2011) på, at flere af studierne i reviewet har metodiske svagheder, at der er tegn på publiceringsbias, dvs. at positive resultater oftere bliver publiceret end negative resultater. Endvidere finder forfatterne, at de i forvejen forholdsvist begrænsede effekter af indsatserne bliver mindre, når man fraserter studierne med den laveste kvalitet.

DEN SYGEMELDTES EGEN MOTIVATION

Det virker intuitivt fornuftigt, at den sygemeldtes egen motivation til at komme i arbejde har betydning for, om vedkommende kommer i arbejde. Berglind & Gerner (2002) argumenterer for, at der er en sammenhæng mellem den sygemeldtes ønsker om at komme i arbejde (motivation) og henholdsvis den sygemeldtes formåen/kompetencer og muligheder for at komme i arbejde. Hvis den sygemeldte selv vurderer at kunne komme tilbage i arbejde, fx fordi hun/han forventer at få bedre helbred, og vedkommende også har muligheden, fx fordi der er et job at vende tilbage til, vil hun/han oftere ønske at komme i arbejde, end hvis vedkommende vurderer, at formåen og mulighederne ikke er gode. Flere surveybaserede studier har undersøgt sammenhængen mellem henholdsvis motivation (ønsker at arbejde) og formåen (helbred foreneligt med tilbagevenden til arbejde) og tilbagevenden til arbejde.

I modsætning til beskrivelsen af studier af effekter af forskellige indsats har vi ikke gennemført en systematisk søgning efter studier af effekten af motivation og formåen. I stedet har vi i forbindelse med gennemlæsning af studier om effekter af indsats fundet frem til studier, som også har belyst sammenhængen mellem motivation, formåen og tilbagevenden til arbejde. Herudover har vi inddraget enkelte studier, som vi kendte på forhånd. Denne fremgangsmåde betyder, at gennemgangen ikke omfatter alle relevante studier. I alt har vi inddraget 11 enkeltstående studi-

er, hvoraf et er dansk (Berglind & Gerner, 2002; Brouwer m.fl., 2010; Eli, 2005; Heymans m.fl., 2006b; Hogg-Johnson & Cole, 2003; Huibers m.fl., 2004; Labriola m.fl., 2007; Lindell, Johansson & Strender, 2010; Sandström & Esbjörnsson, 1986; Schultz m.fl., 2004; Storheim m.fl., 2005). Tabel 9.1 viser udvalgte karakteristika og resultater fra studierne.

TABEL 8.1

Studier af sygemeldtes selvvurderede motivation, formåen og tilbagevenden til arbejde.

	Studie	Målgruppe	Motivationsmål	Resultat
Berglind & Gerner (2002) Sverige	Prospektiv kohorte. N = 185	Sygemeldt 2-3 mdr. m. ryg-/nakkeproblemer	Selvvurderet: 1. Ønsker arbejde 2. Kan få det 3. Kan klare det	Signifikant sammenhæng ml. ønsker, muligheder og formåen (ønsker afhængig af muligheder, og om man kan klare det). Hvis 1-3, så høj sandsynlighed for TTA
Sandström & Esbjörnsson (1986) Sverige	Prospektiv kohorte. N = 52	Sygemeldt mindst 3 mdr. m. lænderygsmarter fra rehabiliteringsklinik	Selvvurderet: 1. Bange for at begynde at arbejde, fordi jeg ikke kan klare det 2. Familie siger, jeg er for syg til at arbejde 3. Familie siger, TTA vil forværre sygdom	Signifikant sammenhæng ml. "fear avoidance" og i arbejde efter 1 og 4 år. Signifikant sammenhæng ml. "for syg", "forværre sygdom" og i arbejde efter 4 år, men ikke efter 1 år
Brouwer m.fl. (2009) Holland	Prospektiv kohorte. N = 926	Lønmodtagere sygemeldt mindst 12 uger	Selvvurderet: 1. "Work attitude" (i hvilket omfang sygemeldte vil/ønsker at arbejde) 2. "Self-efficacy"	Signifikant sammenhæng ml. hhv. "work attitude" og "self-efficacy" og TTA inden for 10 mdr.
Heymans m.fl. (2006) Holland	Sekundære analyser af data fra RCT. N = 268	Lønmodtagere sygemeldt m. lænderygsmarter i 3-6 uger	Selvvurderet: 1. Forventet tid til TTA 2. Hvor sikker er du på, at du arbejder fuld tid efter 6 mdr.?	Signifikant sammenhæng ml. forventet tid til TTA og TTA inden for 1 år
Huibers m.fl. (2004) Holland	Sekundære analyser af data fra RCT. N = 151	Lønmodtagere sygemeldt pga. udbændthed (fatigue) i mindst 6 uger	Selvvurderet "self-efficacy"	"Self-efficacy" havde ingen sammenhæng med TTA efter 1 år
Storheim m.fl. (2005) Norge	Sekundære analyser af data fra RCT. N = 93	Lønmodtagere (helt/delvist) sygemeldt m. lænderygsmarter i 8-12 uger	Selvvurderet "fear avoidance" for arbejde (og fysisk aktivitet)	"Fear avoidance" for arbejde signifikant sammenhæng m. tid TTA inden for 1 år

(Fortsættes)

TABEL 8.1 (FORTSAT)

	Studie	Målgruppe	Motivationsmål	Resultat
Lindell, Johansson & Strender (2010) Sverige	Sekundære analyser af data fra RCT. N = 124	Lønmodtagere sygemeldt med lænderygsmarter i 42-720 dage	Selvvurderet sandsynlighed for TTA	Signifikant sammenhæng ml. selvvurderet sandsynlighed for TTA og varigt TTA (mindst 1 måned) efter 6 mdr. og 1 år, men ikke efter 1,5 år og 2 år (p = 0,06 efter 2 år)
Hagen, Svensen & Eriksen (2005) Norge	Sekundære analyser af data fra RCT. N = 457	Sygemeldt 8-12 uger m. lænderygsmarter	Selvvurderet: 1. Arbejdsevne 2. Arbejde forværrer sygdom	Signifikant sammenhæng ml. hhv. lav arbejdsevne og "arbejde forværrer sygdom" og TTA efter 3 mdr. Signifikant sammenhæng ml. "arbejde forværrer sygdom" og TTA efter 1 år
Hogg-Johnson & Cole (2006) Canada	Prospektiv kohorte. N = 907	Arbejdsskadede i mindst 4 uger m. muskel- og skeletbesvær	Selvvurderet: 1. Blive rask nok til TTA i gammelt job 2. Forventet tid ift. at blive rask	Signifikant sammenhæng ml. forventning til at blive rask snart og varighed af modtagelse af ydelse (workers' compensation). Ingen signifikant effekt af "bliver rask nok til TTA i gammelt job"
Schultz m.fl. (2004) Canada	Prospektiv kohorte. N = 214	Arbejdsskadede lønmodtagere m. subakut (4-6 uger) el. kronisk (mellem 6 mdr. og 1 år) m. lænderygsmarter	Indeks for selvvurderet forventning til at blive rask/og TTA, bl.a. baseret på spørgsmål om forventninger til at blive rask og til TTA	Signifikant sammenhæng ml. forventning til TTA og at blive rask og hhv. TTA efter 3 mdr. og antal tabte arbejdsdage inden for 1 år
Labriola m.fl. (2007)	Prospektiv kohorte. N = 930	Lønmodtagere sygemeldt i mindst 3 uger	Selvvurderet "self-efficacy" målt før sygemeldingen	Ingen signifikant sammenhæng ml. "self-efficacy" og TTA

Anm.: TTA = tilbagevenden til arbejde. RCT = Randomized Clinical Trial. N = antal personer i studiet).

Tre studier har belyst sammenhængen mellem, om de sygemeldte ønsker at vende tilbage til arbejde, og om de kommer i arbejde. Ønsket om at vende tilbage til arbejde er målt på grundlag af et indeks, hvori der bl.a. indgår spørgsmål om, hvorvidt den sygemeldte ønsker eller regner med at vende tilbage til arbejde (Brouwer, 2009; Schultz m.fl., 2004), hvor hurtigt den sygemeldte regner med at komme i arbejde (Heymans, 2006), og hvor sandsynligt den sygemeldte vurderer, at tilbagevenden til arbejde

er (Lindell, 2010). De tre studier viser, at der er en positiv sammenhæng mellem ønsket om at vende tilbage til arbejde, og om personen vender tilbage til arbejde.

Otte studier har undersøgt sammenhængen mellem de sygemeldtes vurderinger af egen formåen for tilbagevenden til arbejde og deres tilbagevenden til arbejde. Formåen for tilbagevenden til arbejde er i de fleste studier målt ved (flere) spørgsmål om tiltro til egne evner, ofte målt med hensyn til at arbejde eller opnå tilbagevenden til arbejde (Self-Efficacy) (Brouwer, 2009; Huibers m.fl., 2004; Labriola m.fl., 2007; Sandström & Esbjörnsson, 1986), spørgsmål om frygt for, at helbredsproblemerne vil blive forværret af tilbagevenden til arbejde (Hagen, Svensen & Eriksen, 2005; Storheim m.fl., 2005), eller spørgsmål om at blive rask nok til at vende tilbage til arbejde (Hogg-Johnson & Cole, 2006; Sandström & Esbjörnsson, 1986; Schultz m.fl., 2004). Seks af studierne finder en signifikant sammenhæng mellem vurderingen af egen formåen og tilbagevenden til arbejde (Brouwer, 2009; Hagen, Svensen & Eriksen, 2005; Hogg-Johnson & Cole, 2006; Sandström & Esbjörnsson, 1986; Storheim m.fl., 2005; Schultz m.fl., 2004). De øvrige to studier finder, at der ikke er en signifikant sammenhæng (Huibers m.fl., 2004; Labriola m.fl., 2007).

Ud over de ovennævnte studier finder Berglind & Gerner (2002), at der er en signifikant sammenhæng mellem de sygemeldtes tilbagevenden til arbejde og antallet af ”forhindringer”. Forhindringer måles som ønsket om at vende tilbage til arbejde, formåen og muligheder for tilbagevenden til arbejde.

Det, at studierne i dette kapitel understøtter en sammenhæng mellem motivation og tilbagevenden til arbejde og i overvejende grad understøtter en sammenhæng mellem formåen og tilbagevenden til arbejde, behøver ikke at betyde, at der er tale om en årsagssammenhæng (kausal effekt). Det kan i stedet skyldes, at motivation og formåen (målt efter sygemeldingens begyndelse) kan være påvirket af fx helbred, som har betydning for tilbagevenden til arbejde. Det er således muligt, at resultaterne afspejler, at de med lavest motivation og mindst formåen ikke kommer i arbejde, fordi de har dårligst helbred.

Studiet af Labriola m.fl. (2007) understøtter, at der ikke nødvendigvis er tale om en kausal sammenhæng. Labriola m.fl. (2007) målte tro på egne evner (Self-Efficacy) blandt 5.370 lønmodtagere. Forfatterne opdelte lønmodtagerne i tre grupper:

1. Personer, som var i arbejde på interviewtidspunktet
2. Personer, som havde været sygemeldt i mindst 9 uger
3. Personer i arbejde, som senere blev sygemeldt.

Studiet viste, at personer, som var sygemeldt på interviewtidspunktet, havde væsentlig lavere tro på egne evner end dem, som var i arbejde. Til gengæld var der på interviewtidspunktet ikke forskel i troen på egne evner mellem dem, der var i arbejde, og dem, der var i arbejde og senere blev sygemeldt. Når Labriola m.fl. (2007) i modsætning til de fleste andre studier finder, at tro på egne evner ikke påvirker tilbagevenden til arbejde blandt sygemeldte lønmodtagere, kan det således skyldes, at tro på egne evner blev målt før sygemeldingen (og således ikke var påvirket af sygemeldingen).

KONKLUSION

Det virker intuitivt fornuftigt, at den sygemeldtes egen motivation til at komme i arbejde har betydning for, om vedkommende kommer i arbejde. Den sygemeldtes motivation kan bl.a. afhænge af den sygemeldtes formåen, fx mulighederne for at blive rask.

I modsætning til beskrivelsen ovenfor af studier af effekter af forskellige indsatser bygger gennemgangen af studier om motivation og formåen kun på studier, som indgår i gennemgangen af rapportens øvrige emner. Blandt disse studier har vi fundet 11 enkeltstående studier, hvoraf et er dansk.

Alt i alt understøtter de gennemgåede studier, at der er en sammenhæng mellem de sygemeldtes motivation (målt som ønsket om at komme i arbejde) og tilbagevenden til arbejde. De fleste af studierne tyder også på, at der er en sammenhæng mellem de sygemeldtes vurdering af deres "formåen" (tiltro til egne evner, vurdering af, om helbredsproblemer forværres af tilbagevenden til arbejde, rask nok til at arbejde) og tilbagevenden til arbejde.

Der er imidlertid grund til at være forsigtig med at fortolke resultaterne, som at motivation og formåen påvirker tilbagevenden til arbejde. Resultaterne kan også afspejle, at både motivation, formåen og tilbagevenden til arbejde er påvirket af de sygemeldtes helbred. Det er således

muligt, at resultaterne afspejler, at de med mindst motivation og formåen ikke kommer i arbejde, fordi de har dårligst helbred.

BILAG

BILAG B1

Eksempel på evidensskala.

Overordnet vidensniveau	Detaljeret vidensniveau	Kriterier
Evidens	Stærk evidens	En overvægt på tre eller flere effektstudier med høj kvalitet og/eller ét forskningsbaseret review viser resultater, der går i samme retning
	Moderat evidens	En overvægt på to effektstudier af høj kvalitet viser resultater, der går i samme retning
Indikation	Indikation	En overvægt på ét effektstudie af høj kvalitet eller flere effektstudier m. begrænset kvalitet viser resultater, der går i samme retning
Ingen viden	Modstridende viden	Studier viser resultater, der går i forskellig retning. Ingen overvægt
	Usikker viden	Ingen eller få studier med begrænset kvalitet viser resultater. Ingen overvægt

LITTERATUR

- Adam, S., C. Emmerson, C. Frayne & A. Goodman (2006): *Early Quantitative Evidence on the Impact of the Pathways to Work Pilots: Eligible Population Survey, Wave Three*. London: Department for Work and Pensions: Research Report No. 354.
- Ahlgren, A., A. Bergroth, J. Ekholm & K.S. Ekholm (2008): "Selection of Clients for Vocational Rehabilitation at Six Local Social Insurance Offices: A Combined Register and Questionnaire Study on Rehabilitation Measures and Attitudes among Social Insurance Officers". *J Rehabil Med*, 40(3), s. 178-184.
- Andrén, D. (2010): *Part-time Sick Leave as a Treatment for Individuals with Mental Disorders?* Sweden: Paper version, September 2010.
- Andrén, D. (2011): *Is Part-time Sick Leave Helping the Unemployed?* Sweden: Örebro University, Working paper 5/2011.
- Andrén, D. & T. Andrén (2008): *Part-Time Sick Leave as a Treatment Method?* School of Business, Economics and Law, University of Gothenburg, Working paper, Economics No. 320.
- Andrén, D. & M. Svensson (2009): *Part-time Sick Leave as a Treatment Method for Individuals with Musculoskeletal Disorders*. Sweden: Örebro University, Working paper 11/2009.
- Anema, J.R., B. Cuelenaere, A.J. van der Beek, D.L. Knol, H.C. de Vet & M.W. van (2004): "The Effectiveness of Ergonomic Interventions on Return-to-work after Low Back Pain; A Prospective Two Year Cohort Study in Six Countries on Low

- Back Pain Patients Sicklisted for 3-4 Months". *Occup Environ Med*, 61(4), s. 289-294.
- Anema, J.R., A.J.M. Schellart, J.D. Cassidy, P. Loisel, T.J. Veerman & A.J. van der Beek (2009): "Can Cross Country Differences in Return-to-work after Chronic Occupational Back Pain Be Explained? An Exploratory Analysis on Disability Policies in a Six Country Cohort Study". *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), s. 419-426.
- Anema, J.R., I.A. Steenstra, P.M. Bongers, H.C. de Vet, D.L. Knol, P. Loisel & M.W. van (2007): "Multidisciplinary Rehabilitation for Subacute Low Back Pain: Graded Activity or Workplace Intervention or Both? A Randomized Controlled Trial". *Spine (Phila.Pa 1976)*, 32(3), s. 291-298.
- Arnetz, B.B., B. Sjögren, B. Rydén & R. Meisel (2003): "Early Workplace Intervention for Employees with Musculoskeletal-Related Absenteeism: A Prospective Controlled Intervention Study". *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 45(5), s. 499.
- Aure, O.F., J.H. Nilsen & O. Vasseljen (2003): "Manual Therapy and Exercise Therapy in Patients with Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial with 1-year Follow-up". *Spine (Phila.Pa 1976)*, 28(6), s. 525-531.
- Berglind, H. & U. Gerner (2002): "Motivation and Return to Work among the Long-term Sicklisted: An Action Theory Perspective". *Disability & Rehabilitation*, 24(14), s. 719-726.
- Beskæftigelsesministeriet (2008): *Analyse af sygefraværet*. København: Beskæftigelsesministeriet.
- Bewley, H., R. Dorsett & G. Haile (2007): *The Impact of the Pathways to Work*. London: Department for Work and Pensions: Research Report No. 435.
- Blonk, R.W.B., V. Brenninmeijer, S.E. Lagerfeld & I.L.D. Houtman (2006): "Return to Work: A Comparison of Two Cognitive Behavioural Interventions in Cases of Work-related Psychological Complaints among the Self-employed". *Work & Stress*, 20(2), s. 129-144.
- Boll, J., M. Hertz, M. Svarer & M. Rosholm (2010?): *Evaluering. Aktive – hurtigere tilbage*. Upubliceret.
- Bonde, J.P., M.S. Rasmussen, H. Højllund, S.W. Svendsen, H. Kolstad, L.D. Jensen & J. Wieclaw (2005): "Occupational Disorders and Return to Work: A Randomized Controlled Study". *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(4), s. 230-235.

- Borg, V., M.A. Nexø, I.V. Kolte & M.F. Andersen (2010): *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Braathen, T.N., K.B. Veiersted & J. Heggenes (2007): "Improved Work Ability and Return to Work following Vocational Multidisciplinary Rehabilitation of Subjects on Long-term Sick Leave". *J Rehabil Med*, 39(6), s. 493-499.
- Broadbent, E., C.J. Ellis, J. Thomas, G. Gamble & K.J. Petrie (2009): "Further Development of an Illness Perception Intervention for Myocardial Infarction Patients: A Randomized Controlled Trial". *Journal of Psychosomatic Research*, 67(1), s. 17-23.
- Brouwer, S., M.F. Reneman, U. Bültmann, J.J.L. van der Klink & J.W. Groothoff (2010): "A Prospective Study of Return to Work across Health Conditions: Perceived Work Attitude, Self-efficacy and Perceived Social Support". *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), s. 104-112.
- Brouwers, E.P.M., B.G. Tiemens, B. Terluin & P.F.M. Verhaak (2006): "Effectiveness of an Intervention to Reduce Sickness Absence in Patients with Emotional Distress or Minor Mental Disorders: A Randomized Controlled Effectiveness Trial". *General Hospital Psychiatry*, 28(3), s. 223-229.
- Bültmann, U., D. Sherson, J. Olsen, C.L. Hansen, T. Lund & J. Kilsgaard (2009): "Coordinated and Tailored Work Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial with Economic Evaluation undertaken with Workers on Sick Leave due to Musculoskeletal Disorders". *J Occup Rehabil*, 19(1), s. 81-93.
- Carroll, C., J. Rick, H. Pilgrim, J. Cameron & J. Hillage (2010): "Workplace Involvement Improves Return to Work Rates among Employees with Back Pain on Long-term Sick Leave: A Systematic Review of the Effectiveness and Cost-effectiveness of Interventions". *Disability & Rehabilitation*, 32(8), s. 607-621.
- Chan, H., C.W. Li-Tsang, C. Chan, C.S. Lam, K.L. Hui & C. Bard (2006): "Validation of Lam Assessment of Employment Readiness (C-LASER) for Chinese Injured Workers". *J Occup Rehabil*, 16(4), s. 697-705.
- Clayton, S., C. Bambra, R. Gosling, S. Povall, K. Misso & M. Whitehead (2011): "Assembling the Evidence Jigsaw: Insights from a Systematic Review of UK Studies of Individual-focused Return to Work Initiatives for Disabled and Long-term Ill People". *BMC Public Health*, 11(1), s. 170-181.

- Crawford, J.R., R.J.K. Khan & G.W. Varley (2004): "Early Management and Outcome following Soft Tissue Injuries of the Neck: A Randomised Controlled Trial". *Injury*, 35(9), s. 891-895.
- Drews, B., C.V. Nielsen, M.S. Rasmussen, J. Hjort & J.P. Bonde (2007): "Improving Motivation and Goal Setting for Return to Work in a Population on Sick Leave: A Controlled Study". *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(1), s. 86-94.
- Ektor-Andersen, J., E. Ingvarsson, M. Kullendorff & P. Orbaek (2008): "High Cost-benefit of Early Team-based Biomedical and Cognitive-behaviour Intervention for Long-term Pain-related Sickness Absence". *J Rehabil Med*, 40(1), s. 1-8.
- Eli, M.H. (2005): "Predictors and Modifiers of Treatment Effect Influencing Sick Leave in Subacute Low Back Pain Patients". *Spine*, 30(24), s. 2717-2723.
- Faber, E., S.M.A. Bierma-Zeinstra, A. Burdorf, A.P. Nauta, C.T.J. Hulshof, P.M. Overzier, H.S. Miedema & B.W. Koes (2005): "In a Controlled Trial Training General Practitioners and Occupational Physicians to Collaborate did not Influence Sickleave of Patients with Low Back Pain". *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(1), s. 75-82.
- Feltz-Cornelis C.M. van der, R. Hoedeman, F.J. de Jong, J.A. Meeuwissen, H.W. Drewes, N.C. van der Laan & H.J. Ader (2010): "Faster Return to Work after Psychiatric Consultation for Sicklisted Employees with Common Mental Disorders Compared to Care as Usual. A Randomized Clinical Trial". *Neuropsychiatr. Dis Treat*, 6, s. 375-385.
- Franche, R.L., K. Cullen, J. Clarke, E. Irvin, S. Sinclair & J. Frank (2005): "Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature". *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), s. 607-631.
- Frölich, M., A. Heshmati & M. Lechner (2004): "A Microeconomic Evaluation of Rehabilitation of Long-term Sickness in Sweden". *Journal of Applied Econometrics*, 19(3), s. 375-396.
- Gabbay, M., L. Taylor, L. Sheppard, J. Hillage, C. Bambra, F. Ford, R. Preece, N. Taske & M.P. Kelly (2011): "NICE Guidance on Long-term Sickness and Incapacity". *Br J Gen Pract*, 61(584), s. e118-e124.
- Geerdsen, L.P. (2006): "Is there a Threat Effect of Labour Market Programmes? A Study of ALMP in the Danish UI System". *Economic Journal*, 116(513), s. 738-750.
- Green, H., A. Marsh, H. Connolly & J. Payne (2003): *Final Effects of ONE. Part One: The Medium-term Effects of Compulsory Participation in ONE - Survey of Clients: Cohort 2, Wave 2.*

- Hagen, E.M., A. Gradal & H. Eriksen (2003): "Does Early Intervention with a Light Mobilization Program Reduce Long-Term Sick Leave for Low Back Pain: A 3-Year Follow-up Study". *Spine*, 28(20), s. 2309.
- Hagen, E.M., K.H. Odelien, S.A. Lie & H.R. Eriksen (2010): "Adding a Physical Exercise Programme to Brief Intervention for Low Back Pain Patients did not Increase Return to Work". *Scand J Public Health*, 38(7), s. 731-738.
- Haldorsen, E.M.H., A.L. Grasdahl, J.S. Skouen, A.E. Risa, K. Kronholm & H. Ursin (2002): "Is there a Right Treatment for a Particular Patient Group? Comparison of Ordinary Treatment, Light Multidisciplinary Treatment, and Extensive Multidisciplinary Treatment for Long-term Sick-listed Employees with Musculoskeletal Pain". *Pain*, 95(1-2), s. 49-63.
- Henschke, N., R.W.J.G. Ostelo, M.V. van Tulder, J.W.S. Vlaeyen, S. Morley, W.J.J. Assendelft & C.J. Main (2011): "Behavioural Treatment for Chronic Low-back Pain (Review)". *The Cochrane Library* (2).
- Heymans, M.W., H.C. de Vet, P.M. Bongers, D.L. Knol, B.W. Koes & W. van Mechelen (2006a): "The Effectiveness of High-intensity Versus Low-intensity Back Schools in an Occupational Setting: A Pragmatic Randomized Controlled Trial". *Spine (Phila.Pa 1976)*, 31(10), s. 1075-1082.
- Heymans, M.W., H.C. de Vet, D.L. Knol, P.M. Bongers, B.W. Koes & W. van Mechelen (2006b): "Workers' Beliefs and Expectations Affect Return to Work Over 12 Months". *J Occup Rehabil*, 16(4), s. 685-695.
- Hlobil, H., J.B. Staal, M. Spoelstra, G.A. Ariens, T. Smid & M.W. van (2005a): "Effectiveness of a Return-to-work Intervention for Subacute Low-back Pain". *Scand J Work Environ Health*, 31(4), s. 249-257.
- Hlobil, H., J.B. Staal, J. Twisk, A. Koke, G. Ariens, T. Smid & M.W. van (2005b): "The Effects of a Graded Activity Intervention for Low Back Pain in Occupational Health on Sick Leave, Functional Status and Pain: 12-month Results of a Randomized Controlled Trial". *J Occup Rehabil*, 15(4), s. 569-580.
- Hlobil, H., K. Uegaki, J. Staal, M. Bruyne, T. Smid & W. Mechelen (2007): "Substantial Sick-leave Costs Savings Due to a Graded Activity Intervention for Workers with Non-specific Sub-acute Low Back Pain". *European Spine Journal*, 16(7), s. 919-924.
- Hogg-Johnson, S. & D.C. Cole (2003): "Early Prognostic Factors for Duration on Temporary Total Benefits in the First Year among

- Workers with Compensated Occupational Soft Tissue Injuries". *Occupational and Environmental Medicine*, 60(4), s. 244-253.
- Hout, J.H.C. van den, J.W.S. Vlaeyen, P.H.T.G. Heuts, J.H.L. Zijlema & J.A.G. Wijnen (2003): "Secondary Prevention of Work-related Disability in Nonspecific Low Back Pain: Does Problem-solving Therapy Help? A Randomized Clinical Trial". *The Clinical Journal of Pain*, 19(2), s. 87-96.
- Huibers, M.J.H., G. Bleijenberg, L.G.P.M. van Amelsvoort, A.J.H.M. Beurskens, C.P. van Schayck, E. Bazelmans & J.A. Knottnerus (2004): "Predictors of Outcome in Fatigued Employees on Sick Leave: Results from a Randomised Trial". *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), s. 443-449.
- Høgelund, J. (2003): *In Search of Effective Disability Policy. Comparing the Developments and Outcomes of Dutch and Danish Disability Policies*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Høgelund, J. & A. Holm (2005): "Returning the Long-Term Sick-Listed to Work: The Effects of Educational Measures and Employer Separations in Denmark". I: Saunders, P. Aldershot: Ashgate.
- Høgelund, J. & A. Holm (2006): "Case Management Interviews and the Return to Work of Disabled Employees". *Journal of Health Economics*, 25(3), s. 500-519
- Høgelund, J., J. Boll, M. Skou & S. Jensen (2008): *Effekter af ændringerne i sygedagpengeloven*. København: SFI – Det Nationale forskningscenter for Velfærd, 08:07.
- Høgelund, J., A. Holm & J. McIntosh (2010): "Does Graded Return-to-work Improve Sick-listed Workers' Chance of Returning to Regular Working Hours?". *J Health Econ*, 29(1), s. 158-169.
- Høgelund, J. & A. Holm (2011): *The Effect of Part-time Sick Leave for Employees with Mental Disorders*. København: SFI – Det Nationale forskningscenter for Velfærd, Working Paper 01:2011.
- Jensen, C., O.K. Jensen, D.H. Christiansen & C.V. Nielsen (2011): "One-year Follow-up in Employees Sick-listed because of Low Back Pain: Randomized Clinical Trial Comparing Multidisciplinary and Brief Intervention". *Spine (Phila.Pa 1976)*, 36(15), s. 1180-1189.
- Jensen, I.B., G. Bergström, T. Ljungquist & L. Bodin (2005): "A 3-year Follow-up of a Multidisciplinary Rehabilitation Programme for Back and Neck Pain". *Pain (03043959)*, 115(3), s. 273-283.
- Karjalainen, K., A. Malmivaara, T. Pohjolainen, H. Hurri, P. Mutanen, P. Rissanen, H. Pakkajarvi, H. Levon, H. Karpoff & R. Roine (2003): "Mini-intervention for Subacute Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial". *Spine (Phila.Pa 1976)*, 28(6), s. 533-540.

- Karlson, B., P. Jönsson, B. Pålsson, G. Åbjörnsson, B. Malmberg, B. Larsson & K. Österberg (2010): "Return to Work after a Workplace-oriented Intervention for Patients on Sick-leave for Burnout - a Prospective Controlled Study". *BMC Public Health*, 10, s. 301-310.
- Klink, J.J. van der, R.W. Blonk, A.H. Schene & F.J. van Dijk (2003): "Reducing Long Term Sickness Absence by an Activating Intervention in Adjustment Disorders: A Cluster Randomised Controlled Design". *Occup Environ Med*, 60(6), s. 429-437.
- Kosny, A., R.L. Franche, J. Pole, N. Krause, P. Cote & C. Mustard (2006): "Early Healthcare Provider Communication with Patients and their Workplace Following a Lost-time Claim for an Occupational Musculoskeletal Injury". *J Occup Rehabil*, 16(1), s. 27-39.
- Labriola, M., T. Lund, K.B. Christensen, K. Albertsen, U. Bültmann, J.N. Jensen & E. Villadsen (2007): "Does Self-efficacy Predict Return-to-work after Sickness Absence? A Prospective Study among 930 Employees with Sickness Absence for Three Weeks or More". *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 29(3), s. 233-238.
- Lambeek, L.C., J.E. Bosmans, B.J. Van Royen, M.W. van Tulder, M.W. van & J.R. Anema (2010a): "Effect of Integrated Care for Sick Listed Patients with Chronic Low Back Pain: Economic Evaluation alongside a Randomised Controlled Trial". *British Medical Journal*, 341, s. c6414.
- Lambeek, L.C., W. van Mechelen, D.L. Knol, P. Loisel & J.R. Anema (2010b): "Randomised Controlled Trial of Integrated Care to Reduce Disability from Chronic Low Back Pain in Working and Private Life". *British Medical Journal*, 340 (7749).
- Li-Tsang, C.W.P., E.J.Q. Li, C.S. Lam, K.Y.L. Hui & C.C.H. Chan (2008): "The Effect of a Job Placement and Support Program for Workers with Musculoskeletal Injuries: A Randomized Control Trial (RCT) Study". *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(3), s. 299-306.
- Lindell, O., S.E. Johansson & L.E. Strender (2008): "Subacute and Chronic, Non-specific Back and Neck pain: Cognitive-Behavioural Rehabilitation versus Primary Care. A Randomized Controlled Trial". *BMC Musculoskelet Disord*, 9, s. 172.
- Lindell, O., S.E. Johansson & L.E. Strender (2010): "Predictors of Stable Return-to-work in Non-acute, Non-specific Spinal Pain: Low Total Prior Sick-listing, High Self Prediction and Young Age. A

- Two-year Prospective Cohort Study". *BMC Family Practice*, 11, s. 53-64.
- Lund, T. (2003): *Tilbagevenden til arbejde*. København: Arbejds- miljøinstituttet.
- Lund, T., M. Kivimäki, M. Labriola, E. Villadsen & K.B. Christensen (2008): "Using Administrative Sickness Absence Data as a Marker of Future Disability Pension: The Prospective DREAM Study of Danish Private Sector Employees". *Occupational and Environmental Medicine*, 65(1), s. 28-31.
- Marhold, C., S.J. Linton & L. Melin (2001): "A Cognitive-behavioral Return-to-work Program: Effects on Pain Patients with a History of Long-term versus Short-term Sick Leave". *Pain*, 91(1-2), s. 155-163.
- Markussen, S., A. Mykletun & K. Røed (2010): *The Case for Presenteeism*. IZA DP, Discussion Paper No. 5343.
- McCluskey, S., A.K. Burton & C.J. Main (2006): "The Implementation of Occupational Health Guidelines Principles for Reducing Sickness Absence due to Musculoskeletal Disorders". *Occupational Medicine*, 56(4), s. 237-242.
- Meijer, E.M., J.K. Sluiter, A. Heyma, K. Sadiraj & M.H.W. Frings-Dresen (2006): "Cost-effectiveness of Multidisciplinary Treatment in Sick-listed Patients with Upper Extremity Musculoskeletal Disorders: A Randomized, Controlled Trial with One-year Follow-up". *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 79(8), s. 654-664.
- Mortelmans, A.K., P. Donceel, D. Lahaye & S. Bulterys (2006): "Does Enhanced Information Exchange Between Social Insurance Physicians and Occupational Physicians Improve Patient Work Resumption? A Controlled Intervention Study". *Occup Environ Med*, 63(7), s. 495-502.
- Mortensen, O.S., J.H. Andersen, J. Ektor-Andersen, H.R. Eriksen, N. Fallentin, P. Frost, J.P. Haahr, M. Labriola & M.K. Zebis (2008): *Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær. Årsager og handlemuligheder*. København: NFA – Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Norlund, A., A. Ropponen & K. Alexanderson (2009): "Multidisciplinary Interventions: Review of Studies of Return to Work after Rehabilitation for Low Back Pain". *J Rehabil Med*, 41(3), s. 115-121.
- Norrefalk, J.R., K. Ekholm, J. Linder, K. Borg & J. Ekholm (2008): "Evaluation of a Multiprofessional Rehabilitation Programme for Persistent Musculoskeletal-related Pain:

- Economic Benefits of Return to Work". *J Rehabil Med*, 40(1), s. 15-22.
- Nystuen, P. & K.B. Hagen (2006): "Solution-focused Intervention for Sick Listed Employees with Psychological Problems or Muscle Skeletal Pain: A Randomised Controlled Trial". *BMC Public Health*, 6, s. 69-8.
- Oostrom, S.H. van, M.T. Driessen, H.C. de Vet, R.L. Franche, E. Schonstein, P. Loisel, M.W. van & J.R. Anema (2009): "Workplace Interventions for Preventing Work Disability". *Cochrane Database Syst Rev*(2), s. CD006955.
- Oostrom, S.H. van, M.W. Heymans, H.C. de Vet, M.W. van Tulder, M.W. van & J.R. Anema (2010): "Economic Evaluation of a Workplace Intervention for Sick-listed Employees with Distress". *Occup Environ Med*, 67(9), s. 603-610.
- Orr, L.L., S.H. Bell & K. Lam (2007): *Long-term Impacts of the New Deal for Disabled People*. London: Department for Work and Pensions, Research Report No. 432.
- Palmer, K.T., E.C. Harris, C. Linaker, M. Barker, W. Lawrence, C. Cooper & D. Coggon (2011): "Effectiveness of Community- and Workplace-based Interventions to Manage Musculoskeletal-related Sickness Absence and Job Loss – a Systematic Review". *Rheumatology (Oxford)*.
- Pransky, G., K. Benjamin, C. Hill-Fotouhi, K.E. Fletcher, J. Himmelstein & J.N. Katz (2002): "Work-related Outcomes in Occupational Low Back Pain: A Multidimensional Analysis". *Spine*, 27(8), s. 864-870.
- Purdon, S., N. Stratford, R. Taylor, L. Natarajan, S. Bell & D. Wittenburg (2006): *Impacts of the Job Retention and Rehabilitation Pilot*. London: Department for Work and Pensions Research, Report No. 342.
- Rebergen, D.S., D.J. Bruinvels, P.D. Bezemer, A.J. van der Beek & W. van Mechelen (2009): "Guideline-based Care of Common Mental Disorders by Occupational Physicians (CO-OP study): A Randomized Controlled Trial". *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(3), s. 305-312.
- Ross, R.H., P.W. Callas, J.Q. Sargent, B.C. Amick & T. Rooney (2006): "Incorporating Injured Employee Outcomes into Physical and Occupational Therapists' Practice: A Controlled Trial of the Worker-Based Outcomes Assessment System". *J Occup Rehabil*, 16(4), s. 607-629.
- Sandström, J. & E. Esbjörnsson (1986): "Return to Work after Rehabilitation". *Scandinavian Journal of Rehabilitation*, 18, s. 29-33.

- Schaafsma, F., E. Schonstein, A. Ojajarvi & J. Verbeek (2011): "Physical Conditioning Programs for Improving Work Outcomes among Workers with Back Pain". *Scand J Work Environ Health*, 37(1), s. 1-5.
- Schene, A.H., M.W.J. Koeter, M.J. Kikkert, J.A. Swinkels & P. McCrone (2007): "Adjuvant Occupational Therapy for Work-related Major Depression Works: Randomized Trial Including Economic Evaluation". *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 37(3), s. 351-362.
- Schultz, I.Z., J. Crook, G.R. Meloche, J. Berkowitz, R. Milner, O.A. Zuberbier & W. Meloche (2004): "Psychosocial Factors Predictive of Occupational Low Back Disability: Towards Development of a Return-to-work Model". *Pain (03043959)*, 107(1/2), s. 77.
- Simon Kirby & Rebecca Riley (2004): "Compulsory Work-focused Interviews for Inactive Benefit Claimants: An Evaluation of the British ONE Pilots". *Labour Economics*, 11(4), s. 415-429.
- Skouen, J.S., A. Grasdal & E.M.H. Haldorsen (2006): "Return to Work after Comparing Outpatient Multidisciplinary Treatment Programs versus Treatment in General Practice for Patients with Chronic Widespread Pain". *European Journal of Pain*, 10(2), s. 145-152.
- Staal, J.B., H. Hlobil, A.r.J.A. Köke, J.W.R. Twisk, T. Smid & W. van Mechelen (2008): "Graded Activity for Workers with Low Back Pain: Who Benefits Most and How Does It Work?". *Arthritis & Rheumatism*, s. 642-649.
- Stapelfeldt, C.M., D.H. Christiansen, O.K. Jensen, C.V. Nielsen, K.D. Petersen & C. Jensen (2011): "Subgroup Analyses on Return to Work in Sick-listed Employees with Low Back Pain in a Randomised Trial Comparing Brief and Multidisciplinary Intervention". *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), s. 112-124.
- Steenstra, I.A., J.R. Anema, M.W. van Tulder, P.M. Bongers, H.C. de Vet & M.W. van (2006): "Economic Evaluation of a Multi-stage Return to Work Program for Workers on Sick-leave due to Low Back Pain". *J Occup Rehabil*, 16(4), s. 557-578.
- Steenstra, I.A., D.L. Knol, P.M. Bongers, J.R. Anema, M.W. van & H.C. de Vet (2009): "What Works Best for Whom? An Exploratory, Subgroup Analysis in a Randomized, Controlled Trial on the Effectiveness of a Workplace Intervention in Low Back Pain Patients on Return to Work". *Spine (Phila.Pa 1976)*, 34(12), s. 1243-1249.
- Storheim, K., J. Ivar Brox, I. Holm & K. Bø (2005): "Predictors of Return to Work in Patients Sick Listed for Sub-acute Low Back

- Pain: A 12-month Follow-up Study". *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(6), s. 365-371.
- Søgaard, H.J. & P. Bech (2009): "The Effect on Length of Sickness Absence by Recognition of Undetected Psychiatric Disorder in Long-term Sickness Absence. A Randomized Controlled Trial". *Scand J Public Health*, 37(8), s. 864-871.
- Willert, M.V., A.M. Thulstrup & J.P. Bonde (2011): "Effects of a Stress Management Intervention on Absenteeism and Return to Work-results from a Randomized Wait-list Controlled Trial". *Scand J Work Environ Health*, 37(3), s. 186-195.
- Wright, A., A. Lloyd-Davies, S. Williams, R. Ellis & P. Strike (2005): "Individual Active Treatment Combined with Group Exercise for Acute and Subacute Low Back Pain". *Spine (Phila.Pa 1976)*, 30(11), s. 1235-1241.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2011

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 11:01 Liversage, A., Jakobsen, V. & Rode Hansen, I.: *"Det var ikke nemt, men jeg klarede det!" Interviewundersøgelse med etniske minoritetskvinder om uddannelse.* 156 sider. ISBN: 978-87-7119-000-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 11:02 Filges, T. & Holt, H.: *AC-arbejdskraft i den vestlige del af Region Midtjylland. Muligheder og barrierer.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-001-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:03 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. & Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 5-9 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 3.* 184 sider. ISBN: 978-87-7119-002-1. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:04 Jacobsen, J. & Lindstrøm, M.: *Lokal integration af førtidspensionister.* 110 sider. ISBN: 978-87-7119-003-8. Vejledende pris: 110 kr.
- 11:05 Deding, M. (red.): *Forskning om tvang i misbrugsbehandling. En kortlægning foretaget af SFI Campbell.* 110 sider. ISBN: 978-87-7119-004-5. Netpublikation.

- 11:06 Oldrup, H., Lindstrøm, M. & Korzen, S.: *Vold mod førskolebørn. Praksis og barrierer for opsporing og underretning*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-005-2. Netpublikation.
- 11:07 Christensen, E.: *Væk fra Grønland. Udsatte grønlandere, der er flyttet til Danmark med deres børn*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-006-9. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:08 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010*. 140 sider. ISBN: 978-87-7119-007-6. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:09 Bengtsson, S., Hansen, H. & Røgeskov, M.: *Børn med en funktionsnedsættelse og deres familier. Den første kortlægning i Norden*. 108 sider. ISBN: 978-87-7119-008-3. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 11:10 Vitus, K. & Kjær, A.A.: *PSP-samarbejdet. En kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg*. 201 sider. ISBN: 978-87-7119-009-0. Netpublikation.
- 11:11 Graversen, B.K.: *Tætttere på arbejdsmarkedet? Om effektmåling af beskæftigelsesindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparede ledige*. 78 sider. ISBN: 978-87-7119-010-6. e-ISBN: 978-87-7119-048-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 11:12 Andersen, D., Thomsen, R., Langhede, A.P., Albæk Nielsen, A. & Toft Hansen, A.: *Skolernes samarbejde. Kortlægning af skolernes kontakt med kommunale forvaltninger og andre institutioner*. 249 sider. ISBN: 978-87-7119-011-3. Netpublikation.
- 11:13 Larsen, M., Bach, H.B. & Ellerbæk, L.S.: *55-70-åriges forbliven på arbejdsmarkedet. Adfærd, forventninger, aftaler og kendskab til regler*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-012-0. e-ISBN: 978-87-7119-045-8. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 11:14 Christoffersen, M.N. & Hammen, I.: *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. 129 sider. ISBN: 978-87-7119-013-7. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 11:15 Oldrup, H., Korzen, S., Lindstrøm, M. & Christoffersen, M.N.: *Vold mod børn og unge. Hovedrapport*. 95 sider. ISBN: 978-87-7119-014-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:16 Rostgaard, T., Bjerre, L., Sørensen, K. & Rasmussen, N.: *Omsorg og etnicitet. Nye veje til rekruttering og kvalitet i aldreplejen*. 207 sider. ISBN: 978-87-7119-015-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:17 Bengtsson, S., Alim, W., Holmskov, H. & Lund, A.: *Sociale indsatser til mennesker med ADHD. En kortlægning*. 166 sider. ISBN: 978-

- 87-7119-017-5. e-ISBN: 978-87-7119-040-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:18 Böcker Jakobsen, T., Langhede, A.P. & Sørensen, K.: *Lige muligheder – støtte til udsatte børn og unge. Evalueringsrapport 1: Beskrivelse af igangsatte forsøgsprojekter*. 87 sider. ISBN: 978-87-7119-016-8. Netpublikation.
- 11:19 Albæk, K. & Brink Thomsen, L.: *Er kvindefag lavtlønsfag? En analyse af sammenhængen mellem løn og andelen af kvinder i enkelte arbejdsfunktioner*. 97 sider. ISBN: 978-87-7119-018-2. Vejledende pris: 97,00 kr.
- 11:20 Knudsen, L. & Egelund, T.: *Effekter af slægtspleje. Slægtsanbragte børn og unges udvikling sammenlignet med plejebørn fra traditionelle plejefamilier*. 161 sider. ISBN: 978-87-7119-019-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:21 Kofod, J., Dyrvig, T.F., Markwardt, K., Lagoni, N., Bille, R., Termansen, T., Christiansen, L., Toldam, E.J. & Vilshammer, M.: *Prostitution i Danmark*. 395 sider. ISBN: 978-87-7119-020-5. Vejledende pris: 390,00 kr.
- 11:22 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse i 2010. Regionale Forskelle*. 68 sider. ISBN: 978-87-7119-021-2. e-ISBN: 978-87-7119-022-9. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 11:23 Amilon, A.: *Supplerende arbejdsmarkedspension. Hvorfor vælger eller fravælger førtidspensionister ordningen?* 92 sider. ISBN: 978-87-7119-023-6. e-ISBN: 978-87-7119-024-3. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:24 Christensen, E. & Hansen, H.: *Den sociale indsats for børn og unge i Grønland. Kortlægning af aktiviteterne 2011*. 44 sider. ISBN: 978-87-7119-025-0. e-ISBN: 978-87-7119-026-7. Vejledende pris: 40,00 kr.
- 11:25 Lyk-Jensen, S.V., Weatherall, C.D., Heidemann, J., Damgaard, M. & Glad, A.: *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning*. 190 sider. e-ISBN: 978-87-7119-028-1. Netpublikation.
- 11:26 Ottosen, M.H. & Stage, S.: *Dom til fælles forældremyndighed. En evaluering af forældreansvarsloven*. 257 sider. ISBN: 978-87-7119-029-8. e-ISBN: 978-87-7119-030-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 11:27 Liversage, A. & Leelo Knudsen, L.: *Kvinder i byggefag. En interviewundersøgelse*. 131 sider. ISBN: 978-87-7119-031-1. e-ISBN: 978-87-7119-032-8. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 11:28 Christensen, E. & Hansen, H.: *Kalaallit numaanni meeqqanut inu-usutunullu isumaginninnikekut suliniutit*. 46 sider. ISBN: 978-87-

- 7119-033-5. e-ISBN: 978-87-7119-034-2. Vejledende pris: 40,00 kr.
- 11:29 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Vammen, K.S., Schmidt, L.H. & Legendre, A.-C.: *Forebyggende foranstaltninger 10-13 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 4*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-036-6. e-ISBN: 978-87-7119-037-3. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:30 Bengtsson, S.: *Danmark venter stadig på sin psykiatireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier*. 78 sider. ISBN: 978-87-7119-038-0. e-ISBN: 978-87-7119-039-7. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 11:32 Oldrup, H.H. & Vitus, K.: *Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre. En systematisk forskningsoversigt*. 213 sider. ISBN: 978-87-7119-041-0. e-ISBN: 978-87-7119-042-7. Vejledende pris: 210,00 kr.
- 11:33 Bo Madsen, M., Jacobsen, S. & Jensen, S.: *Socialt bedrageri. Et litteraturstudie*. 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119-044-1. Netpublikation.
- 11:34 Christoffersen, M.N., Skov Olsen, P., Vammen, K.S., Sander Nielsen, S., Lausten, M. & Brauner, J.: *Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge. Risiko- og beskyttelsesfaktorer*. 207 sider. ISBN: 978-87-7119-046-5. e-ISBN: 978-87-7119-047-2. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:35 Fuglsang Olsen, R., Egelund, T. & Lausten, M.: *Tidligere anbragte som unge voksne*. 145 sider. ISBN: 978-87-7119-043-4. e-ISBN: 978-87-7119-051-9. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:36 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Køn, Handicap og beskæftigelse i 2010*. 47 sider. e-ISBN: 978-87-7119-053-3. Netpublikation.
- 11:37 Liversage, A. & Gudrun Jensen, T.: *Parallele retsopfattelser i Danmark. Et kvalitativt studie af privatretlige praksisser blandt etniske minoriteter*. 191 sider. ISBN: 978-87-7119-054-0. e-ISBN: 978-87-7119-055-7. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 11:38 Ottosen, M.H., Stage, S. & Søndergaard Jensen, H.: *Børn i deleordninger. En kvalitativ undersøgelse*. 209 sider. ISBN: 978-87-7119-056-4. ISBN: 978-87-7119-057-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:39 Jin Pedersen, M., Rosdahl, A., Winther, S.C., Langhede, A.P. & Lynggaard, M.: *Ledelse af folkeskolerne. Vilkår og former for skoleledelse*. 283 sider. e-ISBN: 978-87-7119-058-8. Netpublikation.
- 11:40 Dreyer Espersen, L., Eiberg, M. & Andersen, D.: *Vejle til ungdomsuddannelse 2. Kvalitative interview med skoleledere, lærere, elever og UU-vejledere*. 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-060-1. Netpublikation.

- 11:41 Palmhøj Nielsen, L. & Skov Olsen, P.: *11-åriges trivsel og risiko. Statistiske analyser af 11-åriges trivsel*. 115 sider. ISBN: 978-87-7119-061-8. e-ISBN: 978-87-7119-062-5. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 11:42 Thuesen, F., Tørslev, M.K. & Gudrun Jensen, T.: *Rekruttering og fastholdelse af højtuddannet arbejdskraft. Danmark, Norge, Holland, Storbritannien og Canada*. 244 sider. ISBN: 978-87-7119-063-2. e-ISBN: 978-87-7119-064-9. Vejledende pris: 240,00.
- 11:43 Brink Thomsen, L., Holt, H., Jensen, S. & Thuesen, Frederik: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2011*. 194 sider. ISBN: 978-87-7119-065-6. e-ISBN: 978-87-7119-066-3. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 11:44 Bengtsson, S. & Stigaard, D.L.: *Aktuel skandinavisk og britisk handicappforskning. En kortlægning af miljøer*. 318 sider. ISBN: 978-87-7119-067-0. e-ISBN: 978-87-7119-068-7. Vejledende pris: 310,00 kr.
- 11:45 Lauritzen, H.H., Boje-Kovacs, B. & Benjaminsen, L.: *Hjemløshed i Danmark 2011. National kortlægning*. 148 sider. ISBN: 978-87-7119-069-4. e-ISBN: 978-87-7119-070-0. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:46 Stigaard, D.L.: *Fra hjemløshed til egen bolig. Et interviewstudie blandt tidligere hjemløse*. 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-071-7. Netpublikation.
- 11:47 Calmar Andersen, S. & Winter, S.C. (red.): *Ledelse, læring og trivsel i folkeskolerne*. 164 sider. ISBN: 978-87-7119-072-4. e-ISBN: 978-87-7119-073-1. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:48 Holt, H. & Larsen, M.: *Kønsopdelt lønstatistik og redegørelse om lige løn. Evaluering af loven*. 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-074-8. Netpublikation.
- 11:49 Brauner, J., Skov Olsen, P. & Egelund, T.: *Muligheder for Dokumentation af anbringelser. En gennemgang af målemetoder*. 168 sider. ISBN: 978-87-7119-076-2. e-ISBN: 978-87-7119-077-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:01 Lyk-Jensen, S.V., Glad, A., Heidemann, J. & Damgaard, M.: *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*. 117 sider. e-ISBN: 978-87-7119-075-5. Netpublikation.
- 12:02 Lausten, M., Hansen, H., Mølholt, A.-K., Vammen, K.S. & Legendre, A.-C.: *Forebyggende foranstaltninger 14-17 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 5*. 235 sider. ISBN: 978-87-7119-078-6. e-ISBN: 978-87-7119-079-3. Vejledende pris: 230,00 kr.

- 12:03 Rostgaard, T., Brunner, T.N. & Fridberg, T.: *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. 150 sider. ISBN: 978-87-7119-080-9. e-ISBN: 978-87-7119-081-6. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:05 Ellerbæk, L.S. & Høst, A.: *Udlejningsredskaber i almene boliger. En analyse af brugen og effekterne af udlejningsredskaber i almene boligområder*. 258 sider. ISBN: 978-87-7119-084-7. e-ISBN: 978-87-7119-085-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 12:06 Høgelund, J.: *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-086-1. Netpublikation.

EFFEKTER AF DEN BESKÆFTIGELSE RETTEDE INDSATS FOR SYGEMELDTE

EN LITTERATUROVERSIGT

Langvarigt sygefravær kan have alvorlige konsekvenser for de berørte personer i form af bl.a. nedsat livskvalitet, reduceret indkomst og risiko for førtidig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Sygefravær har ligeledes alvorlige samfundsmæssige konsekvenser, fordi det reducerer udbuddet af arbejdskraft og øger samfundets udgifter til overførselsindkomster.

Formålet med denne rapport er at redegøre for de vigtigste resultater fra danske og internationale studier af beskæftigelseseffekten af beskæftigelsesrettede indsatser for sygemeldte.

Rapporten bygger på en gennemgang af videnskabelige kvantitative studier fra 2001 til 2011. Litteraturgennemgangen sammenfatter viden om effekten af indsatser på arbejdspladser, herunder delvise syge- og raskmeldinger, indsatser i sundhedssystemet samt indsatser i tilknytning til det beskæftigelsespolitiske system.

Herudover gennemgår rapporten studier om effekter af tværfaglige indsatser og samarbejde, tidlig indsats, samtaler samt betydningen af den sygemeldtes egen motivation.

Undersøgelsen er bestilt af Arbejdsmarkedsstyrelsen.